

Sociedad Valenciana de Reumatología

Publicación Oficial de la Sociedad Valenciana de Reumatología

XX CONGRESO

VALENCIA · 31 de marzo y 1 de abril 2017

SEDE:
Hotel Sorolla Palace

SVR
SOCIEDAD VALENCIANA
REUMATOLOGÍA

Actualidad Científica

2 EDITORIALES
XX Congreso de la Sociedad Valenciana de Reumatología
Salas Heredia E

3 Posicionamiento de los reumatólogos miembros de SAISE de biológicos en Reumatología ante el uso de fármacos biosimilares

Calvo Catalá J, Alegre Sancho JJ, Batlle Gualda E, Belmonte Serrano MA, Castellano Cuesta JA, Ivorra Cortés J, Jovani Casano V, Román Ivorra J, Rosas J, Salas Heredia E, Sivera Mascaró F, Trenor Larraz P, Vela Casasempere P

5 REVISIÓN
Electroforesis de proteínas plasmáticas: proteinograma
Álvarez de Cienfuegos Rodríguez A, Tevar Sánchez M

8 GALERÍA DE IMÁGENES



Síndrome del seno del tarso
Álvarez de Cienfuegos Rodríguez A, Tevar Sánchez M

9 Actualidad Profesional
Resúmenes comunicaciones

Revista de la Sociedad Valenciana de Reumatología

EDITOR

José Rosas Gómez de Salazar

SECRETARIOS DE REDACCIÓN

Juan Antonio Castellano Cuesta

Miguel Angel Belmonte Serrano

COMITÉ EDITORIAL

Juan José Alegre Sancho

Javier Calvo Catalá

Cristina Campos Fernández

Cristina Fernández Carballido

José Ivorra Cortés

Vega Jovaní Casano

Antonio José Lozano Saez

Mauricio Mínguez Vega

José Román Ivorra

Gregorio Santos Soler

Francisca Sivera Mascaró

E-mail: revista@svreumatologia.com

DISEÑO Y COORDINACIÓN EDITORIAL

Ibáñez&Plaza Asociados, S.L.

correo@ibanezyplaza.com

www.ibanezyplaza.com

IMPRESIÓN

Graficas 82, S.L.

DEPÓSITO LEGAL

M-3644-2013

SOPORTE VÁLIDO

SV02/92

ISSN 1133-4800

SOCIEDAD VALENCIANA DE REUMATOLOGÍA

Presidente

Esteban Salas Heredia

Vicepresidente

José Ivorra Cortés

Secretario

José Miguel Senabre Gallego

Tesorería

María Concepción Julià Mollà

Vocal Alicante

Carlos Santos Ramirez

Vocal Castellón

Ana Victoria Carro Martínez

Vocal Valencia

Isabel Martínez Cordellat

Avda de la Plata, 20

46013 Valencia

<http://www.svreumatologia.com>

XX Congreso de la Sociedad Valenciana de Reumatología

SALAS HEREDIA E

Presidente de la Sociedad Valencia de Reumatología

L

os días 31 de marzo y 1 de abril celebraremos el XX Congreso de nuestra Sociedad. Este año, siguiendo los turnos rotatorios, tendrá lugar en nuestra capital, Valencia.

Como en anteriores ocasiones, la Junta Directiva, con el asesoramiento del Comité Científico, ha elaborado el Programa científico seleccionando temas de interés y actualidad.

En el campo de la Osteoporosis, profundizaremos en la biología del osteocito, que apenas hemos comenzado a vislumbrar, y que será sin duda la diana terapéutica de los próximos años. También se hablará de una vieja conocida y algo olvidada, la enfermedad ósea de Paget y, por último, de un asunto de máxima actualidad y relevancia: ¿cómo tratar a los pacientes que han sufrido una fractura de cadera?

Vamos a repasar unos escenarios clínicos de gran actualidad, como son la enfermedad inflamatoria ocular, y la psoriasis, en las que el reumatólogo tiene cada vez un mayor papel. Nos detendremos en los fármacos aparecidos para el tratamiento de la artritis psoriásica, basados en nuevas dianas terapéuticas, que suponen un esperanzador avance para el manejo de esta enfermedad.

La artrosis, de enorme trascendencia socio-sanitaria, es un poco la “asignatura pendiente” de la reumatología, ya que el conocimiento de su fisiopatología y de sus marcadores biológicos, no se traduce en avances en la práctica clínica. Hemos querido invitar a tres reconocidos expertos nacionales, que nos mostrarán los progresos más novedosos en esta enfermedad, que el reumatólogo debería liderar.

Es imposible abarcar, en el poco tiempo que ofrece media mañana de Congreso, los temas de actualidad en las enfermedades sistémicas y la artritis reumatoide. De modo que, hemos seleccionado sólo algunos, como son los nuevos tratamientos en vasculitis, el abordaje de la enfermedad pulmonar intersticial, el cáncer en la AR, la artritis precoz, la persistencia terapéutica, y una revisión sobre nuevos tratamientos en ciernes: las pequeñas moléculas.

Nuestras enfermeras, que tendrán su propia reunión en el marco del Congreso, han querido compartir con todos el excelente trabajo llevado a cabo, junto con el Grupo de Trabajo de Enfermería de la SER, sobre la administración subcutánea de fármacos biológicos.

Por último, se ha incluido también en este Programa dos interesantes ponencias: La utilidad del PET en reumatología, y Las manifestaciones reumáticas de ciertas enfermedades lisosomales. La sospecha y confirmación diagnóstica de éstas ha cobrado una gran importancia ante la aparición de tratamientos específicos, que las convierten en “curables”.

Una parte fundamental del Congreso es la exhibición de las comunicaciones en forma de posters. Los resúmenes serán revisados por pares y se puntuarán según el interés científico y la presentación de los datos. De los diez más valorados, los socios elegirán con su voto, al que recibirá finalmente el premio al mejor trabajo presentado. En la Asamblea, instrumento crucial en el gobierno de la Sociedad, además de la presentación de los informes pertinentes, se procederá a la elección del cargo, ahora vacante, de Presidente Electo. Se llevará a cabo al final del primer día del Congreso, para facilitar la asistencia de todos los socios.

Os deseo en nombre de la Junta Directiva y en el mío propio una feliz estancia, y que disfrutéis esta reunión tanto en el aspecto científico como personal.

Posicionamiento de los reumatólogos miembros de SAISE de biológicos en Reumatología ante el uso de fármacos biosimilares

CALVO CATALÁ J¹, ALEGRE SANCHO JJ², BATLLE GUALDA E³, BELMONTE SERRANO MA⁴, CASTELLANO CUESTA JA⁵, IVORRA CORTÉS J⁶, JOVANI CASANO V⁷, ROMÁN IVORRA J⁶, ROSAS J⁸, SALAS HEREDIA E⁸, SIVERA MASCARÓ F⁹, TRENOR LARRAZ P¹⁰, VELA CASASEMPERE P⁷

¹Hospital General Universitario. Valencia; ²Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia; ³Hospital San Joan. Alicante; ⁴Hospital General. Castellón;

⁵Hospital Arnau de Vilanova. Valencia; ⁶Hospital Universitario La Fe. Valencia; ⁷Hospital General. Alicante; ⁸Hospital Villajoyosa. Alicante; ⁹Hospital de Elda. Alicante y Hospital Clínico Universitario. Valencia



Ante las dudas existentes sobre la libertad de prescripción de fármacos biológicos tras la introducción de los biosimilares y viendo

lo que ocurre en otras Comunidades Autónomas e incluso ha ocurrido en varios hospitales de nuestra Comunidad, nos reunimos un grupo representativo de Reumatólogos de las tres Provincias y elaboramos este documento que representa nuestro posicionamiento ante este problema. El documento se presentó a la Conselleria a través del SAISE de biológicos de Reumatología y aunque la gran mayoría ya lo conoce, hemos pensado que es de interés su difusión a través de la revista de nuestra Sociedad.

Reunidos los médicos reumatólogos componentes del SAISE de biológicos en Reumatología, así como la mayoría los responsables de las Unidades Reumatológicas de la Comunidad Valenciana, que no forman parte del mismo, queremos expresar nuestra posición ante la aparición de fármacos biosimilares:

En primer lugar, quisiéramos establecer como premisa, que los reumatólogos de la Comunidad Valenciana estamos plenamente interesados e implicados en contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario, mientras se mantenga la calidad asistencial ofrecida a nuestros pacientes. Este hecho ha quedado plena-

mente demostrado con la elaboración e implementación, por iniciativa propia, del Documento de la Sociedad Valenciana de Reumatología que sirvió de base y modelo para establecer el SAISE de biológicos en nuestra especialidad. El proceder de los reumatólogos en este sentido, fue auditado en el año 2015 por parte de los Servicios de Inspección Sanitaria de la Conselleria de Sanitat con un resultado muy positivo, quedando demostrado que nuestra actuación se había desarrollado de forma impecable. En la actualidad estamos actualizando dicho documento, cuyo resultado será dado a conocer a la Comisión correspondiente lo antes posible.

Fruto del trabajo e implementación de dicho SAISE en todos los Servicios y Unidades de Reumatología de la Comunidad Valenciana, se pusieron en marcha los puntos fundamentales: reuniones con los Servicios de Farmacia y conocimiento de las mismas por las Direcciones hospitalarias, elección consensuada del tratamiento más adecuado y optimización de las dosis del mismo manteniendo siempre una estrecha vigilancia de su evolución que garantice la calidad asistencial. De esta forma, hemos conseguido –como puede comprobarse– en los últimos años disminuir el gasto sanitario en biológicos por paciente y disminuir o mantener el gasto total, a pesar de que el número de pacientes que reciben estos tratamientos

se ha incrementado, manteniendo como hemos dicho, la calidad asistencial. En este momento, tenemos un amplio porcentaje de pacientes con dosis optimizada, por lo cual nos encontramos en una situación “de meseta” en la disminución de costes.

Así pues, en la Comunidad Valenciana, los pacientes están recibiendo de una forma optimizada, contemplando costes, dosis, eficiencia y eficacia, el tratamiento más adecuado según el criterio de cada profesional y siguiendo las directrices de las principales Sociedades Científicas nacionales e internacionales (SER, EULAR, ACR).

¿QUÉ ESTRATEGIA PROPONEMOS LOS REUMATÓLOGOS EN EL USO DE BIOSIMILARES?

1. Los reumatólogos somos conscientes del avance que puede representar la aparición de biosimilares para contribuir al sostenimiento del sistema sanitario y nos sentimos copartícipes, colaboradores en dicha ventaja para nuestros pacientes.

2. Por otra parte, los médicos reumatólogos, en función del perfil de cada paciente concreto, debemos seguir manteniendo total libertad de elección de un fármaco biológico, coexista o no con un biosimilar, ya que somos los responsables directos de los resultados de salud positivos o negativos que se deriven de esta actuación.

3. En el caso de pacientes naïve para cualquiera de los tratamientos biológicos, los reumatólogos debemos realizar una introducción progresiva de los fármacos biosimilares, valorando, no solo los datos económicos, sino también en función de los resultados de los ensayos clínicos existentes, de la eficacia que observemos en la práctica clínica, del perfil de cada paciente y teniendo en consideración los precios relativos de los fármacos originales y biosimilares. El porcentaje de uso de original y biosimilar, resultará siempre del consenso y diálogo entre reumatólogos, farmacéuticos y dirección, teniendo en consideración el gasto recomendado por paciente y respetando, como se ha venido haciendo hasta el momento actual, la libertad de prescripción y nuestra participación en la gestión de las terapias de alto coste. Esto lo iremos comprobando en la práctica clínica a lo largo de un tiempo prudencial.

4. Por último, en los pacientes tratados durante largo tiempo con un biológico original y que se mantengan estables desde el punto de vista clínico, se debe continuar con dicho fármaco con independencia de que aparezca un biosimilar más barato, ya que no existen evidencias que nos ayuden a prever si la eficacia y toxicidad será la misma en cada caso concreto.

5. Por motivos obvios de responsabilidad legal, los Servicios de Farmacia no deberían cambiar de motu proprio dichos tratamientos ni presionar al médico para realizar algunos de estos cambios en contra de su opinión profesional.

MARCO REGULATORIO VIGENTE, LIBERTAD DE PRESCRIPCIÓN

Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)¹:

a. Artículo 4. 1: De acuerdo con lo establecido en los artículos 35 y 36 de la Constitución, se reconoce el derecho al libre ejercicio de las profesiones sanitarias, con los requisitos previstos en esta ley y en las demás normas legales que resulten aplicables.

b. Artículo 4.7: El ejercicio de las profesiones sanitarias se llevará a cabo con

plena autonomía técnica y científica, sin más limitaciones que las establecidas en esta ley y por los demás principios y valores contenidos en el ordenamiento jurídico y deontológico, y de acuerdo con los siguientes principios:

a) Existirá formalización escrita de su trabajo reflejado en una historia clínica que deberá ser común para cada centro y único para cada paciente atendido en él. La historia clínica tenderá a ser soportada en medios electrónicos y a ser compartida entre profesionales, centros y niveles asistenciales.

b) Se tenderá a la unificación de los criterios de actuación, que estarán basados en la evidencia científica y en los medios disponibles y soportados en guías y protocolos de práctica clínica y asistencial. Los protocolos deberán ser utilizados de forma orientativa, como guía de decisión para todos los profesionales de un equipo, y serán regularmente actualizados con la participación de aquellos que los deben aplicar.

c) La eficacia organizativa de los servicios, secciones y equipos, o unidades asistenciales equivalentes sea cual sea su denominación, requerirá la existencia escrita de normas de funcionamiento interno y la definición de objetivos y funciones tanto generales como específicas para cada miembro del mismo, así como la cumplimentación por parte de los profesionales de la documentación asistencial, informativa o estadística que determine el centro.

d) La continuidad asistencial de los pacientes, tanto la de aquellos que sean atendidos por distintos profesionales y especialistas dentro del mismo centro como la de quienes lo sean en diferentes niveles, requerirá en cada ámbito asistencial la existencia de procedimientos, protocolos de elaboración conjunta e indicadores para asegurar esta finalidad.

e) La progresiva consideración de la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de los equipos profesionales en la atención sanitaria.

MARCO REGULATORIO VIGENTE, SUSTITUCIÓN FÁRMACOS BIOLÓGICOS

Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios²

Artículo 86.4: Sustitución por el farmacéutico: Quedarán exceptuados de esta posibilidad de sustitución aquellos medicamentos que, por razón de sus características de biodisponibilidad y estrecho rango terapéutico, determine el Ministerio de Sanidad y Consumo.

Orden SCO/2874/2007, de 28 de septiembre, por la que se establecen los medicamentos que constituyen excepción a la posible sustitución por el farmacéutico con arreglo al artículo 86.4 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios³.

Artículo único. Medicamentos no sustituibles. De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 86.4 de la Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, no podrán sustituirse en el acto de dispensación sin la autorización expresa del médico prescriptor los siguientes medicamentos:

a) Los medicamentos biológicos (insulinas, hemoderivados, vacunas, medicamentos biotecnológicos).

MARCO REGULATORIO VIGENTE DERECHOS Y OBLIGACIONES DE LOS PACIENTES

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica⁴

Artículo 4.3: El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto, también serán responsables de informarle.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- <https://www.boe.es/buscar/pdf/2003/BOE-A-2003-21340-consolidado.pdf>.
- 2.- <https://www.boe.es/buscar/pdf/2006/BOE-A-2006-13554-consolidado.pdf>.
- 3.- <https://www.boe.es/boe/dias/2007/10/05/pdfs/A40495-40496.pdf>.
- 4.- <https://www.boe.es/boe/dias/2002/11/15/pdfs/A40126-40132.pdf>.

Electroforesis de proteínas plasmáticas: proteinograma

ÁLVAREZ DE CIENFUEGOS RODRÍGUEZ A, TEVAR SÁNCHEZ M
Servicio de Reumatología. Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante)

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

✉ antonioalvarezdc@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Es una gráfica que refleja las fracciones proteicas del suero sanguíneo. Se utiliza suero en vez de plasma, porque en el suero el fibrinógeno se ha consumido en la coagulación. Para la separación de las proteínas del suero se han utilizado a lo largo del tiempo diferentes soportes (papel, acetato de celulosa, agarosa) que han ido mejorando la calidad de la separación. En estos métodos se depositaba la muestra sobre el soporte y se sometía a éste a una corriente eléctrica de tal manera que las proteínas se separaban en función de su carga eléctrica; posteriormente, se sumergía el soporte en un colorante (negro amido, rojo Congo, azul de coomasie) para que éste se fijase a las diferentes fracciones electroforéticas y, posteriormente, se cuantificaban de forma semicuantitativa en un densitómetro. Actualmente, se dispone de un sistema de realización de los proteinogramas, utilizando una técnica diferente, denominada electroforesis capilar, donde la muestra se hace pasar por un capilar y las proteínas se separan debido a un fuerte voltaje electroosmótico y las bandas se estiman mediante la medición a 214 nm del enlace peptídico. La introducción de esta tecnología ha permitido aumentar la calidad del proteinograma y una mayor rapidez, comodidad y precisión.

La proteinemia total se cuantifica con el método del biuret de Weischselbaum o similares, siendo en el adulto normal de 6-7,5/100 ml con las oscilaciones inherentes al método de cada laboratorio, el cual debe de establecer sus patrones propios, y los relativos a diferentes circunstancias como edad, sexo, gestación, etc.

Las diferentes fracciones se expresan en g/100 ml o también en porcentajes relativos; los primeros se obtienen multiplicando la concentración de la proteína sérica total por el porcentaje relativo. Según datos originales de Rodríguez Cuartero, similares a los obtenidos por Wuhrmann, Riva y Kawai, las cifras en el adulto normal aparecen en la Tabla 1.

FACTORES QUE MODIFICAN EL PROTEINOGRAMA

A) En relación con la forma de extracción:

- *Según el tipo de sangre.* La sangre venosa muestra un ligero ascenso en relación con la arterial ya que tiene una mayor hemoconcentración que la venosa.
- *Aplicación del torniquete.* Si la aplicación es prolongada se obtienen valores proteicos ligeramente elevados, también por la mayor hemoconcentración.
- *Oscilaciones posturales.* El decúbito favorece la hemodilución y por tanto el descenso de las proteínas totales y de las

diferentes fracciones; esta es la causa de que en la extracción sanguínea hecha por la mañana las cifras sean ligeramente menores que por las tardes.

- *Oscilaciones nictamerales.* Los niveles proteicos totales descienden durante la noche cerca de 1g/100 ml afectando igual a cada una de las fracciones de modo que las proporciones no varían. Estas modificaciones se deben a diversos factores:

- Desplazamiento del agua de los líquidos corporales (sangre, espacios intravascuales) con hipervolemia y hemodilución nocturnas.
- Factores posturales (decúbito).
- Factores hormonales y neurovegetativos.

B) En relación con la conservación

- *Uso de plasma o suero.* La concentración proteica plasmática excede a la sérica en 0,3-0,5 g/100 ml, los cuales representan la cantidad de fibrinógeno consumida en el suero por la coagulación. Otras proteínas como la protrombina, fibronectina y antitrombina III,

TABLA 1

CIFRAS DE LAS DIFERENTES FRACCIONES DEL PROTEINOGRAMA

	Concentración g/100 ml	Porcentaje relativo %
Albúmina	3,5-4,5	50-60
Alfa-1-globulinas	0,3-0,5	4-8
Alfa-2-globulinas	0,5-0,7	8-10
Beta-1-globulinas y beta-2 globulinas	0,7-0,9	10-15
Gamma-globulinas	0,9-1,5	15-20
Totales	6-7,5	100

FIGURA 1

PROTEINOGRAMA NORMAL (CURVA ELECTROFORÉTICA)

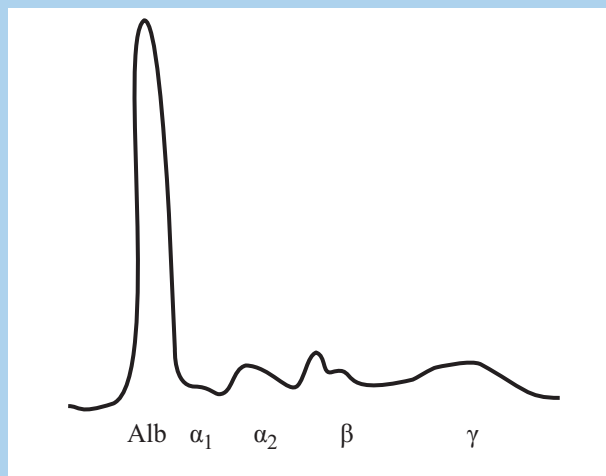
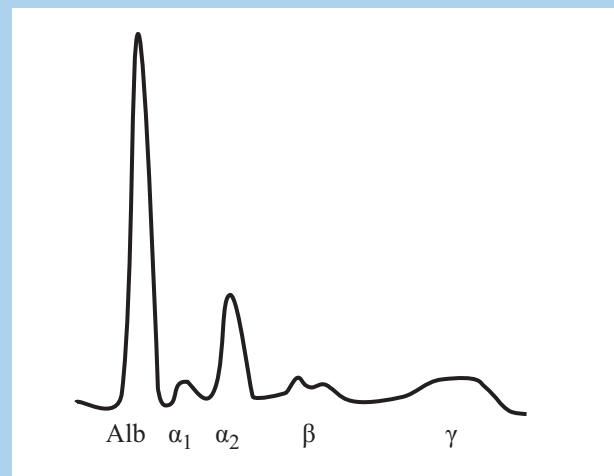


FIGURA 2

PROTEINOGRAMA "PATRÓN INFLAMATORIO AGUDO"



también disminuyen en el suero pero sus concentraciones son tan pequeñas que apenas influyen en la proteinemia total. En la electroforesis del plasma aparece una fracción entre la banda α y β que corresponde al fibrinógeno y que no aparece en la electroforesis del suero.

● **Forma y tiempo de conservación de la muestra.** La forma y el tiempo de la conservación afecta el proteinograma. Debe hacerse el mismo día de la extracción, ya que todos los métodos de conservación modifican algo las concentraciones de las distintas fracciones proteicas. Si es necesaria la conservación deberá hacerse en tubos bien tapados y a -4°C en congelador, con ello las variaciones de las proteínas son mínimas, aunque sí se deben de evitar los procedimientos de descongelación/recongelación.

C) En relación con la presencia de artefactos

● **Presencia de quilomicrones en el suero.** Se presenta en circunstancias fisiológicas tras la ingesta o en hiperlipoproteinemias con hiperquilomicronemias. Además de la turbidez típica del suero, en la electroforesis puede observarse en el lugar del depósito del suero un "pico agudo" próximo a la fracción gamma.

● **Hemólisis.** Las alteraciones se deben a:

- La hemoglobina liberada de los hematíes.

- Las proteínas del estroma eritrocitario no hemoglobínicas.

● **Presencia de inmunocomplejos.** Los complejos inmunes producen en la electroforesis una zona más densa que puede imitar una paraproteína monoclonal.

● **Administración de contrastes yodados y otros medicamentos.** Los contrastes yodados producen descenso de la albúmina y ascensos de las gammaglobulinas.

● **Administración de diuréticos.** Ocasionalmente elevaciones de la proteinemia y de las diferentes fracciones proteicas por hemoconcentración.

D) En relación con el hábitat

● **Variaciones nutricionales.**

● **Variaciones raciales.** Relacionado con los hábitos alimenticios y con las infecciones endémicas.

E) En relación con el stress

● **Ejercicio físico.** El ejercicio modifica las proteínas plasmáticas por:

- Fenómenos de hemoconcentración.
- Intervención de factores hormonales y neurovegetativos en relación con el stress.
- Acentuación del metabolismo.

PATRONES PROTEICOS

Las modificaciones en la electroforesis de proteínas dependen de multitud de factores, obteniéndose como consecuencia diferentes patrones proteicos, de los cuales vamos a describir exclusivamente el patrón inflamatorio agudo y crónico:

A) Patrón inflamatorio agudo (Figura 2). Electroforéticamente viene definido por el ascenso de las alfa-1 y alfa-2 globulinas. Si la inflamación se hace subaguda o crónica hay una tendencia al aumento de las gammaglobulinas, descenso de la albúmina y descenso de las beta-globulinas (por disminución de la transferrina). Se define por tanto por una hiper-alfa-globulinemia en relación con el aumento de las glicoproteínas que en su mayoría se comportan como "reactantes biológicos de fase aguda". La reacción biológica se presenta en múltiples situaciones:

● **Inflamación aguda secundaria a:**

- Infecciones agudas (bacterianas, virales, micóticas o parasitarias).
- Necrosis hícticas (infarto de miocardio, trombosis mesentérica, etc.).
- Agentes físicos (quemaduras, radiaciones, etc.).
- Experimentales como en el absceso de fijación por trementina, etc.

● **Respuesta hormonal secundaria a:**

- Situaciones de stress, como: traumatismos, cirugía, exploraciones cruentas, etc.
- Viajes espaciales.
- Ciertos trastornos hormonales, en especial los que afectan a la hipófisis y/o suprarrenales o tras la administración de ACTH y/o corticosteroides, por la intervención del eje diencefalo-hipófisis suprarrenales.

FIGURA 3

PROTEINOGRAMA "PATRÓN INFLAMATORIO CRÓNICO".

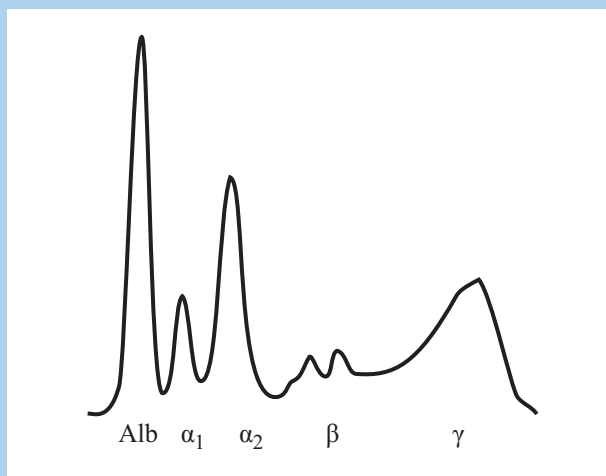
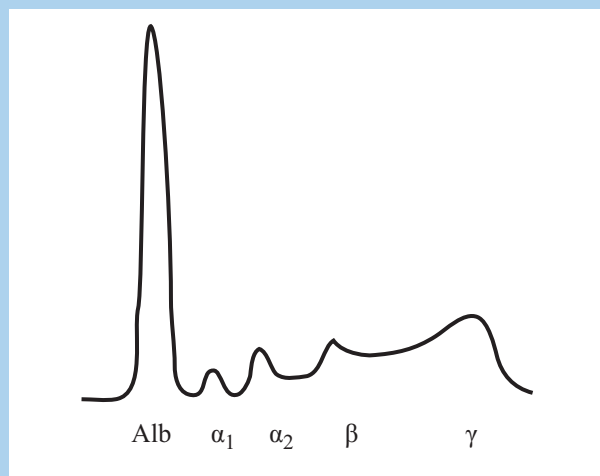


FIGURA 4

PROTEINOGRAMA TIPO "HIPERGAMMAGLOBULINEMIA POLICLONAL"



● *Mecanismos osmóticos:*

En los casos de hipoalbuminemia como respuesta al descenso de la presión osmótica hay aumento de algunas de las alfa-1-globulinas, sobre todo la alfa-1-glicoproteína ácida, que tiende a compensar el descenso de la presión oncótica del plasma.

● *Mecanismo funcional y como respuesta específica secundaria a:*

- Embarazo: aumento de la alfa-2-macroglobulina, beta lipoproteína, etc.
- Lactancia: aumento de la alfa-2-macroglobulina.
- Edad fetal: aumento de la alfa-1-feto-proteína.

● *Neoplasias:*

-El ascenso es de causa mixta y/o compleja.

Cualquiera de estas causas produce manifestaciones de dos tipos, aunque de diferente intensidad:

- *Locales:* en forma de vasodilatación, edema, aflujo leucocitario, agregación de plaquetas y fibrina en las zonas afectadas, liberación de quininas vasoactivas (bradiquinina, kalikreina, kalidina, etc.), serotonina, histamina, prostaglandinas, enzimas lisosómicas, etc.

- *Generales o sistémicas:* en forma de

fiebre, dolor, leucocitosis, alteración del espectro proteico.

B) Patrón inflamatorio crónico (Figura 3). Tiene puntos comunes con el patrón agudo al que en ocasiones sigue. Electroforéticamente se caracteriza por: un descenso de la fracción albúmina en relación con la desnutrición (por anorexia, hipercatabolismo, etc.); hiperalfa-globulinemia a expensas de alfa-1-globulinas (alfa-1-glicoproteína ácida, alfa-1-antitripsina, etc.) y mucho más de alfa-2-globulinas (ceruloplasmina, haptoglobina, etc.), al igual que en el patrón inflamatorio agudo es secundaria a factores de reacción de fase biológica, stress hormonal, etc.; hipergammaglobulinemia de morfología policlonal que electroforéticamente es una curva de base ancha y pendientes suaves, expresión de la respuesta reactiva del sistema mononuclear fagocítico (sistema retículo endotelial) ante estímulos antigénicos persistentes, el ascenso se produce en varias de las inmunoglobulinas (Ig G, Ig A, Ig M, etc.); y aumento del fibrinógeno, que se comporta también como reactante (Figura 4).

Las circunstancias etiológicas son muchas aunque desde el punto de vista patológico

pueden resumirse en dos:

- Procesos inflamatorios agudos que se cronifican.
- Procesos que afectan primariamente o de forma secundaria al tejido conectivo. Estas modificaciones del espectro proteico condicionan importantes ascensos de la velocidad de sedimentación globular, positivizan las pruebas de labilidad proteica e incluso se presentan positividades falsas de serología de lúes y en ocasiones del factor reumatoide.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Chernocky CC, Berger BJ. P. In: Chernocky CC, Berger BJ, eds. Laboratory Tests and Diagnostic Procedures. 6th ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders; 2013:chap P.
- 2.- Warner EA, Herold AH. Interpreting laboratory tests. In: Rakel RE, Rakel DP, eds. Textbook of Family Medicine. 9th ed. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders; 2016:chap 14.
- 3.- Cidoncha Gallego A, Pérez Lucena E, Vinuesa López A, Zaro Bastanzuri MJ, Zafra Mezcu A y Valencia Roldán C. Medicina Integral 2001;38(3):127-132.
- 4.- Marco Barrero M y Riera Masgrau J. Medicina Integral 2001;38(9):404-409.
- 5.- Rodríguez Cuartero A, Nuñez Carril J, Duran Cara E, Morata García, Mora Lara RJ, Peláez Redondo J. Comportamiento de los Reactantes biológicos proteicos en procesos inflamatorios, neoplásicos y necróticos. En: Libro Homenaje al Profesor Ortiz de Landazuri. Madrid: Editorial Garsi 1984:25-35.

GALERÍA DE IMÁGENES

Síndrome del seno del tarso

Álvarez de Cienfuegos Rodríguez A, Tevar Sanchez M

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

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

✉ antonioalvarezdc@gmail.com

Se presentan las imágenes de paciente con síndrome del seno del tarso y os trigonum.



Imagen 1 y 2. RMN de tobillo derecho (T1 y STIR). Se aprecia alteración de señal en la mitad anterior del calcáneo y región yuxtaarticular calcáneo-astragalina en relación con edema intraóseo, asociando edema de las partes blandas adyacentes, con obliteración de la grasa del seno del tarso que muestra hiposeñal en T1 e hiperseñal en STIR y mala delimitación de los ligamentos interóseo y cervical, hallazgos compatibles por RM de síndrome del seno del tarso. Os trigonum. Espolón calcáneo.

Imagen 3. Radiografía lateral de tobillo derecho. Os trigonum. Espolón calcáneo.



Programa

XX CONGRESO
VALENCIA - 31 de marzo y 1 de abril 2017

VIERNES 31 DE MARZO

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

10:00-11:15 SELECCIÓN COMUNICACIONES ORALES

Moderadores: Montse Robustillo. Hosp. Univ. de La Plana. Vila Real
María Concepción Juliá Molla. Hosp. Malvarrosa. Valencia

11:15-11:45 PAUSA CAFÉ N°1 - VISITA POSTERS

11:45-13:00 MESA OSTEOPOROSIS

Moderadores: Javier Calvo Catalá. Hosp. Gral. Univ. de Valencia
Esteban Salas Heredia. Hosp. Marina Baixa. Villajoyosa

11:45-12:05 Biología del Osteocito

Javier del Pino. Hospital Universitario de Salamanca

12:05-12:25 Tratamiento médico de la fractura de cadera

Rafael Belenguer. Hospital 9 d'Octubre. Valencia

12:25-12:45 Novedades en la Enfermedad de Paget

Arantxa Conesa Mateos. Hosp. Gral. Univ. de Castellón

12:45-13:00 Discusión

13:00-15:00 COMIDA DE TRABAJO

15:00-16:00 MESA MISCELÁNEA

Moderadores: Mauricio Mínguez Vega. Hosp. Univ. San Juan de Alicante
Cristina Campos Fernández. Hosp. Gral. Univ. Valencia

15:00-15:20 El PET en Reumatología

José Luis Loaiza Góngora. Servicio de Medicina Nuclear. Hosp. Univ. i Polit. La Fe. Valencia

15:20-15:40 Manifestaciones reumáticas de las enfermedades lisosomales

Isidro Vitoria Miñana. Unidad de Nutrición y Metabolopatías. Hosp. Univ. i Polit. La Fe. Valencia

15:40-15:50 Manual de terapias biológicas y no biológicas subcutáneas en Reumatología

Amelia Carbonell Jordá. Hosp. Univ. San Juan de Alicante

15:50-16:00 Discusión

16:00-16:15 INAUGURACIÓN

Esteban Salas Heredia. Presidente de la SVR

16:15-16:45 PAUSA CAFÉ N°2 - VISITA POSTERS

16:45-17:30 MESA ESPONDILOARTROPATÍAS

Moderadores: Mª Paz Martínez Vidal. Hosp. Gral. Univ. Elda. Alicante
Carlos Feced Olmos. Hosp. Univ. i Polit. La Fe. Valencia

16:45-17:05 La reumatología en la patología ocular

Isabel Martínez Cordellat. Hosp. Univ. i Polit. La Fe. Valencia

17:05-17:25 Psoriasis: una enfermedad sistémica

José L. Sánchez Carazo. Servicio de Dermatología. Hosp. Gral. Univ. de Valencia

17:25-17:30 Discusión

16:45-18:00 REUNIÓN DE ENFERMERÍA REUMATOLÓGICA

Moderadores: Isabel Balaguer Trull. Hosp. Gral. Univ. de Alicante
Catalina Cano Pérez. Centro de especialidades Benidorm. Alicante

16:45-17:05 Exploración Aparato Locomotor

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

17:05-17:25 La Alimentación en el paciente reumático

Rubén Martín de la Leona. Hosp. Gral. Univ. de Valencia

17:25-17:45 La Actividad física en pacientes con patología reumática

Carmen Nájera. Hosp. Univ. i Polit. La Fe. Valencia

17:45-18:00 Discusión



17:30-18:45 MESA TRATAMIENTOS SELECTIVOS EN LAS ESPONDILOARTRITIS

Moderadores: Juan Antonio Castellano Cuesta. Hosp. Arnau de Vilanova. Valencia
Mª Isabel Tevar Sánchez. Hosp. Vega Baja. Orihuela. Alicante

17:30-17:50 Inhibición de la Fosfodiesterasa 4

Juan Alberto Paz. Hosp. Clínico Univ. de Valencia

17:50-18:10 Inhibición de la IL-23

Àngels Martínez Ferrer. Hosp. Univ. Dr. Peset. Valencia

18:10-18:30 Inhibición de la IL-17

José Miguel Senabre Gallego. Hosp. Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante

18:30-18:45 Discusión

19:00-20:00 ASAMBLEA SVR

20:00-20:30 INFORME PATRONATO FVR

21:30 CENA OFICIAL

SÁBADO 1 DE ABRIL

09:00-10:15 MESA DOLOR y ARTROSIS

Moderadores: Gregorio Santos. Hosp. Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante
Francisco Javier Navarro Blasco. Hosp. Gral. Univ. de Elche. Alicante

09:00-09:20 Sensibilización del SNC y dolor crónico

César Margarit. Hosp. Gral. Univ. de Alicante

09:20-09:40 Inflamación crónica de bajo grado y disfunción metabólica en la artrosis

Gabriel Herrero Beaumont. Hosp. Univ. Fundación Jiménez Díaz. Madrid

09:40-10:00 Factores pronósticos de evolución en la artrosis

Francisco Blanco. Complejo Hosp. Univ. A Coruña

10:00-10:15 Discusión

10:15-10:45 PAUSA CAFÉ N°3 - VISITA POSTERS

10:45-11:35 MESA ARTRITIS REUMATOIDE

Moderadores: José Ivorra Cortés. Hosp. Univ. i Polit. La Fe. Valencia
Enrique Batlle Gualda. Hospital Sant Joan d'Alacant

10:45-11:05 Uso de biológicos en la AR precoz

Rosa Negueroles Albuxech. Hosp. Univ. i Polit. La Fe. Valencia

11:05-11:25 Las pequeñas moléculas en el tratamiento de la artritis reumatoide

Ricardo Blanco. Hosp. Univ. de Valdecilla. Santander

11:25-11:35 Discusión

11:35-12:25 MESA TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS

Moderadores: Vega Jovani Casano. Hosp. Gral. Univ. Alicante
Miguel Belmonte Serrano. Hosp. Gral. Univ. Castellón

11:35-11:55 Tratamientos biológicos y cáncer

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

11:55-12:15 Importancia de la persistencia: de los ensayos a la práctica clínica

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

11:15-12:25 Discusión

12:25-13:15 MESA SISTÉMICAS Y VASCULITIS

Moderadores: Mª Pilar Trenor Larraz. Hosp. Clínico Univ. de Valencia
José Carlos Rosas Gómez de Salazar. Hosp. de Vilajoyosa. Alicante

12:25-13:45 Pulmón y enfermedades autoinmunes: IPAF

Mariano Andrés Collado. Hosp. Gral. Univ. Alicante

12:45-13:05 Avances en tratamiento de vasculitis

Francisco Ortiz San Juan. Hosp. Univ. i Polit. La Fe. Valencia

13:05-13:15 Discusión

13:15-13:30 ACTO DE CLAUSURA

13:30 COMIDA DE TRABAJO

Listado de resúmenes

Nº de orden	Título
COLAGENOPATÍAS	
1	Síndromes de superposición en pacientes diagnosticados de esclerosis sistémica: valoración clínica y analítica (aparición de otros autoanticuerpos)
2	Enfermedad relacionada con la IgG4: revisión de casos de nuestro servicio
3	LES y gota ¿una asociación inusual?
4	La hipometilación y la baja hidroximetilación del ADN se asocian con baja respuesta antioxidante en el lupus eritematoso sistémico
5	Elevación de interferón 1 alfa e IL10 como biomarcadores de actividad clínica en pacientes con lupus eritematoso sistémico
6	Niveles elevados de BLYS se asocian con linfopenia en pacientes con lupus eritematoso sistémico
7	Niveles elevados de IL10 en pacientes con lupus eritematoso sistémico se asocian con mayor actividad clínica
8	Perfil de pacientes con lupus eritematoso sistémico clasificado según niveles séricos de interferón 1 alfa
9	Utilidad del análisis de las subunidades anti-Ro52 KDa y anti-Ro60 KDa en la detección de falsos negativos para anti-Ro
10	Niveles disminuidos de interferón 1 alfa e IL10 en pacientes con lupus eritematoso sistémico con autoanticuerpos positivos y baja actividad/remisión
11	Re-evaluación de una cohorte de pacientes con síndrome de Sjögren mediante la aplicación de los nuevos criterios de clasificación SICCA-ACR 2016
12	Protocolizando los anticuerpos antinucleares (ANA) positivos para descartar enfermedad autoinmune sistémica (EAS): el patrón moteado fino denso y anti-DFS70
13	Anti-DFS70 una herramienta en la práctica clínica: serie de casos
14	Significado de la detección de hipocomplementemia, en una consulta de reumatología: más allá del diagnóstico de lupus eritematoso sistémico
15	Experiencia de un comité multidisciplinar Reumatología-Neumología en un hospital universitario
16	Análisis de las manifestaciones del síndrome antifosfolípido en pacientes con lupus eritematoso sistémico
17	Influencia de la presencia de factor reumatoide positivo en el lupus eritematoso sistémico
18	Relación entre actividad del lupus eritematoso sistémico y el tratamiento activo de la enfermedad
19	Evaluación de la severidad del fenómeno de Raynaud en una consulta de Reumatología
ARTRITIS REUMATOIDE	
20	Daño vascular subclínico y su asociación con ACPA y FR en pacientes con artritis reumatoide
21	Contribución de los ensayos clínicos a la eficiencia en la gestión clínica de la artritis reumatoide
22	Morbimortalidad vascular en pacientes con artritis reumatoide y su relación con el estudio vascular
23	Valoración de la rigidez arterial y grosor de la íntima-media carotídea mediante radiofrecuencia en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con Anti-TNF
24	Asociación entre los factores de riesgo cardiovascular y el grosor de la íntima media carotídea en pacientes con artritis reumatoide
ESPONDILOARTROPATÍAS	
25	Características de los pacientes con artropatía psoriásica en el Hospital de la Vega Baja en tratamiento con secukinumab
26	Valoración de entesis en pacientes con espondiloartropatía mediante ecografía
27	Características de los pacientes con artropatía psoriásica en el Hospital de la Vega Baja en tratamiento con ustekinumab
28	Estudio de manifestaciones de aparato locomotor y su relación con el tratamiento en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal
29	Score infraestima el riesgo cardiovascular real en artritis psoriásica
30	Evolución a dos años de la aterosclerosis subclínica en pacientes con artritis psoriásica: resultados preliminares
31	Consulta de uveítis

Listado de resúmenes

Nº de orden	Título
TERAPIA BIOLÓGICA	
32	Psoriasis inducida por terapia anti-TNF. Serie de 13 casos
33	Los pacientes con artropatías inflamatorias crónicas, en tratamiento con golimumab, alcanzan mayor nivel sérico de fármaco, si se utiliza como primer o segundo fármaco biológico
34	Impacto asistencial y económico de los acuerdos de riesgo compartido en pacientes con enfermedades inflamatorias
35	Análisis de la incidencia de reacciones adversas en pacientes con enfermedad reumática en tratamiento con terapias biológicas en un hospital terciario
36	Farmacocinética, inmunogenicidad y eficacia del biosimilar inflectra en la práctica habitual
37	Actividad clínica, sinovitis ecográfica y niveles de fármaco en pacientes con artritis reumatoide que reciben anti-TNFa con pauta de administración alargada
38	Adherencia al tratamiento con fármacos biológicos e inmunosupresores de los pacientes con enfermedades reumáticas crónicas
39	Percepción por parte de los pacientes con enfermedades reumáticas en tratamiento biológico e inmunosupresor, de la aplicación de las medidas de prevención de riesgos
40	Prevalencia de infección y reactivación por hepatitis B y C en pacientes en terapias biológicas
OSTEOPOROSIS	
41	Análisis del metabolismo óseo y factores de riesgo osteoporótico en lesionados medulares a los 12 meses de seguimiento
42	Unidad de Coordinación de Fracturas (FLS) local: características y evolución a 6 meses de los pacientes con fractura de cadera de bajo impacto: datos preliminares
43	Osteoporosis y cáncer de mama: resultados en una consulta especializada siguiendo una evaluación estructurada
44	Estudio a dos años del metabolismo óseo en pacientes sometidos a trasplante hepático. Influencia del tratamiento antiresortivo y de la evaluación previa al trasplante
45	Densidad mineral ósea y niveles de vitamina D en pacientes con pancreatitis crónica
46	Osteoporosis y cáncer de mama: análisis de factores de riesgo de aparición de nuevas fracturas por fragilidad
CASOS CLÍNICOS	
47	Caso clínico: reacción cutánea necrotizante tras tatuaje en un paciente con enfermedad de Behçet
48	Trasplante autólogo de precursores hematopoyéticos de médula ósea en pacientes con esclerosis sistémica: significativa mejoría de afectación cutánea. Experiencia de 2 casos
49	Hidradenitis supurativa (HS) paradójica inducida por adalimumab (ADA) en paciente con artritis psoriásica (APS), resolución tras switch a secukinumab
50	¿Conocéis el síndrome de la costilla deslizante?
51	Vasculitis reumatoide al debut de una artritis reumatoide (AR)
52	Miopatía inflamatoria asociada a enfermedad de Crohn. Caso clínico y análisis comparativo con literatura
53	Queratitis intersticial sifilítica en paciente con síndrome de Sjögren
MISCELÁNEA	
54	Evaluación de las variables predictivas de pronóstico en pacientes con espondilodiscitis
55	Modelo predictivo del dolor de hombro a partir de datos clínicos y epidemiológicos
56	Resultados de la consulta de Enfermería Reumatológica durante el año 2016
57	Infección por leishmania en el Área Sanitaria 6 de la Comunidad Valenciana
58	Eficacia de la radiosinoviotomía en el control de la sinovitis refractaria
59	Efectividad de la consulta telefónica de Enfermería en el Servicio de Reumatología
60	Análisis de factores relacionados con el aprendizaje de reumatología en las rotaciones de MIR de otras especialidades
61	Experiencia en el seguimiento en la consulta de enfermería del paciente con patología reumática con tratamiento intravenoso
62	Impacto del tratamiento diurético en la respuesta hipouricemiante en pacientes con gota: análisis de una cohorte de inception
63	Disminución del periodo de incapacidad temporal por enfermedades musculoesqueléticas: utilidad de un programa de intervención precoz en el área de salud Valencia-La Fe

Resúmenes COLAGENOPATÍAS

1. SÍNDROMES DE SUPERPOSICIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE ESCLEROSIS SISTÉMICA: VALORACIÓN CLÍNICA Y ANALÍTICA (APARICIÓN DE OTROS AUTOANTICUERPOS)

Campos Fernández C, Rueda Cid A, Pastor Cubillo MD, Lerma Garrido J, Balaquer Trull I, De la Morena Barrio I, Calvo Catalá J
Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital General Universitario de Valencia

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica. El 95% de los pacientes con esclerodermia tienen anticuerpos antinucleares (ANA). En la práctica clínica son una herramienta útil para diagnosticar, clasificar y pronosticar la enfermedad. Además de los autoanticuerpos característicos, como el Scl-70 y el anticentromero, a lo largo de la evolución pueden aparecer otros autoanticuerpos, junto con manifestaciones clínicas de patologías sistémicas diferentes y que conforman los llamados síndromes de superposición o síndromes de "overlap". Los síndromes de superposición se definen como la coexistencia simultánea o sucesiva de 2 o más enfermedades autoinmunes sistémicas en un mismo paciente. En estos casos se cumplen criterios diagnósticos suficientes para cada una de las Enfermedades del tejido conectivo (ETC) que se superponen.

Objetivo: Identificar la presencia de otros autoanticuerpos y síndromes de superposición en los pacientes diagnosticados de esclerosis sistémica (forma limitada y difusa) seguidos en la consulta de reumatología durante un periodo de 5 años.

Material y métodos: Estudio descriptivo en el que se revisan y se recogen los

datos de 23 pacientes con ES seguidos en los últimos 5 años, en nuestra consulta de reumatología hasta diciembre de 2016. Las características clínicas y los datos de laboratorio de los pacientes se analizaron retrospectivamente recogiendo principalmente la aparición de otros autoanticuerpos y de signos/síntomas diferentes a los de ES.

Resultados: De los 23 pacientes (2 hombres y 21 mujeres) con ES, 16 estaban diagnosticados de ES forma limitada y 7 de ES difusa, con una edad media de 64,1 (rango de edad 33-83) y con un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 8,8 años (rango de años 2-19). Al realizar la revisión hemos encontrado anticuerpos relacionados con otras enfermedades sistémicas en 5 pacientes (21,7%): - 2 casos con anticuerpos anti-péptido citrulinado cíclico (anti-CCP): diagnosticados de AR-ES.

- 1 caso con anticuerpos contra PM-Scl: diagnosticado de dermatopolimiositis-ES.

- 2 casos con anticuerpos antiRo: diagnosticados de Sjögren-ES.

De estos 5 casos 3 estaban clasificados como ES difusa y 2 como ES limitada

Conclusiones: En nuestra serie de casos de Esclerodermia, durante la evolución, el 21,7% de los pacientes se diagnosticaron de Síndrome de superposición.

Las enfermedades autoinmunes se caracterizan por la diversidad y heterogeneidad de su clínica. Los síndromes de superposición se distinguen por la presencia concomitante de síntomas clínicos y determinación de autoanticuerpos compatibles con las enfermedades que los componen.

Es importante que estos síndromes sean reconocidos para establecer el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes con síndromes de solapamiento en esclerodermia.

2. ENFERMEDAD RELACIONADA CON LA IgG4: REVISIÓN DE CASOS DE NUESTRO SERVICIO

Rueda Cid A¹, Campos Fernández C¹, Monzó Cárcel JA², Cervera Juan MA³, Pastor Cubillo MD¹, González-Cruz Cervellera MI¹, De la Morena Barrio I¹, Calvo Catalá J¹

¹Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo, ²Servicio de Medicina Interna y ³Servicio de Neumología. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia

Introducción: La enfermedad relacionada con la inmunoglobulina IgG4 se caracteriza por una reacción inflamatoria que puede afectar a cualquier órgano. Existe un predominio masculino. Hay 2 grupos de criterios para su diagnóstico, aunque posiblemente la suma de criterios clínicos, de imagen, histopatológicos y serológicos sean los que definan la enfermedad. Se debe realizar el diagnóstico diferencial como neoplasias, infecciones y patologías autoinmunes. La base del tratamiento son los glucocorticoides, también se han utilizado inmunomoduladores y rituximab.

Se presentan 3 casos con afectación en diferentes órganos:

Caso 1: Mujer de 51 años con antecedentes personales de fibromialgia, enfisema pulmonar, psoriasis cutánea y fenómeno de Raynaud. Presenta dolor y distensión abdominal aguda. En la RM abdominal tiene fibrosis/paniculitis mesentérica, en el TC pulmonar un patrón intersticial y derrame pleural D y en el PEC-TC leve aumento del metabolismo sobre trayecto intestinal en FID. En la analítica la autoinmunidad era negativa, los reactantes de fase aguda (RFA) elevados y la Ig G4 >194 mg/dL. Se realiza laparotomía exploradora con biopsia de grasa mesentérica con células plasmáticas con positividad citoplasmática. Ante posible enfermedad relacionada con IgG4 se inicia tratamiento corticoideo. Con 15 mg sufre recaída por lo que se pauta azatioprina. Después de 7 meses se mantiene con 5mg de prednisona y azatioprina 100

mg/día. En la RM abdominal de control se aprecia mejoría de la panculitis mesentérica y se ha resuelto el derrame pleural.

Caso 2: Mujer de 46 años con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 2. Tiene dolor subagudo en hipogastrio y astenia con pérdida de 3 kg en 2 meses. Se realiza TC, RM abdominal, colonoscopia y laparotomía exploradora con sospecha de neoplasia de colon transversal. Se realiza una hemicolectomía derecha mas resección de parte de la pared abdominal. La anatomía patológica de la muestra quirúrgica es compatible con enfermedad relacionada con IgG4. En el estudio posterior los autoanticuerpos eran negativos y la Ig G4 era normal. Se encuentra asintomática y en el PEC-TC de control no se encontraron hallazgos patológicos. Después de 36 meses no ha sufrido recaídas y no ha necesitado tratamiento.

Caso 3: Mujer de 28 años natural de Ecuador con infestación por strongyloides estercorarios tratada en 3 ocasiones. Acude por dolor torácico pleurítico y disnea aguda. La Rx de tórax y la TC toraco-abdominal muestra derrame pleural izquierdo. Se realiza fibrobroncoscopia y biopsia pleural que muestra infiltrado de predominio plasmocítico y proporción de células Ig G4/Ig G >60%. La analítica presenta eosinofilia, hipergammaglobulinemia, ANA 1/160 y Ig G4 >194. Cumple criterios de enfermedad relacionada con IgG4 y se inicia tratamiento con prednisona 0,5mg/kg. Por recaída se introduce azatioprina 50 mg/12 horas. Un año después esta asintomática, mantiene azatioprina y 5 mg de prednisona.

Conclusión: La enfermedad relacionada con IgG4 engloba una serie de procesos que comparten características fisiopatológicas, serológicas y clínicas. Después de ser descrita en Japón (2003) se ha comenzado a pensar que cuadros que se consideran enfermedades diferentes formen parte de una misma entidad. El reumatólogo tiene un papel en la identificación de estos procesos y en su tratamiento. La cooperación entre los diferentes servicios es fundamental para atender de manera global estas enfermedades.

3. LES Y GOTA ¿UNA ASOCIACIÓN INUSUAL?

Quilis N¹, Andrés M^{2,3}

¹Sección de Reumatología. Hospital Universitario Vinalopó. Elche (Alicante).

²Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante. ³Departamento de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Elche (Alicante)

Introducción: Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) padecen con frecuencia comorbilidades cardiovasculares (CV) como hipertensión, dislipemia o enfermedad coronaria. Sin embargo, la asociación con gota – un demostrado factor de riesgo CV – parece muy inusual (de hecho, no se menciona en textos de referencia¹ y podría no considerarse ante un episodio de artritis en estos pacientes, sobre todo al afectar preferentemente a mujeres.

Objetivo: Revisar nuestra experiencia de pacientes con LES que desarrollan gota y realizar una revisión de los casos reportados hasta el momento.

Métodos: Se ha realizado una revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de LES y gota probada por cristales en la sección de Reumatología de un hospital universitario terciario. Se han registrado sus características clínicas y analíticas en relación a ambas enfermedades. Posteriormente, se ha realizado una revisión bibliográfica en Pubmed (1965-2016) para identificar

casos o series reportadas de coexistencia de ambas patologías,

Resultados: De un total de 189 pacientes atendidos con diagnóstico de LES, inicialmente seleccionamos 4 que compartían ambos diagnósticos, finalmente sólo 2 con gota probada por cristales. El primero de ellos es una mujer de 68 años con LES de más de 30 años de evolución, con manifestación renal y gota no tofácea que cursó con poliartritis en manos. El segundo paciente es un varón de 47 años con LES de 20 años de evolución y nefropatía asociada, que en 2015 presenta artritis de tobillo y tarso derecho, obteniendo LS que contiene cristales de UMS. Hasta la fecha se han reportado 36 casos de gota en pacientes con LES. Presentamos en la tabla los casos publicados junto a los de nuestra sección. En la serie predomina el sexo femenino (26; 72%), con una mediana de edad de 43,5 años (p25-p75 32,5-52) al diagnóstico de gota. El 44,4% de los pacientes presentaban gota tofácea en el momento del diagnóstico de la misma. Predomina la presencia de nefropatía (86%) y el uso de diuréticos (83%) y glucocorticoides (91%) como factores hiperuricemiantes.

Conclusiones: Aun siendo infrecuente, los datos apoyan incluir la gota en el diagnóstico diferencial de episodios de artritis en pacientes con LES – de ahí la importancia del análisis rutinario de líquido sinovial –, sobre todo en aquellos con enfermedad de larga evolución, deterioro de función renal y/o en tratamiento diurético.

Bibliografía: 1.- EULAR Textbook on Rheumatic Diseases. BMJ, 2015.

Referencia	Sexo y edad (años)	Afectación renal	Diuréticos	Corticoides	Tiempo de evolución de LES hasta diagnóstico de Gota (años)	Ataque agudo	Tofos	Uricemia al diagnóstico (mg/dL)	Presencia de otros cristales
Quilis 2017	M 65	Sí	No	No	30	Sí	No	11,1	No
	H 47	Sí	No	No	22	Sí	No	12,2	No
Moidel 1981	H 48	Sí	Sí	Sí	11	Sí	No	10,8	No
	M 39	Sí	Sí	?	10	?	Sí	12	No
Wall 1982	H 45	Sí	Sí	Sí	10	Sí	No	8,8	No
Rose 1982	M 34	No	No	Sí	1,5	Sí	No	?	PFC, hidroxipatita
Helliwell 1982	H 39	Sí	?	Sí	12	Sí	Sí	14,8	No
Lally 1982	M 29	Sí	Sí	Sí	9	Sí	No	10,2	No
Bradley 1983	M 31	Sí	Sí	Sí	4	Sí	Sí	16,5	No
	M 57	Sí	?	Sí	20	Sí	Sí	9,5	No
Rodríguez 1984	M 17	Sí	Sí	Sí	5	No	Sí	12	PFC, hidroxipatita y colesterol
Greenfield 1985	M 56	Sí	Sí	Sí	12	Sí	No	13-18	No
	H 41	Sí	Sí	Sí	14	Sí	No	9	No
Tsuboi 1986	M 25	Sí	Sí	Sí	7	No	Sí	12,2	No
Frocht 1987	M 37	Sí	Sí	Sí	7	Sí	No	12,9	No
McDonald 1988	H 43	Sí	Sí	Sí	10	No	Sí	8,3-10,8	No
Kalmar 1982	M 47	Sí	Sí	Sí	6	No	Sí	16,1	No
Alarcón 1983	M 52	No	?	?	14	Sí	No	18	No
Kurita 1989	M 37	Sí	Sí	Sí	15	No	Sí	11,4	No
Veerapen 1993	M 31	Sí	?	Sí	11	Sí	Sí	11,5	No
	H 24	Sí	Sí	Sí	6	Sí	Sí	15	No
	H 22	Sí	Sí	Sí	4	Sí	Sí	10,1	No
McMillen 1994	M 52	Sí	?	Sí	7	Sí	No	6,9	No
Ho 2003	M 61	No	Sí	Sí	6	Sí	Sí	17,3	No
	M 37	Sí	Sí	Sí	5	Sí	Sí	17,5	No
	M 30	No	Sí	Sí	8	Sí	No	12,9	No
	M 50	Sí	Sí	Sí	13	Sí	Sí	10,3	No
	M 68	Sí	Sí	Sí	4	Sí	No	9,9	No
	M 77	No	Sí	Sí	14	Sí	Sí	9,2	No
	M 33	Sí	Sí	Sí	7	Sí	No	11,2	No
Bajaj 2004	M 22	Sí	No	Sí	9	?	?	18,4	No
	M 44	Sí	Sí	Sí	10	?	?	15,1	No
	H 46	Sí	Sí	Sí	9	?	?	15,1	No
	H 47	Sí	No	Sí	31	?	?	13,4	No
	M 53	Sí	Sí	No	4	?	?	15,1	No

4. LA HIPOMETILACIÓN Y LA BAJA HIDROXIMETILACIÓN DEL ADN SE ASOCIAN CON BAJA RESPUESTA ANTIOXIDANTE EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Grau García E¹, Feced Olmos C¹, Fernández Matilla M², Labrador Sánchez E¹, Ortiz-Sanjuán FM¹, Fernández-Llanio Cornella N², Arévalo Ruales K¹, Neguerolles Albuxech R¹, Ivorra Cortés J¹, Frago Gil JJ¹, Martínez Cordellat I¹, González Mazario R¹, Chalmeta Verdejo I¹, González Puig L¹, Alcañiz Escandell C¹, Nájera Herranz C¹, Cánovas Olmos I¹, Vicens Bernabeu E¹, Oller Rodríguez JE¹, Castellano Cuesta JA², Fornés Ferrer V³, Hervás Marín D³, Román Ivorra JA¹

¹Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. ²Sección de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia

Objetivos: Analizar la asociación entre el nivel de desmetilación e hidroximetilación con la respuesta antioxidante, así como su implicación con la fisiopatología del lupus eritematoso sistémico (LES).

Material y métodos: Estudio observacional transversal de 142 pacientes con LES según criterios SLICC 2012 y 34 controles sanos. Los niveles de 5-metilcitosina (5-mC), 5-hidroximetilcitosina (5-hmC), superóxido dismutasa (SOD) y capacidad antioxidante total (TAC) se analizaron por métodos colorimétricos. La concentración sérica de glutatión (GSH) y disulfuro de glutatión (GSSG) por UPLC-MS/MS. A todos los individuos se les realizó una evaluación clínica y analítica completa. El análisis bioestadístico se realizó con el software R versión 3.3.2.

Resultados: Se observa una correlación entre los niveles de 5-mC y 5-hmC ($P<0,001$), siendo ambos menores en pacientes que en controles sanos ($P=0,024$ y $P<0,001$). Los niveles de GSH y GSSG fueron menores en pacientes que en con-

troles ($P=0,033$ y $P=0,003$), pero el cociente GSH/GSSG no mostró diferencias entre ambos grupos. Los niveles de SOD están aumentados en pacientes ($P=0,001$), pero la TAC no variaba entre ambos grupos. A mayor desmetilación del ADN en pacientes y controles se asocia una menor TAC ($P=0,005$ y $P=0,01$). En pacientes, a mayor desmetilación y menor hidroximetilación del ADN, el aumento de SOD es menor ($P<0,001$ y $P=0,007$). Además, los mayores niveles de SOD y TAC se dan en los casos con mayor desmetilación y menos hidroximetilación ($P=0,001$ y $P<0,001$). No se observa relación entre los niveles de 5-mC y 5-hmC y los niveles de GSH, GSSG y el cociente GSH/GSSG. Pacientes con mayor desmetilación muestran una tendencia a presentar manifestaciones vasculares (según RELESSER) ($P=0,041$), y aquellos con menor hidroximetilación presentaban más manifestaciones mucocutáneas (según RELESSER) ($P=0,015$). Además, la positividad del anticoagulante lúpico se asocia a mayor desmetilación y menor hidroximetilación ($P=0,009$ y $P=0,001$). Los niveles disminuidos de GSH y GSSG se asocian a mayor daño acumulado, según el índice SLICC-ACR ($P=0,01$ y $P=0,005$), y los niveles disminuidos de SOD se asocian a una larga evolución de la enfermedad ($P=0,001$).

Conclusiones: Observamos una mayor desmetilación y una menor hidroximetilación del ADN en pacientes con LES frente a controles, lo que se asocia al aumento de la actividad SOD. También una mayor desmetilación indica menor TAC. La alteración en los procesos de desmetilación se relaciona con alteraciones en la respuesta antioxidante en los pacientes. El aumento en la respuesta antioxidante podría deberse al efecto de la cronicidad en el estado inflamatorio de los pacientes. Estos resultados indican que los procesos epigenéticos estarían implicados en la fisiopatología del LES.

Agradecimientos: Este trabajo ha sido financiado por la GVA (GV15/83).

5. ELEVACIÓN DE INTERFERÓN 1 ALFA E IL10 COMO BIOMARCADORES DE ACTIVIDAD CLÍNICA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Grau García E¹, Fernández Matilla M², Feced Olmos C¹, Labrador Sánchez E¹, Ortiz Sanjuán FM¹, Fernández-Llanio Cornella N², Tovar Sugreñes E³, Chalmeta Verdejo I¹, Arévalo Ruales K¹, Neguerolles Albuxech R¹, Ivorra Cortés J¹, Frago Gil JJ¹, Martínez Cordellat I¹, González Mazario R¹, González Puig L¹, Alcañiz Escandell C¹, Nájera Herranz C¹, Cánovas Olmos I¹, Vicens Bernabeu E¹, Oller Rodríguez JE¹, Castellano Cuesta JA², Fornés Ferrer V⁴, Hervás Marín D⁴, Román Ivorra JA¹

¹Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. ²Sección de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ³Facultad de Medicina. UCV. Valencia.

⁴Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia

Objetivos: Analizar la asociación entre niveles de INF1A, IL10 y BLYS y la actividad clínica en el lupus eritematoso sistémico (LES).

Material y métodos: Estudio observacional transversal de 142 pacientes diagnosticados de LES según criterios SLICC 2012 y 34 controles sanos. A todos los individuos se les realizó una evaluación clínica y analítica completa de donde se obtuvieron datos demográficos, clínicos y analíticos. Los niveles de INF1A, IL10 y BAFF/BLYS se determinaron por métodos colorimétricos estableciéndose el valor de corte para los niveles altos en dos veces la desviación típica más uno del logaritmo del valor medio de la población control. El análisis bioestadístico se realizó con el software R versión 3.3.2.

Resultados: En los pacientes con LES se observan valores de IL10, BLYS e

INF1A estadísticamente superiores a los controles sanos ($P<0,001$, $P=0,005$ y $P=0,043$ respectivamente), con unos valores medios en pacientes de $13,39\pm 27,73$ pg/mL de INF1A; $9,99\pm 15,84$ pg/mL de IL10 y $1811,31\pm 1757,81$ pg/mL de BLYS. La actividad clínica media evaluada por SLEDAI fue de $5,91\pm 5,06$.

Los niveles de INF1A están relacionados significativamente con los niveles de IL-10 ($P=0,001$) y con los de BLYS ($P=0,034$). En base a este resultado se categorizan los pacientes en función del nivel alto o bajo para las tres moléculas: 44 INF1a(-)IL10(-)BLYS(-); 61 INF1a(+)IL10(-)BLYS(-); 5 INF1a(+)IL10(-)BLYS(+); 18 INF1a(+)IL10(+)BLYS(-); 14 INF1a(+)IL10(+)BLYS(+).

Los pacientes con niveles altos de INF1A e IL10 muestran un aumento significativo de la actividad clínica ($P<0,0001$), y en menor medida en el caso de pacientes con niveles altos de las tres citoquinas. Los pacientes con niveles altos de INF1A-IL10 y de INF1A-IL10-BLYS presentan un mayor consumo del complemento ($P<0,001$ y $P=0,001$ respectivamente) y títulos altos de anti-dsDNA ($P=0,001$ y $P=0,002$ respectivamente). El grupo con niveles altos de INF1A-BLYS presenta valores altos de anti-dsDNA ($P=0,004$) y positividad de ENAs ($P<0,001$). El grupo de pacientes con niveles altos de INF1A-IL10-BLYS presentan positividad de ANAs ($P<0,001$) y anticuerpos antofosfolípido ($P=0,004$). No se observan diferencias significativas entre las manifestaciones clínicas y los perfiles de INF1A-IL10-BLYS establecidos.

Conclusiones: En nuestra cohorte observamos que el 69% de los pacientes tiene elevada al menos una de las citoquinas consideradas, siendo el INF1A la que mayormente se eleva. Sin embargo, la elevación de IL10, con independencia de si se elevan INF1A o BLYS, es la que más se asocia a la actividad clínica de la enfermedad.

6. NIVELES ELEVADOS DE BLYS SE ASOCIAN CON LINFOPENIA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Grau García E¹, Feced Olmos C¹, Labrador Sánchez E¹, Ortiz-Sanjuán FM¹, Fernández Matilla M², Fernández-Llanio Cornella N², Chalmeta Verdejo I¹, Arévalo Ruales K¹, Neguerolles Albuixech R¹, Ivorra Cortés J¹, Frago Gil JJ¹, Martínez Cordellat I¹, González Mazario R¹, González Puig L¹, Alcañiz Escandell C¹, Nájera Herranz C¹, Cánovas Olmos I¹, Vicens Bernabeu E¹, Oller Rodríguez JE¹, Castellano Cuesta JA², Fornés Ferrer V³, Hervás Marín D³, Román Ivorra JA¹

¹Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. ²Sección de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia

Objetivos: Estudiar la asociación entre los niveles séricos de BLYS y la actividad clínica en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), así como con sus manifestaciones clínicas.

Material y métodos: Estudio observacional transversal de 142 pacientes diagnosticados de LES según criterios SLICC 2012, y 34 controles sanos. A todos los individuos se les realizó una evaluación clínica y analítica completa de donde se obtuvieron datos demográficos, clínicos y analíticos. Los niveles de BLYS se determinaron por métodos colorimétricos. El análisis bioestadístico se realizó

mediante el software R versión 3.3.2.

Resultados: El 94,4% de los pacientes fueron mujeres, con una edad media al diagnóstico de 33,29±13,53 años y un promedio de 15,82±10,56 años de evolución de la enfermedad. La actividad media según el índice SLEDAI fue de 5,91±5,06 y el daño acumulado medio según el índice SLICC fue de 1,06±1,42.

Los niveles de BLYS fueron mayores en pacientes que en controles sanos (P=0,034). El 22,5% de los pacientes presentaban niveles elevados de BLYS.

Los niveles elevados de BLYS se correlacionaban significativamente con la presencia de anticuerpos ANAs (P=0,0006), pero no se observa relación con títulos altos de anti-dsDNA o consumo del complemento. Las manifestaciones clínicas (definidas según RELESSER) que se asocian de forma significativa a niveles altos de BLYS son la linfopenia (P=0,001), y las manifestaciones hormonales (P=0,002). No se observan diferencias significativas ni en la actividad clínica evaluada por SLEDAI ni en el daño acumulado medido por SLICC.

Conclusiones: El 22,5% de los pacientes con LES presentan niveles elevados de BLYS, y el 7% presentaba niveles altos y además un índice SLEDAI>6. La sobreexpresión de BLYS se relaciona con la positividad de ANAs y con la presencia de linfopenia y diabetes. No encontramos evidencias estadísticamente significativas de la relación entre los niveles de BLYS y la actividad clínica de los pacientes con LES.

7. NIVELES ELEVADOS DE IL10 EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO SE ASOCIAN CON MAYOR ACTIVIDAD CLÍNICA

Grau García E¹, Labrador Sánchez E¹, Ortiz-Sanjuán FM¹, Fernández Matilla M², Feced Olmos C¹, Fernández-Llanio Cornella N², Chalmeta Verdejo I¹, Arévalo Ruales K¹, Neguerolles Albuixech R¹, Ivorra Cortés J¹, Frago Gil JJ¹, Martínez Cordellat I¹, González Mazario R¹, González Puig L¹, Alcañiz Escandell C¹, Nájera Herranz C¹, Cánovas Olmos I¹, Vicens Bernabeu E¹, Oller Rodríguez JE¹, Castellano Cuesta JA², Fornés Ferrer V³, Hervás Marín D³, Román Ivorra JA¹

¹Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. ²Sección de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia

Objetivos: Analizar la relación entre los niveles séricos de IL10 y la actividad clínica, así como con las manifestaciones clínicas de pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES).

Material y métodos: Estudio observacional transversal de 142 pacientes diagnosticados de LES según criterios SLICC 2012, y 34 controles sanos. A todos los

individuos se les realizó una evaluación clínica y analítica completa de donde se obtuvieron datos demográficos, clínicos y analíticos. Los niveles de IL10 se determinaron por métodos colorimétricos.

El análisis bioestadístico se realizó con el software R versión 3.3.2.

Resultados: El 94,4% de los pacientes fueron mujeres, con una edad media al diagnóstico de 33,29±13,53 años y un promedio de 15,82±10,56 años de evolución de la enfermedad. La actividad media según el índice SLEDAI fue de 5,91±5,06 y el daño acumulado medio según el índice SLICC fue de 1,06±1,42.

Los niveles de IL10 fueron mayores (P<0,0001) en pacientes con LES frente a los controles sanos. El 42,5% de los pacientes presentaban niveles elevados de IL10. Los pacientes con niveles altos de IL10 presentaban mayor actividad clínica según SLEDAI (P<0,0001) y mayor consumo de complemento (P=0,001). Las manifestaciones clínicas (definidas según RELESSER) que se asocian de forma significativa a niveles altos de IL10 son las linfopenias (P=0,0001).

Conclusiones: En nuestro estudio el 42,5% de los pacientes presentan niveles elevados de IL10, y observamos una gran relación la actividad de la enfermedad y el consumo del complemento. Además los niveles elevados de IL10 si se asocian con la presencia de linfopenia.

8. PERFIL DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO CLASIFICADO SEGÚN NIVELES SÉRICOS DE INTERFERÓN 1 ALFA

Grau García E¹, Chalmeta Verdejo I¹, Fernández Matilla M², Feced Olmos C¹, Labrador Sánchez E¹, Ortiz-Sanjuán FM¹, Fernández-Llanio Cornella N², Arévalo Ruales K¹, Neguerolles Albuixech R¹, Ivorra Cortés J¹, Frago Gil JJ¹, Martínez Cordellat I¹, González Mazario R¹, González Puig L¹, Alcañiz Escandell C¹, Nájera Herranz C¹, Cánovas Olmos I¹, Vicens Bernabeu E¹, Oller Rodríguez JE¹, Castellano Cuesta JA², Fornés Ferrer V³, Hervás Marín D³, Román Ivorra JA¹

¹Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. ²Sección de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia

Objetivos: Estudiar la asociación entre los niveles séricos de INF1A y la actividad clínica en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), así como con sus manifestaciones clínicas.

Material y métodos: Estudio observacional transversal de 142 pacientes diagnosticados de LES según criterios SLICC 2012, y 34 controles sanos de características demográficas similares a la cohorte de pacientes. A todos los individuos se les realizó una evaluación clínica y analítica completa de donde se obtuvieron datos demográficos, clínicos y analíticos. Los niveles de INF1A se determinaron por métodos colorimétricos. El análisis bioestadístico se realizó con el software R versión 3.3.2.

Resultados: El 94,4% de los pacientes fueron mujeres, con una edad media al diagnóstico de 33,29±13,53 años y un promedio de 15,82±10,56 años de evolución de la enfermedad. La actividad media según el índice SLEDAI fue de 5,91±5,06 y el daño acumulado medio según el índice SLICC fue de 1,06±1,42.

Los niveles de INF1A fueron significativamente mayores (P<0,0001) en pacientes que en controles sanos. El 43,6% con LES presentaban niveles elevados de INF1A, de los que el 37,1% tenían actividad clínica (SLEDAI>6); del 56,4% de los pacientes con niveles bajos de INF1A, sólo un 23,8% estaban activos según el mismo índice.

Los manifestaciones clínicas más frecuentemente observadas en pacientes con niveles altos de INF1A (definición según RELESSER) fueron: serológicas (96,8%), mucocutáneas (61,3%), articulares (59,7%), vasculares (43,5%), hematológicas (32,3%), renales (17,7%), neuropsiquiátricas (17,6%), cardíacas (16,1%), respiratorias (12,9%), oftalmológicas (11,3%), hormonales (fallo gonadal prematuro y diabetes mellitus) (8,1%), gastrointestinales (4,8%), y neoplásicas (1,6%).

Además, los niveles elevados de INF1A se correlacionaban significativamente con la presencia de anticuerpos antifosfolípido (P=0,009) y con títulos altos de anti-dsDNA (P=0,002), y muestra una tendencia también al consumo del complemento.

Conclusiones: En nuestro estudio, casi la mitad de los pacientes presentan niveles elevados de INF1A, que se correlaciona con datos clínicos de actividad de la enfermedad como títulos altos de anti DNA y consumo de complemento, pero no con el índice de actividad SLEDAI. Sin embargo, no tenemos evidencia estadística para determinar un perfil clínico asociado a los títulos altos de esta citoquina.

9. UTILIDAD DEL ANÁLISIS DE LAS SUBUNIDADES ANTI-RO52 KDa Y ANTI-RO60 KDa EN LA DETECCIÓN DE FALSOS NEGATIVOS PARA ANTI-RO

Grau García E¹, Labrador Sánchez E¹, Fernández Matilla M², Ortiz-Sanjuán FM¹, Feced Olmos C¹, Fernández-Llanio Cornella N², Chalmeta Verdejo I¹, Arévalo Ruales K¹, Neguerolles Albuixech R¹, Ivorra Cortés J¹, Frago Gil JJ¹, Martínez Cordellat I¹, González Mazario R¹, González Puig L¹, Alcañiz Escandell C¹, Nájera Herranz C¹, Cánovas Olmos I¹, Vicens Bernabeu E¹, Oller Rodríguez JE¹, Castellano Cuesta JA², Fornés Ferrer V³, Hervás Marín D³, Giménez-Romero D⁴, Román Ivorra JA¹

¹Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. ²Sección de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia. ⁴Departamento de Física-Química. Universitat de València. Valencia

Objetivos: Identificar en pacientes con LES la presencia de falsos negativos de anticuerpos anti-Ro mediante el análisis por separado de alta sensibilidad de las subunidades anti-Ro52KDa y anti-Ro60KDa, así como definir las diferencias fisiopatológicas de este grupo de pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional transversal de pacientes diagnosticados de LES según criterios SLICC 2012. A todos los individuos se les realizó una evaluación clínica y analítica completa de donde se obtuvieron datos demográficos, clínicos y analíticos. Los niveles de anti-Ro se han determinado mediante métodos colorimétricos con un límite de detección de 1U/mL. Las subunidades anti-Ro52KDa y anti-Ro60KDa se determinaron con métodos colorimétricos de alta sensibilidad. Los niveles de INF1A, IL10 y BAFF/BLyS se determinaron por métodos colorimétricos. El análisis bioestadístico se realizó con el software R versión 3.3.2.

Resultados: De un total de 142 pacientes, se seleccionaron 69 pacientes que presentaron valores negativos para anti-Ro (2,34±4,17 U/mL). De estos 69 casos, 51 fueron negativos para las subunidades anti-Ro52KDa y anti-Ro60KDa. Sin embargo en 18 casos al menos una de las dos subunidades obtuvo valores superiores a 20 pg/mL (ver tabla).

Los pacientes con niveles altos de ambas subunidades simultáneamente presentan mayor actividad clínica que los pacientes negativos para anti-Ro (75% pacientes activos frente a 41,2%). Sin embargo no se observan diferencias significativas en

el daño acumulado (según SLICC) entre los pacientes negativos para anti-Ro y sus subunidades, y los que presentan niveles altos de alguna de las subunidades anti-Ro. Se analizaron los niveles de las citoquinas INF1A, IL10 y BLyS en los 4 grupos de pacientes, observándose que los pacientes negativos tenían valores significativamente más bajos de INF1A que el resto (8,26±14,87 pg/mL y 26,62±40,71 pg/mL respectivamente P=0,04). Además, se observa que son los pacientes con anti-Ro 52KDa elevado los que realmente presentan los valores altos de INF1A (anti-Ro 52+/anti-Ro60- 23,5±47,6pg/mL INF1A y anti-Ro 52+/anti-Ro60+ 36,4±37,9pg/mL INF1A).

	Negativos N=51	Anti- RO52KDa Positivos N=8	Anti- RO60KDa Positivos N=2	Anti- RO52KDa y Anti- RO60KDa Positivos N=8
Anti-RO [U/mL] Media (DS)	1,92 (3,11)	1,65 (3,2)	0,5 (0,71)	6,15 (8,37)
Anti-RO52 KDa [pg/mL] Media (DS)	1,26 (1,89)	147,24 (74,25)	1,05 (0,89)	196,82 (50,06)
Anti-RO 60 KDa [pg/mL] Media (DS)	1,73 (2,71)	6,3 (7,01)	120,96 (111,78)	145,22 (76,69)

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes negativos para anti-Ro se ha detectado un 26% de falsos positivos al analizar las dos subunidades de Ro por separado. En los casos con niveles altos de alguna subunidad de Ro encontramos niveles de INF1A significativamente superiores a los pacientes seronegativos, lo que apoya el hecho de que son realmente un grupo diferente. Además, los niveles de INF1A pueden ser la causa de las diferencias observadas en la actividad clínica de los dos grupos de pacientes.

10. NIVELES DISMINUIDOS DE INTERFERÓN 1 ALFA E IL10 EN PACIENTES CON LUPUS ERMATOSO SISTÉMICO CON AUTOANTICUERPOS POSITIVOS Y BAJA ACTIVIDAD/REMISIÓN

Grau García E¹, Ortiz-Sanjuán FM¹, Fernández Matilla M², Feced Olmos C¹, Labrador Sánchez E¹, Fernández-Llanio Cornella N², Chalmeta Verdejo I¹, Arévalo Ruales K¹, Neguerolles Albuixech R¹, Ivorra Cortés J¹, Frago Gil JJ¹, Martínez Cordellat I¹, González Mazario R¹, González Puig L¹, Alcañiz Escandell C¹, Nájera Herranz C¹, Cánovas Olmos I¹, Vicens Bernabeu E¹, Oller Rodríguez JE¹, Castellano Cuesta JA², Fornés Ferrer V³, Hervás Marín D³, Román Ivorra JA¹

¹Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. ²Sección de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia

Objetivos: Analizar las diferencias en las manifestaciones clínicas y el nivel de citoquinas de pacientes con LES y autoanticuerpos positivos y/o descenso de complemento y con baja actividad/remisión, frente a pacientes clínicamente activos.

Material y métodos: Estudio observacional transversal de pacientes diagnosticados de LES según criterios SLICC 2012. A todos los individuos se les realizó una evaluación clínica y analítica completa de donde se obtuvieron datos demográficos, clínicos y analíticos. Los niveles de INF1A, IL10 y BAFF/BLyS se determinaron por métodos colorimétricos. El análisis bioestadístico se realizó mediante el software R versión 3.3.2.

Resultados: De un total de 142 pacientes, se seleccionaron 130 casos con autoanticuerpos positivos y/o consumo de complemento, donde 91 pacientes tienen actividad baja/remisión (SLEDAI<6) y 39 están clínicamente activos (SLEDAI>6). Se observa que los pacientes en baja actividad o remisión tienen un menor daño acumulado evaluado por SLICC (P=0,041), menor título de anti-dsDNA (P=0,006) y un menor consumo del complemento (P=0,003), respecto a aquellos que están clínicamente activos. No se observan diferencias entre ambos grupos en los años de evolución de la enfermedad. Encontramos una asociación significativa entre valores muy disminuidos de las citoquinas IL10 e INF1A y los pacientes inactivos (P<0,001 y P=0,019 respectivamente). No se evidencian diferencias en los niveles de BLyS entre ambos grupos.

Por último, si se observan diferencias entre ambos grupos en las manifestaciones clínicas de los pacientes (definidas según RELESSER), de forma que los pacientes con actividad baja o en remisión tienen menos manifestaciones mucocutáneas, articulares, renales, neuropsiquiátricas y hematológicas (P=0,014, P=0,004, P<0,001, P=0,002 y P=0,008 respectivamente).

Conclusiones: En nuestro grupo de pacientes con positividad de autoanticuerpos y actividad baja o en remisión se observa una disminución de los niveles de IL10 e INF1A en relación a los que sí tienen actividad clínica. Ello indicaría que las diferencias entre los niveles de citoquinas no se deben a la presencia de autoanticuerpos, sino que existen otros mecanismos implicados en la producción de citoquinas, que estarían a su vez implicados en el mantenimiento de la remisión clínica.

11. RE-EVALUACIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN MEDIANTE LA APLICACIÓN DE LOS NUEVOS CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN SICCA-ACR 2016

Sequí Sabater JM^{1,2}, Grau García E¹, Labrador Sánchez E¹, Arévalo Ruales K¹, Frago Gil JJ¹, González Mazario R¹, Alcañiz Escandell C¹, Cánovas Olmos I¹, Chalmeta Verdejo I¹, Feced Olmos C¹, González Puig L¹, Ivorra Cortés J¹, Martínez Cordellat I¹, Nájera Herranz C¹, Neguerolles Albuixech R¹, Oller Rodríguez JE¹, Ortiz-Sanjuán FM¹, Vicens Bernabeu E¹, Fornés Ferrer V³, Román Ivorra JA^{1,2}

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

Objetivos: Reclasificación de una cohorte de pacientes diagnosticados de Síndrome de Sjögren y Síndrome Seco clasificados según los Criterios de Clasificación del 93, mediante la aplicación de los nuevos criterios SICCA-ACR 2016.

Material y métodos: Análisis transversal observacional retrospectivo de pacientes con Síndrome de Sjögren o Síndrome Seco del Servicio de Reumatología del HUP

La Fe. Se ha recogido datos demográficos, clínicos y analíticos de los pacientes.

Resultados: Se han seleccionado 146 pacientes, de los cuales 75 están diagnosticados de Síndrome de Sjögren primario (SSP), 39 de Síndrome de Sjögren secundario (SSS) y 32 de Síndrome Seco (SS). El 93,8% de los pacientes son mujeres, con una edad al diagnóstico de 53,97±15,17 años. Se ha revisado la historia clínica electrónica de los pacientes y se evalúan los pacientes según los criterios SICCA-ACR 2016, y en un caso se ha modificado el diagnóstico de SS a SSS. Además a una selección aleatoria de 33 pacientes con SSP y SSS se le pasa el índice de actividad ESSDDAI y de daño acumulado SSDDI, con unos valores medios de 10,94±8,26 y 3,91±2,66 respectivamente. La paciente con modificación del diagnóstico obtuvo una puntuación de actividad clínica de 15 según índice ESSDAI y de daño según el índice SSDDI de 7, con afectación oral, ocular y glandular y con factor reumatoide positivo.

Conclusiones: Con la aplicación de los nuevos Criterios de Clasificación SICCA-ACR 2016 ha sido posible reclasificar a un paciente, que por sus características clínicas no alcanzaba la puntuación mínima de los Criterios Preliminares Europeos de clasificación del Síndrome de Sjögren de 1993.

12. PROTOCOLIZANDO LOS ANTICUERPOS ANTINUCLEARES (ANA) POSITIVOS PARA DESCARTAR ENFERMEDAD AUTOINMUNE SISTÉMICA (EAS): EL PATRÓN MOTEADO FINO DENSO Y ANTI-DFS70

López Ortega JM¹, Sánchez Herrero A¹, Estañ Capell N¹, Ybáñez García D², Valls Pascual E², Vergara Dangond C², Aguilar Zamora M², Montolio Chiva L², Martínez Ferrer A², Alegre-Sancho JJ²

¹Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. ²Sección de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Introducción: La positividad en el screening de anticuerpos antinucleares (ANA) por inmunofluorescencia indirecta (IFI) con un patrón moteado fino denso (DFS), tal como se ha definido por el International Consensus on ANA Patterns (ICAP), es frecuente y está ligada a la presencia de anticuerpos anti-DFS70. Estos anticuerpos tienen un importante valor como marcador de exclusión de enfermedad autoinmune sistémica (EAS) cuando aparecen aisladamente, en ausencia de otros autoanticuerpos.

Objetivo: Evaluar la correlación entre la identificación del patrón característico en IFI y la confirmación de anti-DFS70 por dos métodos distintos para protocolizar su búsqueda.

Pacientes y método: A lo largo de tres meses, se recogieron de forma consecutiva muestras de pacientes con presencia de ANA positivos y se dividieron en tres grupos de acuerdo a su patrón IFI: un primer grupo (D) con el patrón DFS de acuerdo a ICAP; un segundo (M) con otros patrones moteados con mitosis posi-

vas, y un tercero (C), como control, con patrones característicos y bien definidos, homogéneos y moteados finos/gruesos.

Se seleccionaron para un análisis preliminar y de forma aleatoria un total de 10 muestras de cada grupo. En estas muestras, se realizó un screening de ANA por IFI en células Hep-2000 (Fluorescent IgG ANA-Ro Test System – Immunoconcepts) utilizando un sistema AP-16 Elite/Zenit-Up/GSight de Menarini, y la detección de anti-DFS70 se realizó por dos métodos: IFI en células Hep-2 (Hep-2/DFS70 Knock-out - Immco Diagnostics) e inmunoblot (ANA+DFS70 Dot Blot – Alphadia). Complementariamente se determinaron anticuerpos frente a antígenos extraíbles del núcleo (ENAS), nucleosomas (NUS) e histonas (HIS), para descartar la coexistencia de otros autoanticuerpos.

Resultados: En el grupo D se confirmó la positividad para anti-DFS70 en 7 de los 10 casos, así como la negatividad para otros ANA en todos los casos. En el grupo M dos muestras fueron positivas para DFS-70 y otros dos casos fueron NUS positivos, mientras que todos fueron negativos para ENAS. En el grupo C ninguno fue positivo para anti-DFS70, encontrándose en todos ellos positividades para ENAS y/o NUS y/o HIS. Se comprobó que la detección de anti-DFS70 fue concordante por los dos métodos en 8 de los 9 casos positivos, siendo negativo por ambos en los demás. En ningún caso la presencia de anti-DFS70 se asoció a un diagnóstico de EAS.

Conclusiones: Tanto IFI como inmunoblot son métodos adecuados para detectar anticuerpos anti-DFS70. Proponemos determinar anti-DFS70 y un screening de ENAS en los patrones DFS de ANA por IFI, e investigar anti-DFS70 en otros patrones moteados con mitosis positivas cuando previamente no se encuentren otras especificidades.

13. ANTI-DFS70 UNA HERRAMIENTA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: SERIE DE CASOS

Ybáñez García D¹, Valls Pascual E¹, López Ortega JM², Vergara Dangond C¹, Aguilar Zamora M¹, Montolio Chiva L¹, Martínez Ferrer MA¹, Alegre-Sancho JJ¹, Sánchez Herrero A², Estañ Capell N²

¹Sección de Reumatología. Hospital Dr Peset de Valencia. ²Laboratorio de Análisis Clínicos. Hospital Dr Peset de Valencia

Introducción: La presencia de anticuerpos anti nucleares (ANA) se ha considerado como una característica de las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS). La solicitud de ANA fuera del contexto clínico adecuado puede conducir a un diagnóstico erróneo y a la prescripción de terapias no indicadas.

Con frecuencia nos remiten pacientes para estudio por tener ANA, realizando un seguimiento de estos por la posibilidad de desarrollar una EAS.

Cabe recordar que aproximadamente el 20% de los individuos sanos que tienen ANA detectados por inmunofluorescencia indirecta (IFI), especialmente a títulos bajos, presentan un patrón moteado denso fino (DFS: dense fine speckled) que con frecuencia corresponde a la presencia de anticuerpos anti-DFS70¹. La importancia de este anticuerpo radica en su baja prevalencia en sujetos con EAS (<1%) frente a su presencia en el 33,1% de sujetos sanos con ANA².

Objetivo: Describir la utilidad de Anti-DFS70 en una serie de pacientes que presentaban ANA.

Material y métodos: Se recogieron prospectivamente a lo largo del año 2016 todos los pacientes remitidos a un hospital terciario para estudio por tener ANA y en los que se confirmó la presencia de anticuerpos anti-DFS70.

Se les realizó una historia clínica minuciosa, exploración física y las pruebas complementarias pertinentes según la clínica que presentaban.

La IFI se realizó en un sistema Zenit-Up/GSight de Menarini, el screening de ANA en células Hep-2000 (Fluorescent IgG ANA-Ro Test System-inmunocon-

cepts) y la detección de anticuerpos anti-DFS70, por inmunoblot (ANA+DFS70 Dot Blot-Alphadia).

Resultados: Recogimos en un periodo de 12 meses un total de 7 pacientes con anticuerpos anti-DFS70. La mayoría de ellos (6/7) fueron remitidos por síntomas inespecíficos como artralgias, fatiga, aftas, edema... y la presencia de ANA. Los hallazgos se detallan en la tabla.

Conclusiones: Anti-DFS70 es un valioso biomarcador, con una muy baja prevalencia en las EAS, lo que le confiere un papel como marcador predictivo negativo de desarrollar EAS cuando se presenta aislado. Su detección en sueros con ANA patrón moteado denso fino (IFI) debería formar parte del protocolo del laboratorio de inmunología^{3,4}. Se trata de una determinación coste-efectiva, como se demuestra en un trabajo reciente⁵, al evitar los costes derivados del seguimiento de estos pacientes. En nuestro caso, su hallazgo nos permitió tranquilizar al paciente y evitó la realización de más pruebas complementarias, así como una monitorización innecesaria.

Bibliografía: 1.- Conrad K, Röber N, Andrade L, Mahler M. The Clinical Relevance of Anti-DFS70 Autoantibodies. *Clinic Rev Allerg Immunol*. DOI 10.1007/s12016-016-8564-5. 2.- Watanabe A, Kodera M, Sugiura K et al. Anti-DFS70 Antibodies in 597 Healthy Hospital Workers. *Arthritis Rheum*. 2004; 50(3):892-900. 3.- Lopez Sañudo S, Fernández Alonso I y López Hoyos M. Importancia del patrón moteado denso fino y de los anticuerpos anti-DFS70 en el diagnóstico de enfermedades autoinmunitarias del tejido conectivo. *Med Clin (Barc)*. 2015;145(5):218-223. 4.- Mutlu E, Eyigör M, Mutlu D, Gültekin M. Confirmation of anti-DFS70 antibodies is needed in routine clinical samples with DFS staining pattern. *Cent Eur J Immunol* 2016;41(1):6-11). 5.- Gundin S, Irure-Ventura J, Asensio E, Ramos D, Mahler M, Martínez-Taboada V, López-Hoyos M. Measurement of anti-DFS70 antibodies in patients with ANA-associated autoimmune rheumatic diseases suspicion is cost-effective. *Autoimmun Highlights* (2016)7:10.

	Caso 1	Caso 2	Cas 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6	Caso 7
Clínica	Poliartralgia Artritis IFP4°D	Dolor generalizado Sequedad oral y ocular	Poliartralgias Lumbalgia Reactantes elevados	Artromialgias Astenia Febbrícula Anti-TNF-α	Poliartralgias Dorsalgia interescapular Fatiga, aftas orales	Dolor manos y deformidad IFPs 2° dedo	Edema en pie I
Sexo	Mujer	Mujer	Mujer	Varón	Mujer	Mujer	Mujer
Edad	45	47	37	48	39	56	55
Hemograma	No alteraciones	No alteraciones	No alteraciones	No alteraciones	No alteraciones	No alteraciones	No alteraciones
Función renal/hepática	Normales	Normales	Normales	Normales	Normales	Normales	Normales
FR/ACPA	Negativos	Negativos	Negativos	Negativo	Negativos	Negativos	Negativos
ANA (IFI)/ENAs	+1/160*/-	+1/160*/-	+1/320*/-	+1/160*/-	+1/160*/-	+1/320*/-	+1/80*/-
Complemento C3, C4	No realizado	Normales	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado
Schirmer/Ss	No realizado	Normales	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado	No realizado
PCR/VSG	Normales	Normales	21/17	Normales	Normales	Normales	Normales
Comorbilidades	DM2	Graves Basedow	Angioedema en manos	Artropatía psoriásica	Graves Basedow	Dislipemia	No
RX /RM Axial/articular	PPCD Signos degenerativos axiales y articulares	Signos degenerativos en TMC izqda. y raquis dorsal	Retrolistesis L4-L5, L5-S1 Protusiones C5-C6-C7			Signos degenerativos leves en IFPs y TMCs	Derrame en artic. astragaloescaploidea y articulaciones del tarso
Diagnóstico	Artrosis condrocalcinosis	Artrosis	Artrosis discopatía	Artropatía psoriásica	Fibromialgia Fatiga crónica	Artrosis	Artritis pie resuelta
*ANA positivo patrón moteado denso fino (anti-DFS70 sustrato Hep 2000 (confirmado por inmunoblot); Ss: test de secreción salival; PPCD: pirofosfato calcico dihidratado; DM: diabetes mellitus; TMC: trapeciometacarpiana; IFPs: interfalángicas							

14. SIGNIFICADO DE LA DETECCIÓN DE HIPOCOMPLEMENTEMIA, EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA: MÁS ALLÁ DEL DIAGNÓSTICO DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

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: La determinación del nivel de las fracciones del complemento C3 (normal 78-152 mg/dl) y C4 (normal 16-38 mg/dl), es práctica habitual, en la valoración del paciente con diagnóstico de Enfermedad Autoinmune Sistémica (EAS), en especial en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Su disminución se correlaciona con la presencia de actividad clínica.

Objetivo: Caracterizar a los pacientes que presentan una disminución del nivel de C3 y/o C4 en una consulta de Reumatología, donde están siendo estudiados por sospecha de EAS, en base a la presencia de un cuadro de dolor referido al aparato locomotor con perfil inflamatorio, Raynaud, y/o fatiga.

Material y método: Se recogieron datos demográficos: edad y sexo, clínicos: diagnóstico principal, y analíticos: C3 (disminuido <78 mg/dl), C4 (disminuido <16 mg/dl), CH50 (disminuido <80 Uds CAE), ANA (positivos a título >1/160) de los pacientes con hipocomplementemia, durante el año 2016.

Resultados: Se detectaron 65 pacientes con niveles bajos de C: 58 (89%) mujeres con una edad media de 49 años.

Se diagnostican como EAS: LES 12 pacientes (18.5% del total, 2 presentan un solapamiento con Esclerodermia ES, 3 un diagnóstico de probable LES, 1 presenta un Síndrome Antifosfolipídico SAF), otras conectivopatías, 9: 3 ES, 1 Síndrome de Sjögren I°, 1 SAF I°, 3 Artritis Reumatoide, 1 Artritis Idiopática Juvenil; y conectivopatías indiferenciadas: 7. Además, 4 pacientes presentaban hipotiroidismo (1 con diagnóstico de LES) y 1 hipertiroidismo (diagnosticado de ES), 1 pte presentaba hepatitis autoinmu-

ne HAI, y 1 hepatitis por VHC, 1 Anemia Hemolítica Autoinmune AHAI, 1 Urticaria, 1 VIH, 1 enfermedad de Crohn. 3 neoplasias sólidas: 2 mama (1 con diagnóstico de LES), 1 riñón (1 con diagnóstico de Conectivopatía Indiferenciada). 33 pacientes (51%) presentaban un título de ANA >1/160, el 56% con patrón homogéneo.

	C3 <78	C4 <16	C3 y C4 descendidos
Nº	39 (60%)	57 (88%)	31 (48%)
C3 <78	100%	54,4%	100%
C4 <16	79,5%	100%	100%
CH50 <80	46%	39%	45,5%
ANA >1/160	51%	51%	45%
LES (nº 12)	92% *	83%	75%
ANA >1/160 NO LES (nº 21)	43%	91%	33%
ANA NEGAT (nº 32)	59%	91%	47%

(*) La presencia de C3 bajo fue significativamente más frecuente en los pacientes con LES vs aquellos con ANA positivos SIN diagnóstico de LES, y/o con ANA negat.

Conclusiones: 1. El 67,5% de los casos detectados de hipocomplementemia no se correspondían con el diagnóstico de LES (18.5%) u otra EAS (14%). La presencia de disminución de las fracciones del complemento no debe de cerrar el abanico del diagnóstico diferencial al LES u otras EAS.

2. La disminución persistente y estable de las fracciones del complemento es una realidad entre los pacientes afectados de EAS, aunque no haya otros datos clínicos o analíticos de actividad de la enfermedad, entendida como brote.

3. En los pacientes con LES, el descenso del C3 es significativamente más frecuente frente a otras EAS y otras enfermedades. $p < 0,005$; y el descenso de C3 y 4 es significativamente más frecuente frente a otras EAS. $p < 0,02$.

15. EXPERIENCIA DE UN COMITÉ MULTIDISCIPLINAR REUMATOLOGÍA-NEUMOLOGÍA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

López-Salguero S¹, Gayá F¹, Martínez A¹, Ibero I¹, Esteve J¹, Bernal JA¹, Ordoñez JC¹, Andrés M^{1,2}, Jovani V¹, García-Sevill R², Vela P^{1,3}

¹Sección de Reumatología y ²Servicio Neumología. Hospital General Universitario de Alicante. ³Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández Alicante

Introducción: Desde 2013 se realiza en nuestro centro, de forma mensual, una sesión conjunta entre los servicios de Neumología y Reumatología con el fin de discutir casos clínicos, resolver dudas diagnósticas y, tomar decisiones conjuntas en el manejo de la patología reumática y sus complicaciones a nivel pulmonar.

Objetivo: Describir la experiencia adquirida en la reunión multidisciplinar de reumatología y neumología en un hospital universitario de tercer nivel.

Método: Estudio descriptivo de los pacientes presentados en el comité entre marzo de 2013 y noviembre de 2016. Se han registrado sus características clínicas, tipo de patología reumática, origen de los pacientes, alteraciones funcionales o radiológicas, y decisiones establecidas.

Resultados: Entre marzo de 2013 y noviembre de 2016 se han presentado un total de 93 casos (81 pacientes diferentes). 53 de los pacientes (56,9%) eran

mujeres. La edad media era de 62 años (DE±13). Los pacientes fueron presentados en un 55% de las ocasiones por el servicio de Neumología, y en un 42% por el de Reumatología. El motivo principal de presentación fue la sospecha de enfermedad pulmonar intersticial, en base a la aparición de un patrón intersticial no conocido previamente o la aparición de disnea, en un 39 y un 21% de los casos respectivamente. La patología de base más frecuente fue en 25 casos (30,8%) la artritis reumatoide, 14 pacientes (17,2%) esclerosis sistémica, 6 (7,4%) Sjögren, 5 (7%) miopatía inflamatoria, 4 (6%) lupus eritematoso sistémico, 3 (4%) enfermedad mixta del tejido conectivo, 3 (4%) enfermedad indiferenciada del tejido conectivo, mientras que en 23 casos (28%) fueron otros diagnósticos o no estaban establecidos en ese momento. En cuanto al tipo de patrón radiológico en TAC pulmonar, el más frecuente fue el tipo neumonía intersticial no específica (NINE) en 23 pacientes (24,7%), seguido del tipo neumonía intersticial usual (NIU) en 19 pacientes (20,4%). En más de la mitad de las ocasiones (58%), la presentación del paciente en el comité supuso modificación de la actitud terapéutica; en el resto se decidió continuar el estudio (26%), o no realizar ningún cambio (16%).

Conclusión: En nuestra experiencia, el comité multidisciplinar ha resultado de gran utilidad para la práctica clínica. Dada la gran variedad de síntomas que presentan nuestros pacientes, es de gran importancia la interacción con otras especialidades, como en este caso la Neumología.

16. ANÁLISIS DE LAS MANIFESTACIONES DEL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Fernández Matilla M¹, Grau García E², Fedec Olmos C³, Labrador Sánchez E², Ortiz Sanjuán FM², Fernández-Llanio Comella N¹, Chalmeta Verdejo P, Arévalo Ruales K², Neguerolles Albuixech R², Ivorra Cortés J, Frago Gil JJ², Martínez Cordellat I, González Mazario R², González Puig L², Alcañiz Escandell C², Nájera Herranz C², Cánovas Olmos I², Vicens Bernabeu E², Oller Rodríguez JE², Castellano Cuesta JA¹, Fornés Ferrer V³, Hervás Marín D³, Román Ivorra JA²

¹Sección de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ²Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica caracterizada por la presencia de autoanticuerpos, como los anticuerpos antifosfolípido que pueden encontrarse hasta en un 30% de los pacientes. Estos anticuerpos están muy relacionados con eventos trombóticos. Las manifestaciones clínicas del SAF pueden afectar a cualquier órgano o sistema, siendo las más frecuentes los problemas obstétricos, eventos cardiovasculares y manifestaciones hematológicas entre otros. Este síndrome puede aparecer aislado (SAF primario) o asociado a otras patologías autoinmunes, infecciones, neoplasias o al uso de ciertos fármacos (SAF secundario).

Objetivos: Analizar las características clínicas de pacientes con LES y anticuer-

pos antifosfolípido positivos.

Metodología: Estudio transversal de pacientes con diagnóstico de LES según criterios SLICC 2012. A todos los individuos se les realizó una evaluación clínica y analítica completa de donde se obtuvieron datos demográficos, clínicos y analíticos.

El análisis bioestadístico de los datos obtenidos se realizó mediante el software R versión 3.3.2.

Resultados: En 138 pacientes se analizaron los anticuerpos antifosfolípido: anticoagulante lúpico, ac-anticardiolipina y ac-beta2glicoproteína. El 66,7% de ellos fue negativo para los tres anticuerpos. El anticoagulante lúpico (AL) fue el más común, siendo positivo en el 22,5% de los pacientes. Los ac-anticardiolipina y ac-beta2glicoproteína fueron positivos en el 19,5% y 20,2% de los casos.

11 pacientes presentaban los tres anticuerpos positivos, 14 de ellos tenían al menos dos anticuerpos positivos, y 21 tenían un solo anticuerpo positivo.

Observamos que la positividad del AL se asocia a mayor probabilidad de presentar manifestaciones clínicas vasculares (definidas según RELESSER). No se encuentra una relación significativa entre la positividad de estos anticuerpos y la presencia de abortos o las manifestaciones hematológicas.

Conclusiones: En nuestra cohorte de pacientes con LES, las manifestaciones más frecuentes y estadísticamente significativas del SAF asociado fueron las vasculares. No encontramos relación estadísticamente significativa entre la presencia de SAF y el resto de sus manifestaciones habituales.

17. INFLUENCIA DE LA PRESENCIA DE FACTOR REUMATOIDE POSITIVO EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Fernández Matilla M¹, Grau García E², Fedec Olmos C³, Labrador Sánchez E², Ortiz Sanjuán FM², Fernández-Llanio Comella N¹, Chalmeta Verdejo P, Arévalo Ruales K², Neguerolles Albuixech R², Ivorra Cortés J, Frago Gil JJ², Martínez Cordellat I, González Mazario R², González Puig L², Alcañiz Escandell C², Nájera Herranz C², Cánovas Olmos I², Vicens Bernabeu E², Oller Rodríguez JE², Castellano Cuesta JA¹, Fornés Ferrer V³, Hervás Marín D³, Román Ivorra JA²

¹Sección de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ²Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica donde es común presentar artralgias con o sin artritis no erosiva de pequeñas articulaciones de manos. El LES se caracteriza por la presencia de autoanticuerpos, y hay casos donde también se observa positividad del factor reumatoide (FR), que se detecta hasta en un tercio de los casos. El FR es característico de la artritis reumatoide, la cual es una enfermedad inflamatoria crónica que suele afectar a las pequeñas articulaciones de manos y pies, conduciendo a la erosión y destrucción articular.

Objetivo: Determinar el papel de la positividad del factor reumatoide en los pacientes con lupus eritematoso sistémico.

Material y método: Estudio prospectivo transversal de cohortes de pacientes con

diagnóstico de LES según criterios SLICC 2012, procedentes de los servicios de Reumatología del HUP La Fe y del Hospital Arnau de Vilanova. A todos los individuos se les realizó una evaluación clínica y analítica completa de donde se obtuvieron datos demográficos, clínicos y analíticos. Los grupos fueron categorizados en función de la positividad del FR.

El análisis bioestadístico de los datos obtenidos se realizó mediante el software R versión 3.2.5.

Resultados: De una población total de 132 pacientes con LES, 22 (17%) presentaban FR positivo y 110 (83%) eran negativos para FR. La edad media de los pacientes en el grupo de FR negativo y FR positivo fue similar (48,61 años y 51,73 años respectivamente), siendo 19 pacientes FR positivos menores de 65 años.

En ambos grupos hay un predominio de inicio de la enfermedad con manifestaciones articulares (75% en FR- y 81% en FR+), pero no se encuentran diferencias en las manifestaciones clínicas articulares (58,2% en FR- y 50% en FR+). En relación a la autoinmunidad sí parece haber una tendencia mayor a que los pacientes con FR+ tengan positividad de ENAs sobre los FR- (81,8% y 50% respectivamente).

No se observan diferencias en cuanto a actividad clínica de la enfermedad medida por SLEDAI ni en el consumo de complemento. Tampoco difería significativamente el daño acumulado medido por el índice SLICC.

Conclusión: No se observan diferencias entre los pacientes con FR+ y FR- en las manifestaciones al debut, evolución o pronóstico de la enfermedad.

18. RELACIÓN ENTRE ACTIVIDAD DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y EL TRATAMIENTO ACTIVO DE LA ENFERMEDAD

Fernández Matilla M¹, Grau García E², Fedec Olmos C³, Labrador Sánchez E², Ortiz Sanjuán FM², Fernández-Llanio Comella N¹, Chalmeta Verdejo P, Arévalo Ruales K², Neguerolles Albuixech R², Ivorra Cortés J, Frago Gil JJ², Martínez Cordellat I, González Mazario R², González Puig L², Alcañiz Escandell C², Nájera Herranz C², Cánovas Olmos I², Vicens Bernabeu E², Oller Rodríguez JE², Castellano Cuesta JA¹, Fornés Ferrer V³, Hervás Marín D³, Román Ivorra JA²

¹Sección de Reumatología. Hospital Arnau de Vilanova. Valencia. ²Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad de curso y pronóstico variables, caracterizada por períodos de relativa quiescencia y otros de exacerbación de los síntomas, donde pueden afectarse uno o varios órganos. La propia complejidad de la enfermedad hace que los fármacos que se utilizan sean variados y su elección depende del grado de actividad y severidad de la enfermedad.

Objetivos: Descripción de los fármacos empleados en una serie de pacientes con LES para el control de su enfermedad en base a su actividad clínica.

Material y método: Estudio descriptivo de pacientes con diagnóstico de LES

según criterios SLICC 2012. A todos los individuos se les realizó una evaluación clínica donde se obtuvieron datos demográficos, clínicos y de tratamiento.

Resultados: Se han estudiado 142 pacientes diagnosticados de LES (el 94,4% mujeres) con una edad media al diagnóstico de 33,32 años, y un promedio de 15,83 años de evolución de enfermedad. De total de pacientes, un 54,9% llevaban tratamiento activo con hidroxiquina (HCQ), el 53,5% glucocorticoides (GC), el 18,3% Azatioprina (AZA), el 18,3% metotrexate (MTX), 7,7% micofenolato de mofetil (MF), 6,3% terapias biológicas y el 0,7% ciclofosfamida (CFM).

En relación a los GC, destaca su uso como tratamiento habitual, ya que con independencia del grado de actividad por SLEDAI la mitad de los pacientes está siendo tratada con GC (9 casos con SLEDAI=0; 28 casos con SLEDAI 1-5, 28 casos con SLEDAI 6-10 y 13 casos con SLEDAI>11).

Como FAMES no biológicos, en nuestra cohorte encontramos habitualmente la HCQ, y en menor medida la AZA y el MTX. En los pacientes con LES en terapias biológicas, se observa un correcto control de la actividad de la enfermedad, puesto que se observan valores de SLEDAI correspondientes a una actividad leve-moderada.

Conclusiones: Los corticoides siguen siendo un pilar fundamental para el control de la enfermedad. A mayor actividad del LES, mayor proporción de pacientes precisa esteroides.

19. EVALUACIÓN DE LA SEVERIDAD DEL FENÓMENO DE RAYNAUD EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA

Santos-Soler G¹, Senabre-Gallego JM¹, Salas E¹, Rosas J¹, Cano C², Lorente M², Pons A³, Barber X³, Sanchis M³ y grupo AIRE-MB

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

Introducción: El fenómeno de Raynaud (FR) es un fenómeno vasoespástico transitorio, reversible, inducido por el frío o el stress. Es motivo de derivación de pacientes a nuestra consulta, al objeto principalmente de descartar una conectivopatía, en particular la esclerodermia sistémica, fundamentando este diagnóstico en base a la anamnesis, el examen físico, la capilaroscopia y el análisis de laboratorio. Sin embargo, el mismo FR supone una afectación del estado de salud del paciente, y por tanto genera su consulta médica.

Objetivo: Conocer la repercusión del FR en el paciente.

Material y método: Se recogieron los datos de los pacientes con FR en una consulta ambulatoria de Reumatología, durante el año 2016. Estudio descriptivo de los pacientes con diagnóstico confirmado de FR siguiendo las indicaciones de FM Wigley (N Engl J Med 2002), en la visita. Se recogieron datos demográficos (edad y sexo), y clínicos: clasificación como FR 1º o 2º (LeRoy EC. Clin Exp Rheumatol 1992). Se valoró la severidad percibida por el paciente según la respuesta mediante una escala visual numérica (EVN: 0-10), a la pregunta: ¿Esta situación, incluyendo dolor, adormecimiento, y otros síntomas, cuanto afecta al uso de sus manos y su vida en general? (Merkel PA. Arthritis Rheum. 2002); el Health Assessment Questionnaire-Disability Index (HAQ-DI), y la establecida según el médico: Medsger Severity Scale (T.A. Medsger, Jr. Clin Exp Rheumatol 2003).

Resultados: Durante el año 2016 se analizaron 37 pacientes con FR, 92% mujeres, 18 (49%) asociados a Enfermedad Autoinmune Sistémica (EAS).

	FR asociado a EAS ⁽¹⁾	FR NO asociado a EAS
Nº	18	19
Edad (años)	51	37
EVA-FR ≤3	60%	47%
EVA-FR 4-6	27%	31,6%
EVA-FR ≥7	13%	21%
HAQ ≤1	87% *	89,5% *
HAQ >1-<2	7%	21%
HAQ ≥2	7%	0
Tratamiento FR (Medsger gr 1) ⁽²⁾	22%	26%
Tratamiento Topico del FR	11%	10,5%
Tratamiento sistémico del FR	17%	16%

(1) 10 Esclerodermia Sistémica (2 con sdr. solapamiento con LES), 2 LES, 1 Sjogren 1º, 5 indiferenciadas; (*) El porcentaje de pacientes con HAQ ≤1 son significativamente más que los que presentan un HAQ mayor $p < 0.0001$; (2) Medsger grado 1: FR que requiere / demanda tratamiento farmacológico. Ningún paciente del estudio presentaba un grado mayor de afectación

Conclusiones: 1. El Fenómeno de Raynaud es valorado por el paciente y el médico como leve (EVA-FR ≤3 y HAQ ≤1).

2. Los pacientes del grupo EAS presentan una afectación funcional más severa.

Resúmenes ARTRITIS REUMATOIDE

20. DAÑO VASCULAR SUBCLÍNICO Y SU ASOCIACIÓN CON ACPA Y FR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Aguilar-Zamora M, Robustillo-Villarino M, Vergara-Dangond C, Montolio Chiva L, Valls-Pascual E, Martínez-Ferrer A, Ybáñez-García D, Nuñez-Monje V, Alegre-Sancho JJ

Sección de Reumatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

Introducción: La aterosclerosis (AE) acelerada y el incremento de la rigidez arterial son comorbilidades de la artritis reumatoide (AR) y se relacionan con la carga inflamatoria de la enfermedad, así como con ciertas características clínicas y genéticas de la enfermedad. Hasta el momento existe controversia acerca del papel de los ACPA en el desarrollo de la AE en estos pacientes.

Objetivos: Explorar la relación entre los títulos de ACPA y de FR y el daño vascular subclínico en pacientes con AR.

Métodos: Estudio transversal descriptivo con componentes analíticos. Se reclutaron de forma consecutiva 244 pacientes con AR durante un periodo de 18 meses (2013-2014) en la Sección de Reumatología de un hospital terciario. Se excluyeron aquellos pacientes con elevado riesgo vascular (eventos vasculares isquémicos, insuficiencia renal y/o diabetes mellitus).

Se recogieron datos demográficos (edad, género, tabaquismo), clínicos (títulos de ACPA y FR, duración de la enfermedad, hipertensión y dislipemia) y de daño vascular (placa de ateroma, grosor de íntima media carotídeo [GIM] y velocidad de onda de pulso [VOP]). La detección de placa de ateroma y medición del GIM se

realizó mediante ecografía del árbol carotídeo extracraneal con un ecógrafo Esaote® MyLab70XVG equipado con una sonda lineal (7-12mHz) y un sistema automatizado para la medición del GIM mediante radiofrecuencia (Quality Intima media Thickness in real-time, QIMT). La VOP se obtuvo mediante el análisis de las ondas de pulso braquial con un sistema automatizado y validado (Mobil O Graph®). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 17.0.

Resultados: Se incluyeron 181 pacientes, 141 (77,9%) mujeres y 40 (22,1%) varones, con una edad media de 60,4 años (DE 13,2) y una duración de la enfermedad media de 13,1 años (DE 10,5); 107 pacientes (59,1%) eran fumadores o exfumadores, 56 (30,9%) hipertensos y 77 (42,5%) dislipémicos. 118 pacientes (65,2%) tenían ACPA positivos, con un valor medio de 330 (DE 621,5), y 107 (59,1%) tenían un FR positivo con un valor medio de 114 (DE 164,5).

No evidenciamos asociación alguna de la positividad de los ACPA y del FR con la presencia de placas ni con los valores de GIM y/o VOP. En aquellos pacientes con ACPA positivo, se observó una correlación positiva entre los títulos de ACPA y los valores de la VOP ($p < 0,05$). En concreto, valores de ACPA superiores a 1600 fueron los que mejor discriminaron valores aumentados de la VOP en nuestra población ($p < 0,009$). Los valores de ACPA y de FR, en cambio, no se relacionaron con la presencia de placas ni con el GIM.

Conclusiones: No se encontró relación entre la positividad y los títulos de FR y ACPA, y la presencia de ecografía carotídea patológica en nuestra población de pacientes con AR. En cambio, se observó mayor rigidez arterial en pacientes con títulos elevados de ACPA.

21. CONTRIBUCIÓN DE LOS ENSAYOS CLÍNICOS A LA EFICIENCIA EN LA GESTIÓN CLÍNICA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

Alcañiz Escandell C¹, Vicens Bernabeu E¹, Ortiz Sanjuán FM¹, Oller Rodríguez JE¹, Nájera Herranz C¹, Cánovas Olmos I¹, Grau García E¹, Feded Olmos C¹, Labrador Sánchez E¹, Arévalo Ruales K¹, Negueroles Albuixech R¹, Ivorra Cortés J^{1,2}, Frago Gil JJ¹, Martínez Cordellat I¹, González Mazario R¹, Chalmeta Verdejo I¹, González Puig L¹, Román Ivorra JA^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. ²Facultad de Medicina. UCV. Valencia

Objetivos: Demostrar que la realización de ensayos clínicos es un instrumento de eficiencia en la gestión clínica de la artritis reumatoide en un Servicio de Reumatología de un hospital terciario.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo, con recogida de datos retrospectiva de EECC en AR realizados por el Servicio de Reumatología del HUP La Fe, durante el periodo 2011-2015. Para cada paciente incluido en EECC con indicación de AR se revisó durante cuánto tiempo recibió el medicamento en investigación. Se calculó el total de semanas en tratamiento con medicamento de todos los pacientes incluidos en EECC para AR en ese periodo. Para evaluar el ahorro sanitario que supondría el tratamiento anual de un paciente realizamos un

análisis de los costes evitados, teniendo en cuenta solo los costes directos sanitarios (consultas médicas por facultativo especialista en el periodo del estudio, consultas de enfermería en el periodo del estudio, pruebas de laboratorio y el tratamiento farmacológico), y comparamos con los costes de la mejor alternativa comercial disponible frente al tratamiento administrado en el ensayo.

Resultados: De un total de 35 estudios clínicos realizados, 14 de ellos tenían a la AR como patología de estudio. Se eliminaron dos estudios observacionales y un EECC que tuvo un cierre prematuro por parte del promotor, por lo que en este estudio se han considerado un total de 11 EECC con terapias biológicas. En los 11 EECC se han incluido un total de 76 pacientes con AR, que suman entre todos ellos 2609 semanas de tratamiento, lo cual equivale aproximadamente al tratamiento biológico durante un año de 50 pacientes con AR. Evaluando el ahorro sanitario que supondría el tratamiento biológico durante las 2609 semanas obtenemos un importe 699.176,88 €, lo que supone un ahorro anual de 139.835 € durante los cinco años analizados.

Conclusiones: La realización de EECC supone un sistema eficiente de gestión de un servicio clínico, con un ahorro anual en el caso de nuestra Unidad de EECC, de 13.935,30 € por paciente, en términos de ahorro para el SNS. Las Unidades de Investigación Clínica deberían considerarse no sólo como herramientas que fortalecen el tejido científico y el desarrollo industrial, sino también como herramientas de eficiencia dentro del SNS.

22. MORBIMORTALIDAD VASCULAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y SU RELACIÓN CON EL ESTUDIO VASCULAR

Montolio-Chiva L, Robustillo-Villarino M, Vergara-Dangond C, Aguilar-Zamora M, Valls-Pascual E, Ybáñez-García D, Martínez-Ferrer A, Núñez-Monje V, Alegre-Sancho JJ

Sección de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Introducción: Los pacientes con Artritis reumatoide (AR) tienen un mayor riesgo de sufrir eventos vasculares, fundamentalmente cardíacos. Además, la mortalidad en estos pacientes es hasta un 54% mayor que en la población general. En el momento actual disponemos de técnicas no invasivas que nos permiten detectar afección vascular subclínica.

Objetivo: Describir la afección vascular subclínica en una muestra de pacientes con AR y explorar su relación con la mortalidad y con el desarrollo de eventos vasculares.

Material y métodos: Estudio observacional ambispectivo con componentes analíticos. Se incluyeron de forma consecutiva pacientes con AR controlados en un hospital terciario. En todos ellos se recogieron variables demográficas (sexo, edad, IMC), clínicas (factores de riesgo CV clásicos, antecedentes de eventos CV), y analíticas (índice aterogénico, FG (MDRD), PCR, VSG). El resto de variables se recogieron de la historia clínica electrónica de forma retrospectiva. Se estimó basalmente el SCORE modificado. Se exploró el árbol carotídeo extracranial con un ecógrafo Esaote MyLab70XVG con sonda lineal (7-12mHz) y un programa automatizado de medición del grosor íntima-media (GIM) mediante radiofrecuencia ("Quality intima media thickness in real-time, QIMT"), y se recogió la presencia de placas de ateroma según el consenso de Mannheim. Tam-

bién se midió la velocidad de onda de pulso (VOP) mediante el dispositivo Mobil o graph®. Consideramos como patológicos valores de GIM>900 µ y de VOP>=10m/s. Se recogió de forma prospectiva la mortalidad y la aparición de eventos vasculares a 3 años. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS 17.0.

Resultados: Se incluyeron 198 pacientes con AR de los que se excluyeron 13 por eventos vasculares previos. La media de edad fue de años 65,8 años (DE 13,3) y la mayoría eran mujeres (76,2%). La media del IMC fue de 27,29 (DE 4,84). Un 27% eran fumadores, un 42,7% hipertensos, 46,7% dislipémicos y 10,8% diabéticos. El tiempo medio de evolución de la AR fue de 17,37 años. El 61,1% de los pacientes eran seropositivos (FR y/o ACPA) y un 75,5% tenían erosiones. Un 74,6% recibía tratamiento con glucocorticoides, 58,4% AINES, 98,9% FAME y un 35,7% biológicos. Las medias de PCR y VSG fueron de 9,45mg/L (DE: 32,2) y 14,04mm/h (DE:14,46), respectivamente. El SCORE modificado medio fue 1,81 (DE: 1,79).

En el estudio vascular, 48,6% tenían placas de ateroma, un 31,7% una VOP patológica con una media de 9,13 (DE 2,12), y un 16,7% un GIM patológico con un valor basal medio de 754 µ (DE 168,52).

En los 3 años de seguimiento se registraron 26 (14,1%) eventos vasculares: 9,7% cardíacos, 2,1% cerebrales y 2,2% periféricos. Hubo 5 muertes (2,7%): 3 de causa vascular, 1 infecciosa y 1 respiratoria. El desarrollo de eventos vasculares se relacionó con la presencia de placas de ateroma (p 0,008) y VOP patológica (p 0,028), así como con la presencia de erosiones, el FG, la HTA y la DL. La aparición de eventos cardíacos se relacionó, además, con la toma de AINE (p 0,041). La presencia de un GIM patológico (p 0,032) y la HTA (p 0,044) fueron las únicas variables que se relacionaron con la muerte por cualquier causa.

Conclusiones: Una combinación de la ecografía carotídea y del estudio de rigidez arterial puede ayudarnos a identificar mejor aquellos pacientes con AR y riesgo de muerte o de aparición de eventos vasculares.

23. VALORACIÓN DE LA RIGIDEZ ARTERIAL Y GROSOR DE LA ÍNTIMA-MEDIA CAROTÍDEA MEDIANTE RADIO-FRECUENCIA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON ANTI-TNF

Robustillo-Villarino M¹, Valls-Pascual E¹, Ybáñez-García D¹, Martínez-Ferrer A¹, Feced-Olmos C², Alegre-Sancho JJ¹

¹Hospital Universitario Doctor Peset. ²Hospital Universitario y Politécnico la Fe. Valencia

Introducción: Las terapias antiTNF α son eficaces para controlar la clínica articular inflamatoria en la artritis reumatoide (AR) y es probable que permitan frenar el desarrollo acelerado de la enfermedad aterosclerótica preclínica en pacientes con AR.

Objetivos: Evaluar la efectividad de las terapias antiTNF α sobre la rigidez arterial, medida mediante la determinación de la velocidad de onda de pulso (VOP), y el Grosor Íntima Media carotídea (GIMc), medido en el árbol carotídeo extracraneal en pacientes con AR que no hayan respondido a uno o más FAME e inicien un antiTNF α como primera línea de tratamiento biológico, en un periodo de 12 meses.

Métodos: Se incluyeron 37 pacientes con AR clínicamente activa, entre 2 y 10 años de evolución de enfermedad, que iniciaban una primera línea con terapia antiTNF α en un periodo de 2 años. Recogimos variables demográficas (sexo, edad, IMC), clínicas (factores de riesgo CV clásicos, antecedentes de eventos CV, manifestaciones extraarticulares), y analíticas (FR, ACPA, PCR media). Se calculó el riesgo CV mediante el SCORE modificado según recomendaciones EULAR. El árbol carotídeo extracraneal se exploró con un ecógrafo Esaote MyLabXV70, sonda lineal (7-12MHz) y un programa automatizado de medición del GIMc mediante radiofrecuencia ("Quality intima media Thickness in real-time, QIMT"). Se recogió la presencia de placas de ateroma según consenso de Mannheim. La VOP se determinó mediante el dispositivo validado MobilO-Graph®; se realizaron tres mediciones con el paciente en sedestación en el brazo no dominante y la media de VOP se calculó a partir de las dos últimas mediciones.

En los pacientes que mantuvieron respuesta clínica al tratamiento a los 12 meses, se evaluó nuevamente y de la misma manera la VOP, el GIMc y la presencia de placas de ateroma. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS 17.0.

Resultados: 30 pacientes completaron el seguimiento a los 12 meses. Entre los que abandonaron el estudio, 3 presentaron fallo primario, 2 fallo secundario y 2 efectos adversos del tratamiento. Entre los pacientes que completaron el estudio, la media de edad fue de 50,87 años (DE 14,11), y un 83,3% (25) eran mujeres. El 80,0% (24) eran de etnia caucásica y un 20,0% (6) latina. Un 66,7% (20) eran consumidores habituales de glucocorticoides y todos los pacientes excepto uno estaban en tratamiento concomitante con FAME. El DAS28 medio basal fue 4,90 (DE 0,99). El tratamiento antiTNF α más utilizado fue adalimumab (56,7%, n=17), seguido de certolizumab (33,3%, n=10) y etanercept (10%, n=3). Según la escala de clasificación SCORE modificado 18 pacientes (60,0%) tenían riesgo CV leve, 11 (36,7%) un riesgo moderado y 1 paciente (3,3%) riesgo alto o muy alto. Los datos de daño vascular en el momento basal y al año son los siguientes:

	VOP media	GIMc medio	Pacientes con placa de ateroma
Basal	7,56 m/s (DE 2,06)	668,17 μ m (DE 177,973)	20,0% (6)
12 meses	7,61 m/s (DE 2,10)	677,93 μ m (DE 157,113)	20,0% (6)

El tratamiento antiTNF α no produjo un incremento significativo de GIMc (p=0,625), tal como se observó en estudios previos. De la misma manera, tampoco produjo un incremento significativo de VOP (p=0,105), a diferencia que en trabajos previos. Al finalizar el estudio no se observó en ninguno de los pacientes estudiados la aparición de nuevas placas de ateroma.

Conclusiones: El tratamiento con antiTNF α puede limitar la progresión del daño vascular en la AR, hecho que sugiere que los antiTNF α ejercen un efecto protector desde el punto de vista cardiovascular en pacientes inflamatorios.

24. ASOCIACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR Y EL GROSOR DE LA ÍNTIMA MEDIA CAROTÍDEA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

González Mazarío R¹, Frago Gil JJ¹, Ivorra Cortés J^{1,2}, Feced Olmos C¹, Ortiz-Sanjuán FM¹, Grau García E¹, Labrador Sánchez E¹, Huerta Barberá S², Arévalo Ruales K¹, Negueroles Albuixech R¹, Martínez Cordellat I¹, Chalmeta Verdejo I¹, González Puig L¹, Alcañiz Escandell C¹, Nájera Herranz C¹, Cánovas Olmos I¹, Vicens Bernabeu E¹, Oller Rodríguez JE¹, Fornés Ferrer V³, Román Ivorra JA^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. ²Facultad de Medicina. Universidad Católica de Valencia. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia

Objetivos: Estudio de factores de riesgo cardiovascular (FRCV), actividad de la enfermedad y grosor de la íntima media (GIM) carotídea en una serie de pacientes con artritis reumatoide.

Material y métodos: Estudio transversal observacional de pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR) según criterios ACR/EULAR 2010. Se incluyeron pacientes menores de 75 años, con más de 5 años de evolución de la enfermedad, siendo excluidos pacientes con ECV establecida. El mismo día de la visita se les realizó anamnesis, examen físico, analítica, electrocardiograma, radiografía de tórax y una ecografía de carótidas con un equipo Esaote-MyLabClassC. Los análisis estadísticos se realizaron con el software R (versión 3.3.2).

Resultados: Se recogieron datos de 31 pacientes, con una edad media de 57,1 $\pm$ 9,6 años de los cuales 26 eran mujeres (83,9%). La media de años de evolu-

ción de la AR fue de 19,2 $\pm$ 11,67 años. En relación a los factores cardiovasculares clásicos el 19,4% eran fumadores activos, 41,9% hipertensos en tratamiento y 45,2% llevaban tratamiento hipolipemiente (85,7% con una estatina), tres de los pacientes eran diabéticos (9,7%). Todos los pacientes llevaban tratamiento con terapia biológica en monoterapia o terapia combinada y el 41,9% además glucocorticoides a dosis bajas durante los últimos 6 meses. La mediana del DAS28-VSG fue de 2,49 (1^oQ=1,6; 3^oQ=3,9), con un HAQ medio de 0,88 $\pm$ 0,68. En cuanto a las manifestaciones extraarticulares, el 45,2% tenían xeroftalmía, 29% xerostomía, y el 19,4% presencia de nódulos reumatoideos. La mediana de colesterol total fue de 195 mg/dL (174-221), con una LDL de 116 (96,5-138). En cuanto a los hallazgos ecográficos, la media de GIM derecho fue 576,13 $\pm$ 118,78 mm y del GIM izquierdo de 616,32 $\pm$ 134,31 mm, resultando 12 determinaciones con valores superiores al valor esperado para edad y sexo proporcionado por el dispositivo de medida (38,7%). Aplicando la tabla SCORE (modificada-EULAR) solo 5 pacientes (16,1%) tenían un riesgo cardiovascular moderado-alto. El análisis estadístico muestra una asociación significativa del aumento del GIM con el consumo de tabaco (factor clásico de RCV) (p=0,028) y el SCORE modificado (p=0,04). Ni los años de evolución de la enfermedad ni los biomarcadores analíticos mostraron asociación significativa.

Conclusiones: De nuestro estudio se desprende que en los pacientes que presentan datos de buen control de la enfermedad, los factores clásicos de riesgo cardiovascular se relacionan con aumento del grosor de la íntima media carotídea. Sin embargo estos factores pueden infraestimar el riesgo cardiovascular global respecto al de otras medidas de enfermedad cardiovascular subclínica, como el GIM.

Resúmenes ESPONDILOARTROPATÍAS

25. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ARTROPATÍA PSORIÁSICA EN EL HOSPITAL DE LA VEGA BAJA EN TRATAMIENTO CON SECUKINUMABÁlvarez de Cienfuegos Rodríguez A¹, Tévar Sánchez M¹, Galicia Puyol S²¹S. de Reumatología. Hospital Vega Baja. Orihuela. Alicante. ²S. de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Murcia

Introducción: El secukinumab es un anticuerpo monoclonal recombinante, íntegramente humano, que se une selectivamente y neutraliza la interleuquina 17A (IL-17A). La IL-17A desempeña una función clave en la patogenia de la psoriasis en placas, artritis psoriásica y en la espondilitis anquilosante. Solo o en combinación con metotrexato, está indicado para el tratamiento de la artritis psoriásica activa en pacientes adultos que han mostrado una respuesta inadecuada a tratamientos previos con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad.

Objetivos: Describir las características de nuestros pacientes con artritis psoriásica que han iniciado tratamiento con secukinumab.

Método: Se ha analizado a todos los pacientes que han iniciado tratamiento con secukinumab por artritis psoriásica. La eficacia se midió mediante el cálculo del DAS 28 en formas con afectación especialmente periférica y el BASDAI en las formas predominantemente axiales y cambios en los valores de las pruebas de laboratorio (VSG y PCR), comparando la visita basal previa al inicio del tratamiento con secukinumab, y la última visita. La seguridad se evaluó recogiendo

los efectos adversos que aparecieron durante el seguimiento.

Resultados: Tenemos 6 pacientes con artritis psoriásica en tratamiento con secukinumab; el 100% son mujeres con edades comprendidas entre los 43-57 años; 4 de ellas presentaban afectación predominantemente periférica y 2 afectación fundamentalmente axial, de las cuales 1 es HLA B27 positivo. El 16% de los pacientes presentaba dacilitis, el 83% presentaba entesitis y psoriasis cutánea en el momento de iniciar el tratamiento. Dentro de los tratamientos previos utilizados: el 83% de los pacientes habían recibido tratamiento con FAMES (metotrexato y leflunomida), y terapia biológica (anti-TNF y antiIL-12/23). 1 de los pacientes es naïve para terapia biológica; 2 de ellas han estado previamente con 1 anti-TNF; 2 de ellas han sido tratadas con 2 anti-TNF; y 1 de ellas ha estado previamente con 3 anti-TNF y 1 anti IL12-23, suspendidos por ineficacia. En la tabla se describe la evolución del DAS 28, BASDAI, PCR y VSG.

	DAS28	BASDAI	PCR (mg/l)	VSG
Media de inicio	5,92	5,5	11,7	52,3
Media a las 8 semanas	4,57	4,5	5,85	34,8
Media a las 16 semanas	4,3	3,8	4,6	32

No se presentaron acontecimientos adversos en el transcurso del seguimiento.

Conclusiones: Secukinumab es clínicamente efectivo y es bien tolerado en pacientes con artritis psoriásica, tanto en pacientes naïve como en pacientes no respondedores a otras terapias biológicas.

26. VALORACIÓN DE ENTESIS EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍA MEDIANTE ECOGRAFÍACampos Fernández C, Rueda Cid A, Pastor Cubillo MD, Lerma Garrido J, Balaquer Trull I, De la Morena Barrio I, Calvo Catalá J
Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital General Universitario. Valencia

Introducción: La entesitis es la inflamación en la zona de inserción de tendones, ligamentos o cápsulas articulares en el hueso. Es una característica común en las diferentes enfermedades que forman el grupo de las espondiloartropatías (SpA). La entesitis es menos accesible para la valoración clínica que la sinovitis, mostrando una reproducibilidad y sensibilidad bajas. Pueden ser asintomáticas y ser solo detectables por técnicas de imagen.

En los últimos años, la ecografía ha demostrado una alta sensibilidad en el estudio de la alteración de la entesis, mayor que la exploración clínica.

Objetivo: Evaluar la presencia de actividad inflamatoria de la entesis mediante ecografía en escala de grises y con Power Doppler (PD) en pacientes con SpA que inician tratamiento biológico.

Métodos: Se estudiaron 30 pacientes con SpA activa y con falta de respuesta a tratamientos previos en los que se planteó iniciar tratamiento biológico. Se realizó una valoración de la actividad clínica mediante el BASDAI, BASFI, valoración global de la enfermedad por el paciente y por el médico, dolor a la palpación en entesis. Se rea-

lizó una exploración ecográfica en escala de grises y con Power Doppler (PD) en 5 entesis de forma bilateral (inserción del tendón cuadriceps en la rótula, proximal del tendón rotuliano, distal del tendón rotuliano, Aquileo en el calcáneo y fascia plantar en el calcáneo con un ecógrafo Esaote MyLab 70. Se buscaba la presencia de entesopatía: engrosamiento hipoeoico con pérdida de la ecoestructura fibrilar normal en la entesis, con o sin focos hiperecoicos (calcificaciones intratendinosas), irregularidades, erosiones o entesofitos corticales y bursitis adyacentes. Se utilizó la función PD valorando la presencia de señal intraentesitis y/o perientesitis.

Resultados: Se estudiaron 30 pacientes con SpA activa (22 hombres y 8 mujeres) con una edad media de 52,4 que iniciaban tratamiento biológico (12 con adalimumab, 10 con etanercept, 7 con golimumab y 1 con certolizumab). Al inicio la media del BASDAI fue de 5,8 y del BASFI de 4,4. Al año la media del BASDAI era de 2,4 y del BASFI de 1,8. 22 de los pacientes presentaban alteraciones ecográficas en escala de grises en las entesis exploradas y 16 señal PD. Al año de tratamiento solo en 2 pacientes persistía señal PD. No había correlación entre la clínica y el laboratorio con los hallazgos ecográficos

Conclusiones: - Los estudios demuestran una alta prevalencia de alteraciones en la entesis en los pacientes con espondiloartropatía.

- La ecografía ha demostrado mayor sensibilidad para detectar entesitis que la exploración clínica en las espondiloartropatías.

- La ecografía ha demostrado una alta sensibilidad en el estudio de la entesis: permite la valoración de la actividad inflamatoria y la respuesta al tratamiento.

27. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON ARTROPATÍA PSORIÁSICA EN EL HOSPITAL DE LA VEGA BAJA EN TRATAMIENTO CON USTEKINUMAB

Álvarez de Cienfuegos Rodríguez A¹, Tévar Sánchez M¹, Galicia Puyol S²

¹S. de Reumatología. Hospital Vega Baja. Orihuela (Alicante). ²S. de Urgencias. Hospital Reina Sofía. Murcia

Introducción: El ustekinumab es un anticuerpo monoclonal totalmente humano que se une con especificidad a la subunidad proteica p40 que comparten las citoquinas interleukinas humanas (IL)-12 e (IL)-23. Las alteraciones en la regulación de la IL-12 y la IL-23 se han asociado con enfermedades de mediación inmunitaria, como la psoriasis, la artritis psoriásica y la enfermedad de Crohn. Sólo o en combinación con metotrexato, está indicado para el tratamiento de la artritis psoriásica activa en pacientes adultos cuando la respuesta a tratamientos previos no biológicos con medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad ha sido inadecuada.

Objetivos: Describir las características de nuestros pacientes con artritis psoriásica que han iniciado tratamiento con ustekinumab.

Método: Se ha analizado a todos los pacientes que han iniciado tratamiento con ustekinumab por artritis psoriásica. La eficacia se midió mediante el cálculo del DAS 28 en formas con afectación especialmente periférica y el BASDAI en las formas predominantemente axiales y cambios en los valores de las pruebas de laboratorio (VSG y PCR), comparando la visita basal previa al inicio del trata-

miento con ustekinumab, y la última visita. La seguridad se evaluó recogiendo los efectos adversos que aparecieron durante el seguimiento.

Resultados: Tenemos 3 pacientes con artritis psoriásica en tratamiento con ustekinumab; 2 pacientes varones y 1 paciente mujer con edades comprendidas entre los 37-55 años; 1 de ellas presentaban afectación predominantemente periférica y 2 afectación fundamentalmente axial, de las cuales 1 es HLA B27 positivo. Ninguno de los pacientes presentaba dactilitis, el 33% presentaba entesitis, el 66% psoriasis cutánea y enfermedad de Crohn en el momento de iniciar el tratamiento. Dentro de los tratamientos previos utilizados: el 33% de los pacientes habían recibido tratamiento con FAMES (metotrexato y ciclosporina), y terapia biológica (anti-TNF). 1 de los pacientes es naïve para terapia biológica; 1 de ellos ha estado previamente con 2 anti-TNF; y el otro paciente ha sido tratado con 4 anti-TNF, suspendidos por ineficacia. En la tabla se describe la evolución del DAS 28, BASDAI, PCR, VSG y calprotectina.

	DAS28	BASDAI	PCR(mg/l)	VSG	Calprotectina
Media de inicio	5,23	6,5	54	66	586
Media a las 24 semanas	3,1	5	14	26	102

No se presentaron acontecimientos adversos en el transcurso del seguimiento.

Conclusiones: Ustekinumab es clínicamente efectivo y es bien tolerado en pacientes con artritis psoriásica, tanto en pacientes naïve como en pacientes no respondedores a otras terapias biológicas.

28. ESTUDIO DE MANIFESTACIONES DE APARATO LOCOMOTOR Y SU RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Mainero Mendoza S^{1,2}, Feced Olmos C¹, González Puig L¹, Ivorra Cortés J^{1,2}, Martínez Cordellat I¹, Nájera Herranz C¹, Neguerolles Albuxech R¹, Oller Rodríguez JE¹, Ortiz Sanjuán FM¹, Vicens Bernabeu E¹, Grau García E¹, Labrador Sánchez E¹, Arévalo Ruales K¹, Frago Gil JJ¹, González Mazario R¹, Alcañiz Escandell C¹, Cánovas Olmos I¹, Chalmeta Verdejo I¹, Román Ivorra JA^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. ²Facultad de Medicina. UCV. Valencia

Objetivos: Análisis de la prevalencia de las manifestaciones articulares de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), así como las pautas de tratamiento en estos pacientes.

Material y métodos: Análisis transversal observacional retrospectivo de pacientes con EII evaluados en el Servicio de Reumatología del HUP La Fe por sospecha de afectación de aparato locomotor. Se ha recogido datos demográficos, clínicos y de tratamiento del paciente.

El análisis bioestadístico se realizó mediante el software R versión 3.2.5.

Resultados: Se han seleccionado 183 pacientes con EII (57,4% de mujeres), de

los cuales 117 son enfermedad de Crohn y 66 son colitis ulcerosa, con una edad media al diagnóstico de la EII de 37,03±14,02 años. Del total de pacientes, 29 presentaban afectación axial y 51 con afectación periférica, encontrándose de forma simultánea ambas afectaciones en 22 casos. No se observa asociación entre el diagnóstico de la EII y si las manifestaciones son axiales o periféricas. 79 pacientes llevaban terapias biológicas, y estos tratamientos habían sido pautados por Digestivo en un 66% y por Reumatología en el 44%. En los 79 pacientes sí que se observa que en aquellos que presentan manifestaciones axiales hay una mayor probabilidad de que el tratamiento haya sido pautado por Reumatología (P=0,007). Desglosando las manifestaciones axiales se observa mayor probabilidad de que el tratamiento sea prescrito por Reumatología en el caso de las EA (n=36 P=0,0102). En las manifestaciones periféricas se observa mayor probabilidad de que el tratamiento sea prescrito por Reumatología en el caso de las uveítis (n=14 P=0,0337).

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes con EII y sospecha de afectación de aparato locomotor, el 55,7% de los casos tienen realmente dicha afectación, siendo más frecuente la de tipo periférico. Entre los pacientes con EII y afectación axial y/o periférica que llevan terapia biológica, en el 44% ha sido prescrita por reumatólogos, y son casos con claro predominio axial, donde el tratamiento de la EII no mejora el cuadro articular, por lo que debe aplicarse el mismo tratamiento que en las espondiloartritis primaria.

29. SCORE INFRAESTIMA EL RIESGO CARDIOVASCULAR REAL EN ARTRITIS PSORIÁSICA

Martínez Vidal MP, Fernández Carballido C, Martín Doménech R, Martínez Alberola N, Sivera Mascaró F

Hospital General Universitario de Elda (Alicante)

Objetivos: Analizar el Riesgo Cardiovascular (RCV) de una cohorte de pacientes con Artritis Psoriásica (APS) mediante tablas SCORE y mediante estudio de enfermedad CV subclínica mediante ecografía de carótidas.

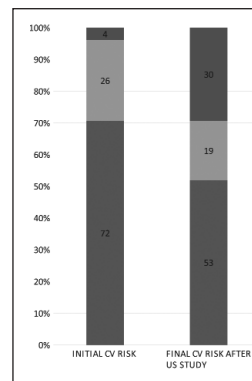
Material y métodos: Estudio descriptivo transversal de una cohorte de pacientes con APS seguidos en las consultas de Reumatología del HGU Elda. Se analizó las características de la enfermedad, la presencia de factores clásicos de RCV, la presencia de eventos CV previos y el perfil lipídico. Se calculó el RCV mediante las tablas SCORE calibradas para España. Se realizó ecografía estandarizada de carótidas para determinar el grosor de la capa íntima/media así como la presencia de placas de ateroma. Los pacientes fueron reclasificados en base a los hallazgos de la ecografía. Se realizó un análisis estadístico para la descripción de la muestra, y los análisis de asociación se realizaron mediante estudio multivariante.

Resultados: Se incluyeron 102 pacientes, de los cuales el 70,6% tenía un RCV intermedio, el 25,5% tenía un RCV alto y el 3,9% tenía muy alto RCV según las tablas SCORE. Tras el estudio ecográfico de carótidas, el 26,5% de los pacientes fue reclasificado como de muy alto RCV debido a la presencia de placas de ateroma

en la pared carotídea o a un grosor patológico de la capa íntima/media. La presencia de enfermedad vascular subclínica no se asoció a ninguna característica específica de la APS.

Conclusiones: Un considerable número de pacientes con APS tienen un riesgo a priori moderado o alto de tener un evento CV fatal. El estudio ecográfico de carótidas detecta la presencia de enfermedad vascular subclínica en un porcentaje sustancial de pacientes. SCORE parece infraestimar el RCV real en los pacientes con APS.

Distribución del RCV antes y después del estudio ecográfico de carótidas	
Estimated CV risk before US	N (%)
Intermediate	72 (70.6%)
High	26 (25.5%)
Very High	4 (3.9%)
Definite CV risk after US	
Intermediate	53 (51.9%)
High	19 (18.6%)
Very High	30 (29.4%)



30. EVOLUCIÓN A DOS AÑOS DE LA ATROSCLEROSIS SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA: RESULTADOS PRELIMINARES

Vergara-Dangond C, Robustillo Villarino M, Núñez Monje V, Aguilar Zamora M, Montolio Chiva L, Valls Pascual E, Ybáñez García A, Martínez-Ferrer A, Alegre-Sancho JJ

Sección de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Introducción: La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad asociada a un incremento del riesgo cardiovascular (CV), atribuible a una aterosclerosis precoz, comparable a la población con artritis reumatoide. Carecemos, sin embargo, de estudios que permitan evaluar la progresión de la aterosclerosis subclínica a más de un año en estos pacientes.

Objetivo: Explorar la evolución natural de las distintas medidas de evaluación del daño vascular en pacientes con APs y los factores relacionados con estos cambios.

Material y métodos: Estudio pre-post con componentes analíticos. Se incluyeron de forma consecutiva 44 pacientes con APs (criterios CASPAR) y afección articular periférica de más de un año de evolución.

Se recogieron variables demográficas (sexo, edad, IMC), clínicas (factores de riesgo CV clásicos, antecedentes de eventos CV), y analíticas (índice aterogénico, FG[MDRD], fibrinógeno, hemoglobina glicosilada, PCR, VSG, PCR ultrasensible, cociente apoB/apoA1) y se estimó basalmente el riesgo CV a través de la herramienta SCORE. El resto de variables se recogieron de la historia clínica electrónica retrospectivamente. Se exploró el árbol carotídeo extracraneal con un ecógrafo Esaote MyLab70XVG con sonda lineal (7-12MHz) y un programa automatizado de medición del grosor íntima-media (GIM) mediante radiofrecuencia ("Quality intima media Thickness in real-time, QIMT"), y se recogió la presencia de placas de ateroma según consenso de Mannheim. La determinación de la velo-

cidad de onda de pulso (VOP), como marcador de rigidez vascular, se realizó con el paciente en sedestación mediante el dispositivo validado Mobil O Graph®.

Los pacientes fueron seguidos durante 2 años en el periodo comprendido entre mayo de 2014 y diciembre de 2016. Todas las pruebas fueron repetidas a los 2 años. El estudio estadístico se realizó con el programa SPSS 17.0.

Resultados: Analizamos a 2 años 38 pacientes tras excluir 5 pacientes con alto riesgo CV (evento CV previo, FG <60 mg/dL, y/o diabetes mellitus tipo II o tipo I con lesión de órgano diana). Basalmente, la media y la mediana de su edad fue de 59,2 y 60,5 años (39-88), respectivamente, y la mayoría eran mujeres (65,8%). La mediana del IMC fue de 28 (17-35). Un 28,9% eran fumadores y un 36,8% hipertensos. Un 26,3% recibía glucocorticoides, 57,9% AINES, 84,2% FAME y 31,6% biológicos. Las medianas de PCR, VSG y DAS28 fueron 5 mg/L (1-19,1), 7 mm/h (2-28) y 2,17 (1,24-3,7), respectivamente. La mediana del SCORE fue de 1 (0-7), 8 m/s (5,6-13,5) la de la VOP y 728 µ (462-1087) la de la GIM basal; y se detectaron placas de ateroma en el 35,1% de los pacientes.

A los 2 años se detectó la aparición de placas en un 15% más de los pacientes, así como un empeoramiento de la VOP y del GIM en el 56,8% y 38,9% de los pacientes, respectivamente. Estos cambios no fueron estadísticamente significativos. Ningún paciente desarrolló un evento CV.

En el análisis bivariante, la progresión de la VOP a 2 años se relacionó con la edad avanzada ($p < 0,002$), y con un SCORE elevado ($p < 0,044$), y tendió a la relación con TAS mayores. También se evidenció una tendencia a la asociación entre la aparición de placa, la edad y la TAS; así como entre niveles menores de Apolipoproteína A1 y el GIM.

Conclusiones: La progresión en el tiempo del daño vascular en pacientes con APs se relaciona con factores de riesgo CV clásicos. Estos datos preliminares deben confirmarse en un análisis posterior con un mayor número de pacientes.

31. CONSULTA DE UVEÍTIS

Martínez Cordellat I¹, Udaondo Mirete P², Grau García E¹, Fornés Ferrer V³, Labrador Sánchez E¹, Arévalo Ruales K¹, Frago Gil J¹, González Mazario R¹, Alcañiz Escandell C¹, Chalmeta Verdejo I¹, Feced Olmos C¹, González Puig L¹, Ivorra Cortés J¹, Neguerolles Albuixech R¹, Oller Rodríguez JE¹, Ortiz Sanjuan FM¹, Vicens Bernabeu E¹, Román Ivorra JA¹

¹Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. ²Servicio de Oftalmología. HUP La Fe. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia

Objetivos: Revisión sistemática de los pacientes diagnosticados de Uveítis en nuestra Unidad, con objeto de profundizar en la misma, detallando datos epidemiológicos, tipo de afectación y etiologías subyacentes.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de 141 pacientes diagnosticados de Uveítis en la Unidad de Uveítis del Hospital La Fe de Valencia en el período de tiempo comprendido entre Mayo de 2014 a Diciembre de 2016.

Resultados: De 141 pacientes revisados, el 56.7% son mujeres (n=80) y el 43.3% hombres (n=61). La edad media es de 50.11 (DS 15.94) y mediana de 48 años. La forma de presentación de uveítis fue unilateral en el 86.5% de los casos y bilateral en el 13.5%.

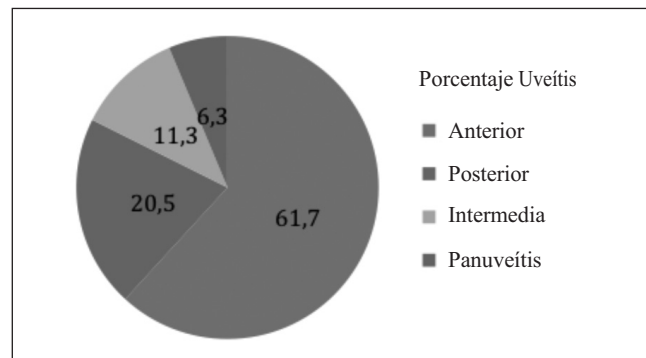
Se registró por orden de frecuencia: Uveítis anterior en un 61.7% de los casos, Uveítis posterior en un 20.5%, Uveítis Intermedia en un 11.3%, y panuveítis en el 6.3% (Figura).

En las uveítis anteriores, la espondiloartropatía se filió en un 50.5% de los casos, las formas idiopáticas en un 35.6%, Virus herpes simple en un 3.4%, seguida de Citomegalovirus, Tuberculosis y Artritis idiopática Juvenil (2.2% cada una de ellas). Con un 1.1% de casos se observaron etiologías como lúes o Beçhet.

En las uveítis posteriores, la etiología de base más diagnosticada fue la Enfermedad de Beçhet con un 24,3% de los casos, seguida por Síndrome antifosfolípido (13.7%), Lupus eritematoso sistémico con un 10.3%, Sarcoidosis, Birshot y Toxoplasma con una frecuencia similar (6.8%), y finalmente patologías como melanoma coroideo, CMV, Vasculitis anca positivo, Dermatomiostitis, Síndrome Mascarada, VIH, VKH o formas idiopáticas se presentaron con una frecuencia del 3.4%

En las uveítis intermedias, las formas idiopáticas fueron las más frecuentes (37.5%), seguidas de Pars planitis (18,7%), sarcoidosis o Esclerosis múltiple (12,5% cada una de ellas), seguidas por Artritis idiopática Juvenil, vasculitis anca positivo y una forma de uveítis intermedia secundaria a cirugía intraocular, cada una de ellas con una frecuencia de presentación del 6.2%

En cuanto a las panuveítis, se encontraron como etiologías el Síndrome Mascarada, LES y SAF (22.2%), seguidas de Espondiloartropatías, Esclerosis múltiple y formas idiopáticas (11,1% cada una de ellas).



Conclusiones: Se observa mayor porcentaje de mujeres respecto a hombres, con edad media alrededor de 50 años. La forma de presentación más frecuente fue anterior aguda unilateral.

Las uveítis anteriores fueron las más frecuentes, seguidas por formas posteriores, intermedias y panuveítis.

En uveítis anteriores destaca la Espondiloartropatía, seguida de formas idiopáticas. En uveítis posteriores prevaleció la Enfermedad de Beçhet seguida de SAF primario y LES.

En uveítis intermedias prevalecen las formas idiopáticas, seguidas por pars planitis, EM y sarcoidosis.

En panuveítis, el síndrome mascarada, LES y SAF fueron las patologías más prevalentes.

Resúmenes TERAPIA BIOLÓGICA

32. PSORIASIS INDUCIDA POR TERAPIA ANTI-TNF. SERIE DE 13 CASOS

Martínez-Ferrer A¹, Mateu Puchades A², Santos Alarcón S², Vergara Dangond C¹, Aguilar Zamora M¹, Valls Pascual E¹, Ybáñez García D¹, Montolio Chiva L¹, Alegre Sancho JJ¹

¹Sección de Reumatología y ²Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia

Introducción: Los fármacos antagonistas del factor de necrosis tumoral (anti-TNF) han demostrado su eficacia en diferentes artropatías inflamatorias y patologías autoinmunes, incluida la psoriasis. Sin embargo se ha observado un efecto secundario inesperado: la nueva aparición o empeoramiento de lesiones psoriásicas.

El objetivo de este estudio es describir los casos de inducción o empeoramiento de psoriasis en pacientes tratados con anti-TNF en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, revisión casos de psoriasis de nueva aparición o empeoramiento en pacientes con tratamiento anti-TNF en el Hospital Universitario Dr. Peset desde 2008 hasta noviembre de 2016. Se obtuvo un total de 13 casos.

Resultados: 13 pacientes, 8 mujeres y 5 varones con edad media 46 años (±16). El 38% de los pacientes recibía tratamiento por enfermedad de Crohn, el 31% por artritis reumatoide (AR), el 31% por artropatía psoriásica (APs), el 8% por espondilitis anquilosante (EA) y otro 8% por psoriasis. Dos pacientes estaban diagnosticados de más de una patología: enfermedad de Crohn asociada a APs y enfermedad de Crohn asociada a AR.

El 61% de los pacientes no presentaba antecedentes de psoriasis, en uno de estos casos se registró el antecedente familiar de psoriasis.

El infliximab estaba siendo utilizado en el 38,5% de los casos, seguido de adalimumab y golimumab en un 23% cada uno y etanercept en un 15,4%.

El tiempo medio de latencia desde la introducción del fármaco fue de 9,3 meses (2-26). Se registraron 12 casos de psoriasis y 1 caso de pitiriasis liquenoide (confirmado histológicamente). La morfología de las lesiones incluyó: pustulosis palmo-plantar (91%), psoriasis en cuero cabelludo (25%), psoriasis guttata (25%), psoriasis en placas (8%) y psoriasis invertida (8%); el 58% de los pacientes experimentó más de un tipo de lesión. No se registró ningún caso de psoriasis ungueal, mucoso, ni eritrodérmico.

El tratamiento se mantuvo en la mayoría de pacientes (53,85%). De los 6 pacientes que requirieron la discontinuación, en 5 fue de forma definitiva, y en un caso se procedió a la reintroducción posterior.

Tras la interrupción del tratamiento, a 3 pacientes se les inició otro fármaco anti-TNF (adalimumab, golimumab y certolizumab) y las lesiones cutáneas reaparecieron, en 2 pacientes el anti-TNF se sustituyó por un biológico no anti-TNF.

Se instauró tratamiento tópico en todos los casos, un paciente requirió, además, tratamiento sistémico con metotrexato.

Conclusiones: La psoriasis paradójica es un efecto de clase que podemos encontrar con relativa frecuencia en pacientes tratados con anti-TNF. La pustulosis palmo-plantar es la forma de presentación más frecuente. En la mayoría de los casos no existen antecedentes personales ni familiares de psoriasis. La terapia tópica puede ser eficaz pero algunos pacientes requieren la discontinuación del fármaco. Es posible la reparación de las lesiones cutáneas al cambiar a otro tratamiento anti-TNF.

33. LOS PACIENTES CON ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS CRÓNICAS, EN TRATAMIENTO CON GOLIMUMAB, ALCANZAN MAYOR NIVEL SÉRICO DE FÁRMACO, SI SE UTILIZA COMO PRIMER O SEGUNDO FÁRMACO BIOLÓGICO

Rosas J¹, Marco-Mingot M², Senabre-Gallego JM¹, Llinares-Tello F², Pons A³, Barber X⁴, Santos-Soler G¹, Salas E¹, Cano C³, Lorente M³, Sanchis 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

Objetivos: Conocer la influencia del orden de introducción de Golimumab (GLM), en la eficacia clínica de los pacientes con espondilitis anquilosante (EA), artritis psoriásica (APS) y artritis reumatoide (AR).

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo, en 46 pacientes consecutivos, diagnosticados de EAAPS y AR, en tratamiento con GLM, por criterio de su reumatólogo.

Se recogieron datos epidemiológicos del paciente (edad, sexo, índice de masa corporal), tipo de FAME concomitante, de la enfermedad inflamatoria (tiempo de evolución de la enfermedad, presencia de psoriasis o enfermedad inflamatoria intestinal, HLAB27 y en su caso, factor reumatoide y anticuerpos antipéptidos citrulinados), y del GLM (orden de introducción, tiempo en tratamiento, nivel sérico y presencia de anticuerpos anti-GLM). La respuesta clínica se evaluó en los pacientes con EA, mediante la versión en español del índice BASDAI, BASFI y el índice ASDAS-VSG. En los pacientes con AR o APS periférica, mediante los índices DAS28-VSG, DAS28-PCR y SDAI.

Los niveles séricos de GLM y Ac anti-GLM, se determinaron mediante técnica de ELISA (Progenika, Grifols SA, España). Los niveles séricos de corte para niveles séricos de GLM fueron 36 ng/mL y para Ac anti-GLM >20 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 46 pacientes incluidos, 33 (72%) pacientes estaban diagnosticados de EA: el 52% eran varones, de edad media 53±12 años, el IMC medio 28±4, tiempo de evolución medio de la enfermedad de 16±12 años y tiempo en tratamiento con GLM de 1,3±1,1 años, el 30% de los pacientes recibían FAME, siendo GLM el primer fármaco biológico introducido en el 25%, segundo en el 37%, tercero en el 25% y cuarto en el 13%. El nivel medio de GLM era de 0,77±0,62 mg/L y la prevalencia de Ac anti-GLM del 6% (2 pacientes).

Entre los pacientes diagnosticados de AR (n: 5; 38%) o APS (n: 8; 62%): el 23% eran varones, de edad media 55±11 años, el IMC medio 28±6, tiempo de evolución medio de la enfermedad de 10,5±8 años y tiempo en tratamiento con GLM de 2±1,5 años, el % de los pacientes recibían FAME, siendo GLM el primer fármaco biológico introducido en el 31%, segundo en el 15%, tercero en el 31% y cuarto en el 23%. El nivel medio de GLM era de 0,703±0,53 mg/L. No se detectaron anticuerpos anti-GLM.

En la tabla (nv: no valorable), compara los pacientes que reciben GLM como 1º o 2º fármaco biológico frente a los que lo reciben como 3º o 4º. Los pacientes que lo reciben como 1º o 2º fármaco biológico, no presentan Ac anti-GLM y alcanzan mayor nivel de fármaco. Los pacientes con EA que reciben GLM como 3º o 4º fármaco biológico, alcanzan remisión clínica de forma similar a la conseguida como 1º o 2º fármaco.

Conclusiones: 1) La prevalencia general de Ac anti-GLM es del 6% y del 17% en pacientes con EA. No detectándose en los pacientes con AR o APS. 2. EL nivel sérico de GLM es superior entre los pacientes que lo reciben como 1º o 2º fármaco biológico. 3. Los pacientes con EA que reciben GLM como 3º o 4º fármaco biológico, son capaces de alcanzar la remisión clínica de forma similar a la conseguida como 1º o 2º fármaco.

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

Características de los pacientes con EA, APS y AR, que reciben GLM, según el orden de introducción (nv: no valorable)

Golimumab (GLM) N: 13	1º-2º fármaco	3º-4º fármaco	P
AR-APS, n (%)	7 (54)	6 (66)	-
Orden GLM 1º/2º vs 3º/4º, n (%)	5 (71) / 2 (29)	3 (50) / 3 (50)	-
Edad (años): media (DE)	52,87 (13,27)	52,87 (9,86)	1
AR, n (%)	4 (57)	1 (17)	0,48
APS, n (%)	3 (43)	5 (83)	0,27
Varón, n (%)	1 (14)	2 (34)	0,72
IMC, kg/m²: media (DE)	28,72 (6,62)	28,93 (6,66)	0,95
Tpo evolución enfermedad (años): media (DE)	10,1 (7,64)	11,53 (10)	0,78
Tratamiento con FAME, n (%)	7 (100)	4 (67)	0,13
Tpo (años) con GLM: media (DE)	2,27 (1,86)	2,5 (2,04)	0,84
Nivel GLM, mg/dL: media (DE)	0,732 (0,38)	0,339 (0,23)	0,08
Ac anti-GLM, U/L, n (%)	0	0	-
DAS28-VSG	1,74 (0,83)	2,12 (0,94)	0,47
DAS28-PCR	1,82 (0,85)	2,28 (0,93)	0,39
SDAI	3,92 (5,17)	7,67 (6,58)	0,30
Golimumab (GLM) N: 33	1º-2º fármaco	3º-4º fármaco	P
EA, n (%)	21 (64)	12 (36)	-
Orden GLM 1º/2º vs 3º/4º, n (%)	9 (43) / 12 (57)	8 (67) / 4 (33)	-
Edad (años): media (DE)	51,68 (13,49)	52,85 (11,44)	0,79
Varón, n (%)	9 (43)	8 (67)	0,32
IMC, kg/m²: media (DE)	27,46 (4,20)	29,26 (3,09)	0,16
Tpo evolución enfermedad (años): media (DE)	14,25 (10,55)	20,65 (14,27)	0,21
Tratamiento con FAME, n (%)	8 (38%)	2 (17)	0,57
Tpo (años) con GLM: media (DE)	1,75 (1,47)	1,13 (0,89)	0,14
Nivel GLM, mg/dL: media (DE)	0,919 (0,63)	0,448 (0,47)	0,025
Ac anti-GLM, U/L, n (%)	0	2 (17%)	nv
BASDAI: media (DE)	5,96 (2,48)	6,10 (2,23)	0,86
BASFI: media (DE)	6,47(5,91)	6,51 (2,12)	0,93
ASDAS: media (DE)	2,92 (0,87)	3,79 (2,68)	0,64

34. IMPACTO ASISTENCIAL Y ECONÓMICO DE LOS ACUERDOS DE RIESGO COMPARTIDO EN PACIENTES CON ENFERMEDADES INFLAMATORIAS

Sáez Belló M¹, Climente Martí M², Llopis Salvia P², Alegre Sancho JJ³, Paredes Arquiola JM⁴

¹Fundación para el Fomento de la Investigación Sanitaria y Biomédica de la Comunitat Valenciana. ²Servicio de Farmacia. Hospital. ³Sección de Reumatología y ⁴Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Objetivos: Evaluar el impacto asistencial y económico de los acuerdos de riesgo compartido (ARC) en pacientes con patologías inflamatorias.

Material y métodos: *Diseño:* prospectivo descriptivo desarrollado durante el periodo de vigencia de los ARC. *Ámbito:* hospital general universitario terciario. *Criterios de inclusión:* pacientes adultos diagnosticados de enfermedades inflamatorias, en tratamiento con certolizumab o golimumab en 1ª o 2ª línea, y que cumplían los criterios para su inclusión en los respectivos ARC de UCB Pharma y Merck. *Criterios de exclusión:* pacientes en tratamiento con certolizumab o golimumab en 3ª o sucesivas líneas. *Variables de estudio:* antropométricas (sexo y edad), diagnóstico, tratamiento (concomitancia con FAMES, línea de tratamiento con fármacos biológicos y pauta posológica al inicio del tratamiento) y propios del ARC (número de pacientes incluidos en los ARC respecto al total de pacientes candidatos a su inclusión, entendidos como inicios o cambios de tratamiento en 1ª o 2ª línea (%) en reumatología y digestivo; y número de pacientes con fallos de

tratamiento y/o efectos adversos que justifiquen la suspensión del mismo). Se calculó el porcentaje de retorno frente al importe total del tratamiento de los pacientes incluidos, con precios actualizados a 12/2016.

Resultados: Se incluyeron 40 pacientes (25 mujeres), uno de ellos en ambos ARC, con una mediana de edad de 51,5 (RIQ 17,5) años; 15 presentaban artritis reumatoide, 10 artritis psoriásica, 11 espondilitis anquilosante y 4 colitis ulcerosa, 22 de ellos en tratamiento concomitante con FAMES (18 metotrexato, 3 leflunomida y 1 metotrexato + leflunomida). 31 pacientes eran naïve a biológicos y 9 fueron segundas líneas de tratamiento. Todos ellos iniciaron según la pauta posológica indicada en ficha técnica. Se incluyeron 18 pacientes en el ARC de certolizumab (12,7% de pacientes candidatos en reumatología), de entre los cuales se retiraron durante las 12 primeras semanas, 6 pacientes por fallo 1º y un paciente por acontecimientos adversos (hepatitis colestásica con ictericia), lo que supuso un retorno del 38,9% (25.427,5 €) del coste de estos tratamientos.

Del mismo modo, se incluyeron 22 pacientes en el ARC de golimumab (23,4% de pacientes candidatos: 17,4% en digestivo y 25,4% en reumatología), de entre los cuales se retiraron durante los 8 primeros meses de tratamiento, 4 pacientes por fallo 1º y un paciente por acontecimientos adversos (psoriasis inducida por anti-TNF), lo que supuso un retorno del 9,4% (14.339,3 €) del coste de estos tratamientos.

Conclusiones: En nuestro centro, la inclusión en el ARC del 12,7% y del 23,4% de los pacientes candidatos a inicios o cambios de tratamiento en 1ª o 2ª línea con certolizumab y/o golimumab, ha supuesto un retorno del 38,9% y del 9,4% respectivamente, del coste de estos tratamientos. (2.855 caracteres con espacios).

35. ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE REACCIONES ADVERSAS EN PACIENTES CON ENFERMEDAD REUMÁTICA EN TRATAMIENTO CON TERAPIAS BIOLÓGICAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Vicens Bernabeu E¹, Grau García E¹, Ivorra Cortés J¹, González Puig L¹, Chalmeta Verdejo I¹, Feced Olmos C¹, Labrador Sánchez E¹, Ortiz Sanjuán FM¹, Arévalo Ruales K¹, Neguerols Albuixech R¹, Frago Gil J¹, Oller Rodríguez JE¹, Martínez Cordellat I¹, Alcañiz Escandell C¹, Nájera Herranz C¹, Cánovas Olmos I¹, González Mazario R¹, Monte Boquet E², Fornés Ferrer V³, Román Ivorra JA¹

¹Servicio de Reumatología y ²Servicio de Farmacia. HUP La Fe. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia

Objetivos: Evaluar la incidencia de reacciones adversas (RA) en pacientes con enfermedad reumática en tratamiento con terapias biológicas (TB), así como su relación con la vía de administración, tipo de terapia o diagnóstico del paciente.

Material y métodos: Análisis transversal observacional de los tratamientos biológicos administrados a pacientes con enfermedad reumática durante el periodo 2000-2015. Se incluye el tipo de fármaco, la vía de administración del tratamiento, los meses de tratamiento y el motivo de la suspensión del tratamiento. El análisis bioestadístico se ha realizado mediante el software R versión 3.3.2.

Resultados: Se han recogido datos de 996 tratamientos con TB, que corresponden a 509 pacientes con enfermedad reumática, de los cuales 257 eran artritis reumatoide (AR), 124 espondilitis anquilosante (EA), 90 artritis psoriásica (APSO) y 38 otros diagnósticos. 276 pacientes habían llevado más de una TB.

Respecto al total de tratamientos, el 78,5% fue con anti-TNF, 9,9% anti-IL6, 6,5% abatacept (ABT) y el 5,1% otros tratamientos biológicos. El 33,1% de los tratamientos administrados fue por vía intravenosa.

El 14,7% de los tratamientos sufrió una RA que fue motivo de su suspensión. No obtuvimos diferencias significativas en las RA según la vía de administración de la TB, aunque si observamos que los tratamientos con infliximab (IFX) mostraban una mayor tasa de RA.

De las 147 RA, hubo 32 reacciones cutáneas, 31 reacciones adversas en la infusión (mayoritariamente con IFX), 30 infecciones (con mayor probabilidad con tocilizumab (TCZ)), 12 problemas oculares, 5 elevaciones de las transaminasas, 5 alteraciones en el hemograma y 27 casos con otras RA. Las RA por infecciones y por reacciones infusionales se dieron en pacientes con un tiempo de tratamiento más prolongado que en el caso de las reacciones cutáneas.

Conclusión: En general, nuestros resultados son acordes con los datos de reacciones adversas descritas en las TB. En nuestro análisis de RA, cabe destacar que sobre un 15% la RA fue motivo de suspensión del fármaco. A pesar de no haber diferencias significativas en cuanto a la vía de administración, sí que encontramos una mayor tasa de RA en IFX y una mayor probabilidad de infección en pacientes con TCZ. En cuanto a las reacciones infusionales, de aparición más tardía, probablemente esté relacionado con la presencia de anticuerpos anti-IFX. Por tanto, en nuestra experiencia, el estudio de las RA puede ser de utilidad para conseguir un control óptimo en nuestros pacientes y minimizar la presencia de complicaciones en un futuro.

36. FARMACOCINÉTICA, INMUNOGENICIDAD Y EFICACIA DEL BIOSIMILAR INFLECTRA® EN LA PRÁCTICA HABITUAL

Campos Fernández C¹, Rueda Cid A¹, Ortiz Salvador JM², Pastor Cubillo MD¹, Lerma Garrido JJ¹, De la Morena Barrio I¹, Calvo Catalá J¹

¹Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo y ²Servicio de Dermatología. Hospital General Universitario de Valencia

Objetivos: Determinar la eficacia e inmunogenicidad de Inflectra®, biosimilar de infliximab de reciente aparición, en la práctica habitual.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo multidisciplinario, de 26 pacientes tratados con Inflectra®, en el Hospital General Universitario de Valencia para las indicaciones de los servicios de Reumatología, enfermedades digestivas y dermatología durante el año 2016.

Recogimos las características clínicas y epidemiológicas al inicio del tratamiento, realizando en todos los casos niveles del fármaco y anticuerpos neutralizantes a la semana 16. Definimos la eficacia del tratamiento como completa, casi completa, parcial o no respuesta.

Se consideraron niveles terapéuticos entre 0,1 y 8 microgramos/dl. Consideramos que se desarrollaba inmunogenicidad con anticuerpos anti-infliximab superiores a 200 UI y niveles del fármaco inferiores a 0,1 mcg/dl.

Se comparó la edad, peso, dosis, niveles del fármaco y niveles de Ac mediante la prueba

de U de Mann-Whitney para muestras independientes.

Resultados: Durante 2016 se trataron 26 pacientes en los tres Servicios: enfermedad inflamatoria intestinal (12 pacientes), psoriasis con o sin manifestaciones articulares (6 pacientes), hidrosadenitis (5 pacientes), artritis reumatoide (1 paciente) y espondiloartritis (2 pacientes).

En todos los casos, se administraron 5mg/Kg de peso.

Para cada indicación, la eficacia fue parcial o completa en un 83,3% de pacientes digestivos, 66,6% en psoriasis, 80% en hidrosadenitis y 75% en pacientes reumatológicos. Se compararon pacientes, detectando en los pacientes con hidrosadenitis valores significativamente superiores de peso, dosis de fármaco y anticuerpos neutralizantes, así como niveles significativamente inferiores de fármaco en sangre.

La mayoría de pacientes presentaron niveles de fármaco adecuados y con respuestas similares al fármaco de referencia.

En dos pacientes (hidrosadenitis y artritis reumatoide), se produjeron Ac neutralizantes con niveles infraterapéuticos. El paciente dermatológico, no empeoró, lo que podría explicarse por no existir brote de la enfermedad en ese tiempo. El paciente con artritis reumatoide, no respondió al tratamiento.

Los pacientes con psoriasis y con hidrosadenitis, eran más obesos, precisando dosis mayores del fármaco, presentando menores niveles del mismo y mayores de Ac. Quizá los pacientes dermatológicos presentan diferencias respecto al tratamiento.

Conclusiones: El biosimilar Inflectra®, es seguro y eficaz en el tratamiento de los pacientes en que está indicado su uso.

37. ACTIVIDAD CLÍNICA, SINOVITIS ECOGRÁFICA Y NIVELES DE FÁRMACO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE RECIBEN ANTI-TNFα CON PAUTA DE ADMINISTRACIÓN ALARGADA

Senabre Gallego JM¹, Rosas J¹, Marco M², Naranjo A³, Llinares Tello F³, Pons A⁴, Barber X⁵, Santos Soler G¹, Salas E¹, Cano C⁴, Lorente M⁴, García Gómez JA⁵, Molina J⁶, y el grupo AIRE-MB

¹S. Reumatología Hospital Marina Baixa. Villajoyosa (Alicante). ²S. Laboratorio. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa (Alicante). ³S. Reumatología. Hospital Dr. Negrín. Las Palmas. ⁴Enfermería de Reumatología. Hospital Marina Baixa, Villajoyosa (Alicante). ⁵CIOUniversidad Miguel Hernández. Elche (Alicante)

Objetivos: Evaluar la actividad clínica, sinovitis ecográfica y niveles de fármaco en pacientes con artritis reumatoide (AR) que reciben antiTNFα con pauta de administración alargada (PAA).

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo (12 meses). Población: Pacientes diagnosticados de AR, en remisión clínica, que reciben adalimumab (ADL) o etanercept (ETN) con PAA. La actividad clínica se evaluó a través de los índices DAS28VSG, DAS28PCR, CDAI y SDAI. Se realizó ecografía de 12 articulaciones (codos, muñecas, 1ª y 2ª metacarpofalángicas, rodillas y tobillos) en escala de grises (SG) y color Doppler (CD). Se calculó un índice SG y CD, sumando el mayor valor de cada articulación hasta un máximo de 36 puntos. Se consideró índice positivo >1 punto. El ecografista desconocía los datos clínicos y de laboratorio. Los niveles de fármaco se analizaron utilizando kits Promonitor® ELISA (Progenika Biopharma Grifols, España).

Resultados: Se incluyeron un total de 39 pacientes (febrero-2011/diciembre-2016). Un paciente se excluyó debido a violación del ciego y 2 pacientes no redujeron antiTNFα debido a bajos niveles de fármaco. 31 pacientes fueron mujeres (81,58%) y la edad media fue de 61 años (3981). 33 pacientes fueron FR positivo (86%) y 29 ACPA positivo (74%). 22 pacientes recibían ADL y 16 ETN. 32 pacientes (82%) recibían FAME (18 metotrexato (46%), 11 leflunomida (28%), 2 hidroxycloquina (5%) y 1 sulfasalacina (2%) y 7 corticoides (18%). El tiempo medio de evolución de la AR fue de 14,95 años (2,15- 52,31) y el tiempo medio con el biológico actual fue de 4,21 años (1,39-11,07). Las pautas de administración de ADL fueron: 18 días (9 pac/ 23%), 21 días (8 pac/ 20%) y 28 días (4 pac/

10%); y de ETN: 10 días (9 pac/ 23%) y 14 días (3 pac/ 8%). Nueve pacientes (24%) volvieron a la pauta habitual debido a empeoramiento de la artritis y uno interrumpió el tratamiento debido a artritis séptica. Todos ellos volvieron a entrar en remisión y no desarrollaron anticuerpos. Los índices de actividad clínica, los índices ecográficos y los niveles de fármaco se resumen en la tabla.

Actividad clínica, índices ecográficos y niveles de fármaco			
	Visita basal	6 meses	12 meses
N	32	31	20
DAS28-VSG	2,0 (0,91)	1,83 (0,83)	1,61 (0,70)
DAS28-PCR	1,71 (0,51)	1,78 (0,52)	1,62 (0,48)
SDAI	4,25 (2,55)	4,27 (3,04)	3,64 (3,13)
CDAI	3,82 (2,48)	3,61 (2,33)	2,76 (1,3)
Índice SG	3,57 (4,57)	3,29 (3,81)	4,7 (4,32)
Índice CD	0,78 (0,80)	1,19 (1,7)	1,15 (1,42)
Índice SG (%)	73,91	77,42	90,00
Índice CD (%)	56,52	45,16	50,00
ETN	4,61 (2,74)	3,59 (2,9)	3,03 (0,84)
ADL	12,05 (6,88)	8,49 (5,01)	6,49 (2,78)*

*P<0,05

Conclusiones: 1. Los niveles de fármaco disminuyeron al aumentar el intervalo de administración, sin embargo, la mayoría de los pacientes (76%) permaneció en remisión clínica. 2. Algunos pacientes (24%) volvieron a la pauta de administración estándar debido a empeoramiento clínico o ecográfico. 3. Algunos pacientes mostraron sinovitis en GS (90%) o CD (50%), sin embargo, no se relacionó con empeoramiento en el seguimiento. 4. La monitorización ecográfica y los niveles de fármaco son útiles para mantener la remisión clínica en pacientes que reciben antiTNFα con pauta de administración alargada.

Agradecimientos: Este estudio ha recibido una beca de investigación de la Fundación Española de Reumatología y de la Asociación para la Investigación en Reumatología de la Marina Baixa (AIREMB).

38. ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS E INMUNOSUPRESORES DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS CRÓNICAS

Vela P^{1,2}, López-Nieto J², Diéguez J², Caño R¹

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

Introducción: La adherencia es el grado de cumplimiento que realiza el paciente con la toma de su medicación. Se conocen diversos factores responsables, como el nivel económico y social, nivel de estudios, tipo de enfermedad y tipo de fármacos. El incumplimiento terapéutico es notable en HTA, diabetes mellitus y algunas enfermedades reumáticas como osteoporosis o gota. En la actualidad la investigación acerca de la adherencia en enfermedades reumáticas tratadas con fármacos biológicos e inmunosupresores es escasa.

Objetivo: Evaluar la adherencia al tratamiento con fármacos biológicos e inmunosupresores en pacientes con enfermedades reumáticas crónicas. Secundarios: valorar la relación entre la adherencia y el tipo de enfermedad, los fármacos recibidos, y el nivel de estudios del paciente.

Métodos: Estudio transversal. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, con diagnóstico de artritis reumatoide (AR), espondiloartropatías (EA), artritis psoriasica (APs), y conectivopatías, en tratamiento con fármacos biológicos y/o inmunosupresores en el momento del estudio. Se encuestó a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión en el momento en que acudían a consultas externas de Reumatología del HGU. Se registró: sexo, edad, diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad, fármaco biológico o inmunosupresor en el momento del estudio, duración del tratamiento y nivel de estudios. Para evaluar

la adherencia se utilizaron los test de Morisky Green y Batalla. Análisis estadístico: descriptivo sobre las características de los pacientes y de sus tratamientos (frecuencias y porcentajes para las variables categóricas y estadísticos descriptivos para las variables continuas). Las variables continuas se expresan como medida de tendencia central (media y/o mediana) y medida de dispersión (desviación típica y rango, según si la distribución era normal o no). Las variables de tipo cualitativo se expresan como porcentaje. Para la relación entre variables cualitativas se ha empleado el test Chi cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 121 pacientes, 87 mujeres (71,9%), 34 varones (28,1%), edad media 59,7±15 años (rango 2084); el tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 12,9±10,38 años (rango <155); duración media del tratamiento de 65,67±55,09 meses (rango: 1264 meses). Un 63,6% de los pacientes estaban diagnosticados de AR, 13,2% de EA, 9,1% de APs y el 14% restante eran conectivopatías. El 10,9% de los pacientes (n=13) no tenía estudios, posee estudios primarios el 31,9% (n=38), título de bachiller el 17,6% (n=21), el 12,6% (n=15) posee título de grado medio y el 26,9% (n=32) posee estudios universitarios. Un 59,5% estaba en tratamiento con fármaco biológico y un 40,5% con inmunosupresores no biológicos. Según el test de Morisky Green, el 71,9% de los pacientes son cumplidores. Respecto al test de Batalla o test de conocimiento del paciente sobre la enfermedad; el 74,4% de los pacientes se consideran cumplidores. En el estudio de correlación entre variables, solo se encontró correlación entre el nivel de estudios y el test de Batalla.

Conclusiones: Los pacientes con enfermedades reumáticas crónicas tratados con fármacos biológicos e inmunosupresores presentan un elevado grado de adherencia. El nivel de estudios muestra correlación con el grado de conocimiento de la enfermedad, siendo inferior en aquellos con menor nivel de estudios.

39. PERCEPCIÓN POR PARTE DE LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN TRATAMIENTO BIOLÓGICO E INMUNOSUPRESOR, DE LA APLICACIÓN DE LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN DE RIESGOS

Vela P^{1,2}, Diéguez J, López-Nieto J, Caño R¹

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

Introducción: El uso de las terapias biológicas e inmunosupresoras ha supuesto un gran avance en el tratamiento de las enfermedades inflamatorias crónicas articulares y autoinmunes sistémicas, sin embargo dichos tratamientos no están exentos de riesgos; viéndose aumentado, especialmente, el riesgo de padecer una infección.

Objetivo: Evaluar la percepción de los pacientes sobre la aplicación de medidas para garantizar su seguridad con el fin de evitar los riesgos asociados a las terapias inmunosupresoras y biológicas. Secundarios: valorar si existe relación entre la percepción de seguridad y el tipo de enfermedad, los fármacos administrados y el nivel de estudios del paciente.

Métodos: Estudio transversal. Criterios de inclusión: mayores de 18 años, con diagnóstico de artritis reumatoide (AR), espondiloartropatías (EA), artritis psoriásica (APs), y conectivopatías (Lupus, Síndrome de Sjögren, Vasculitis sistémicas u otras enfermedades autoinmunes sistémicas), en tratamiento con fármacos biológicos y/o inmunosupresores en el momento del estudio. Se encuestó a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión en el momento en que acudían a consultas externas de Reumatología del HGUA, y que firmaran el consentimiento informado. Se registró: sexo, edad, diagnóstico, tiempo de evolución de la enfermedad, fármaco biológico o inmunosupresor en el momento del estudio, duración del tratamiento

y nivel de estudios. Para evaluar seguridad autopercebida se elaboró un cuestionario (Tabla), dado que no existe ninguno publicado y validado.

Resultados: Se incluyeron 120 sujetos, 86 mujeres (71,7%), 34 hombres (28,3%), edad media 59,68±15,06 años, tiempo medio de evolución de la enfermedad de 12,95±10,42 años (rango: <1 55 años) y duración media del tratamiento de 65,76±55,31 meses (rango: 1 263 meses). El 63,3% diagnosticados de AR, 13,35% de EA, 9,2% de APs y el 14,2% restante conectivopatías. Un 59,5% recibía tratamiento con fármaco biológico y un 40,8% con inmunosupresores. Seguridad autopercebida: el 69,2% considera haber sido informado adecuadamente acerca de los posibles efectos adversos y riesgos antes de iniciar el tratamiento, sin diferencias significativas entre tipo de fármaco, ni entre enfermedades. Un 93,3% afirmó que se le realizaron pruebas para garantizar su seguridad, pero solo el 42,5% refirió haber sido derivado a Medicina Preventiva o vacunado, con diferencia significativa entre tipos de fármacos (se derivó o vacunó al 54,9% de los pacientes con biológico frente al 24,5% de los tratados con inmunosupresores, p=0,003). Un 89,2% se siente seguro con el tratamiento y un 95,8% se siente seguro frente a los posibles efectos adversos gracias al contacto y la vigilancia de su médico. El 87,5% considera que el beneficio del tratamiento es mayor que el riesgo. Un 74,2% cree que el tratamiento puede alterar sus defensas, pero solo un 30,8% considera haber enfermado en más ocasiones en el tiempo que lleva con el tratamiento. No hubo ninguna correlación significativa entre el nivel de estudios y las respuestas al test de seguridad.

Conclusiones: Los pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas y autoinmunes sistémicas en tratamiento inmunosupresor del HGUA perciben una adecuada aplicación de las medidas de seguridad para evitar los riesgos asociados. Sin embargo, la derivación a Medicina Preventiva y/o vacunación, es inferior a lo deseado.

Cuestionario de seguridad autopercebida

Para cada pregunta, rodee con un círculo la respuesta de la derecha que considere más acorde con su opinión

1. ¿Antes de iniciar el tratamiento, considera que se le informó adecuadamente acerca de los posibles efectos adversos y riesgos?	Si	No	No recuerdo	Prefiero no contestar
2. ¿Antes de iniciar el tratamiento, se le realizaron pruebas para garantizar su seguridad? (radiografía de tórax, análisis)	Si	No	No recuerdo	Prefiero no contestar
3. ¿Antes de iniciar el tratamiento se le derivó al servicio de Medicina Preventiva, o se le administraron vacunas?	Si	No	No recuerdo	Prefiero no contestar
4. ¿Cree que el tratamiento puede alterar sus defensas?	Si	No		Prefiero no contestar
5. ¿Considera haberse puesto, en más ocasiones, enfermo, en el tiempo que lleva con el tratamiento?	Si	No	No recuerdo	Prefiero no contestar
6. ¿Cree que el beneficio es mayor que el riesgo?	Si	No		Prefiero no contestar
7. ¿El contacto y la vigilancia del médico le hacen sentirse seguro frente a los posibles efectos adversos?	SI	NO		Prefiero no contestar
8. En general, ¿se siente seguro con el tratamiento?	Si	No		Prefiero no contestar

40. PREVALENCIA DE INFECCIÓN Y REACTIVACIÓN POR HEPATITIS B Y C EN PACIENTES EN TERAPIAS BIOLÓGICAS

Soler Bas B^{1,2}, Ivorra Cortés J^{1,2}, Grau García E¹, Vicens Bernabeu E¹, Labrador Sánchez E¹, Arévalo Ruales K¹, Frago Gil JJ¹, González Mazario R¹, Alcañiz Escandell C¹, Cánovas Olmos I¹, Chalmeta Verdejo I¹, Fedec Olmos C¹, González Puig L¹, Martínez Cordellat I¹, Nájera Herranz C¹, Negueroles Albuixech R¹, Oller Rodríguez JE¹, Ortiz-Sanjuán FM¹, Fornér Ferrer V³, Román Ivorra JA^{1,2}

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

Objetivos: Análisis de la prevalencia de VHB y VHC en pacientes con enfermedad reumática al inicio de las terapias biológicas e identificación de casos de reactivación.

Material y métodos: Análisis observacional retrospectivo de los tratamientos biológicos administrados a pacientes con enfermedad reumática del Servicio de Reumatología del HUP La Fe durante el periodo 2000-2015 que disponían de una serología VHB y/o VHC al inicio del tratamiento. Se ha recogido datos demográficos y diagnóstico del paciente, los meses de tratamiento y los resultados de las

serologías realizadas al inicio y en el seguimiento del tratamiento, y los casos de reactivación de hepatitis.

Resultados: Se han seleccionado 388 pacientes (62,4% mujeres) con una edad media al diagnóstico de 38,96±14,36 años. El 49,5% de los pacientes estaba diagnosticado de artritis reumatoide (AR), el 25,3% de espondilitis anquilosante (EA), el 18,6% de artritis psoriásica (APSO) y el 6,7% otros diagnósticos. El tiempo medio de tratamiento con terapia biológica de los pacientes es de 200±118 meses (3-464 meses), y el tiempo medio entre ambas serologías es de 172±102 meses (18-460 meses). Se observa una incidencia del 10% de los casos con infección por VHB (39 pacientes). El patrón serológico fue de 8 casos con VHB Ac-core (+)/Ac-superficie (-)/Ag-superficie (-) y 31 casos con VHB Ac-core (+)/Ac-superficie (+)/Ag-superficie (-). La incidencia de VHC al inicio de tratamiento fue del 1,1% (4 pacientes). Se ha detectado un caso de reactivación (12,5%) entre los 8 pacientes con VHB Ac-core (+)/Ac-superficie (-)/Ag-superficie (-). La paciente llevaba infliximab y metotrexate, observándose la reactivación tras 12 años de tratamiento. No se han detectado reactivaciones del VHC.

Conclusiones: En nuestra serie de pacientes la incidencia de VHB y VHC ha sido del 10% y 1,1% respectivamente. En uno de los 8 pacientes con VHB Ac-core (+)/Ac-superficie (-)/Ag-superficie (-), se ha detectado una reactivación.

Resúmenes OSTEOPOROSIS

41. ANÁLISIS DEL METABOLISMO ÓSEO Y FACTORES DE RIESGO OSTEOPORÓTICO EN LESIONADOS MEDULARES A LOS 12 MESES DE SEGUIMIENTO

Martínez Cordellat I¹, Torralba Collados F², Grao Castellote C³, Grau García E¹, Fornés Ferrer V³, Labrador Sánchez E¹, Arévalo Ruales K¹, Frago Gil J¹, González Mazarío R¹, Alcañiz Escandell C¹, Chalmeta Verdejo I¹, Fedec Olmos C¹, González Puig L¹, Ivorra Cortés J¹, Neguerols Albuixech R¹, Oller Rodríguez JE¹, Ortiz Sanjuan FM¹, Vicens Bernabeu E¹, Nájera Herranz C¹, Cánovas Olmos I¹, Román Ivorra JA¹

¹Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. ²Unidad de Lesionados Medulares. HUP La Fe. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Valencia

Introducción: La lesión medular asociada a la inmovilización produce un descenso en masa ósea e incremento del riesgo de fractura. La pérdida ósea es mayor a los 6 meses tras la lesión medular, estabilizándose a los 12-16 meses siguientes. La incidencia de fracturas es de 1,5 a un 6%.

Objetivos: Evaluar el metabolismo óseo en pacientes con lesión medular, estudiar las características demográficas de la población y valorar el riesgo de fracturas.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes con lesión medular de la Unidad de Lesionados Medulares del HUP La Fe. Se han realizado densitometrías, radiografías y analíticas según protocolo. El análisis de los datos se realiza mediante software R versión 3.2.3 con modelos de regresión lineal mixta.

Resultados: Se han estudiado 40 pacientes, 54% hombres y el 46% mujeres, con una edad media de 59,5 años (57,3-63,5). El estudio basal se ha realizado en el 100% de los pacientes (n=40), en el 65% de pacientes en el mes 6 (n=26), en el 30% en el mes 12 (n=12), y en el 22,5% en el mes 18 (n=9).

Un 32,4% de los pacientes recibió suplementación con calcio y vitamina D en el mes 0, un 66,7% en el mes 6 y el 100% en el mes 12.

En el mes 6, un 11,1% recibía antirresortivos.

Los valores analíticos y densitométricos se muestran en la tabla.

Parámetro	Mes 0	Mes 6	Mes 12
	Media (SD)	Media (SD)	Media (SD)
Ca (mg/dl)	9,04 (0,47)	9,57 (0,36)***	9,39 (0,34)***
P (mg/dl)	3,83 (0,62)	3,42 (0,45)***	3,4 (19,94)***
VIT D(UI)	16,82 (10,46)	37,27 (15,52)***	39,33 (19,94)***
PTH (ng/L)	34,08 (21,74)	36,16 (19,46)	32,3 (12,6)
P1NP	76,1 (79,18)	64,27 (28,11)	65,87 (25,76)
BCTX	0,94 (0,46)	0,62 (0,87)**	0,34 (0,21)***
Tscore CL	-0,24 (1,58)	-0,25 (1,11)	-0,3 (1,27)
Tscore CF	-0,73 (1,34)	-1,35 (1,03)**	-1,26 (1,25)**
Tscore CT	-0,74 (1,25)	-1,56 (1,29)***	-1,52 (1,4)***

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Se observa un ascenso en los valores de vitamina D en la población (16,82 en mes 0 hasta 39,33 en mes 12), justificado por la suplementación, además ascienden los valores de Calcio y descienden los de fósforo.

Se evidencia un descenso en PTH en mes 12 (32,3) respecto al mes 0 (34,08) así como un descenso en bctx, probablemente relacionados con el aumento de vitamina D.

A pesar de una disminución en los parámetros densitométricos en columna, cadera y cuello femoral en mes 6, se observa una discreta recuperación en DMO en el mes 12. No se presentaron fracturas óseas en ningún paciente.

Conclusiones: Un elevado porcentaje de nuestros pacientes presenta déficit de vitamina D. Los niveles más bajos se asocian a casos donde la limitación de la movilidad es mayor. A medida que los pacientes aumentan los valores de vitamina D existe una disminución en los parámetros bctx y PTH. No se detectaron fracturas durante el seguimiento.

42. UNIDAD DE COORDINACIÓN DE FRACTURAS (FLS) LOCAL: CARACTERÍSTICAS Y EVOLUCIÓN A 6 MESES DE LOS PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA DE BAJO IMPACTO: DATOS PRELIMINARES

Rosas J¹, Cano C², Lorente M³, Pons A⁴, Salas E¹, LLinares T³, Hernández M⁴, Senabre-Gallego JM¹, Marco-Mingot M⁵, Alvarado JD⁴, Santos-Soler G¹, Arcos H⁴, García A⁴, Hernández JI⁴, Jiménez JJ⁴, Barber X⁶, López C⁴, López MD⁴, Molinos AM⁴, Statti B⁴, Sanchis M⁶ y el grupo FLS-HMB y AIRE-MB

¹S. Reumatología, ²Enfermería de Reumatología, ³S. Traumatología, ⁴S. Radiología y ⁵S. Laboratorio. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa (Alicante). ⁶CIO-Universidad Miguel Hernández. Elche (Alicante)

Objetivos: Conocer las características de los pacientes que han sufrido fractura de cadera y su evolución durante los 6 primeros meses postfractura.

Métodos: Estudio observacional prospectivo, de 6 meses de seguimiento, realizado en >60 años, ingresados en nuestro centro por fractura de cadera de bajo impacto, desde 1/enero a 30/junio de 2016, evaluados en una unidad de coordinación fractura, en reumatología.

A los 34 meses del alta hospitalaria, se evalúan y se recogen en una misma visita: datos epidemiológicos (edad, sexo), de su ingreso (días de ingreso; tratamiento previo y al alta de fármacos para osteoporosis/OP; analítica general y nivel de 25OHvitamina D), antecedentes de OP, enfermedades o fármacos osteopenizantes, densitometría ósea (DMO) de columna lumbar y cadera, radiología lateral de columna dorsal y lumbar y finalmente se decidía el tratamiento. Además se revisó la historia electrónica previa y posterior a los 6 meses de la fractura.

Resultados: De los 152 pacientes >60 años, que ingresaron en 2016 por fractura de cadera de bajo impacto, 77 (51%), ingresaron en los primeros 6 meses del año. Sin embargo, no se pudieron analizar los datos de radiología o DMO de 30 (39%) pacientes, 16 (21%) de ellos por fallecimiento y en 14 (18%) por pérdida del seguimiento.

El 56% eran mujeres, con edad media de 80±9,62 años (mediana: 80,5 años; rango: 61-100 años), con un índice de masa corporal medio de 26,02±6,2. La edad media de menopausia era de 49±5 años.

El 1% de los pacientes, seguía tratamiento con corticoides al ingreso y en el 2% de los pacientes, se constató una enfermedad osteopenizante (EPOC). El tiempo medio de ingreso fue de 7,57±2,51 días. En el 3% de los pacientes, había constancia en la historia previa a la fractura de estar diagnosticados de osteoporosis y recibir tratamiento específico, que continuaron al alta.

En la analítica del ingreso, el nivel medio de calcio, fósforo y fosfatasa alcalina era normal. Sin embargo, el nivel medio de 25OHvitamina D fue 13,55±8,63 ng/ml (mediana: 12 ng/ml; rango: <4 a 29 ng/ml). En 11 de los 27 (41%) pacientes, en los que se dispone de radiología, se demostró la presencia de fractura vertebral.

El índice de T medio de la DMO fue, en columna lumbar 1.8±1.65 DE (en el 32% de los pacientes, el resultado era normal, en 36% osteopenia y en 32% osteoporosis); en cuello femoral: 2,59±0,77 DE (en el 27% de pacientes el resultado era de osteopenia y en el 77% de osteoporosis) y en cadera total: 2,56±0,86 DE (en el 56% de pacientes el

resultado era de osteopenia y en el 44% de osteoporosis) y en Ward de 3.2 DE. El 100% de los pacientes evaluados en reumatología, inició tratamiento específico para la osteoporosis: zoledronato: 40%, alendronato: 20%, denosumab: 25%, PTH: 15%.

Conclusiones: En los pacientes con fractura de cadera: 1) La mortalidad es elevada (21%), en los primeros 6 meses del periodo postfractura. 2) La prevalencia de fractura vertebral es del 40%. 3) Se acompaña de niveles muy bajos en sangre de vitamina D. 4) En un porcentaje elevado el resultado de la DMO es normal o de osteopenia. 5) Un mínimo número de pacientes recibe tratamiento específico para osteoporosis, tras la fractura. 6) La evaluación en una unidad de coordinación fracturas (FLS), asegura la evaluación y tratamiento de los pacientes.

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

43. OSTEOPOROSIS Y CÁNCER DE MAMA: RESULTADOS EN UNA CONSULTA ESPECIALIZADA SIGUIENDO UNA EVALUACIÓN ESTRUCTURADA

López-Salguero S¹, Ordoñez JC¹, Ranieri L¹, Andrés M^{1,3}, Ponce J², Ibero I¹

¹Sección de Reumatología y ²Servicio de Oncología Médica. Hospital General Universitario de Alicante. ³Departamento de Medicina Clínica. Universidad Miguel Hernández Alicante

Introducción y objetivos: Las mujeres con cáncer de mama (CM) se encuentran en riesgo de desarrollar pérdida de masa ósea y osteoporosis (OP), sobre todo por las terapias adyuvantes. Los inhibidores de la aromatasa (IA) suprimen totalmente la síntesis de estrógenos, exacerbando la resorción ósea y conduciendo a un riesgo de fractura mayor. Por tanto, en estos casos se recomienda una vigilancia estrecha del metabolismo mineral óseo, y es aquí donde una consulta especializada puede resultar de gran utilidad.

El propósito de este estudio es analizar el estado de salud ósea y las características clínicas de las mujeres con CM que son remitidas por Oncología a una consulta especializada, y los resultados durante el seguimiento.

Métodos: Revisión retrospectiva de pacientes con CM de diagnóstico reciente y baja densidad mineral ósea (DMO) remitidas a las consultas de OP para evaluación de acuerdo con Oncología.

Se presenta un análisis descriptivo de datos epidemiológicos, clínicos, de laboratorio, imagen y densitometría ósea, tanto en la visita basal como en la última visita. Asimismo se han calculado los intervalos de confianza al 95% (IC95%) para la frecuencia de fracturas por fragilidad (FF) en la primera visita y durante el seguimiento, considerando como segunda visita la realizada al menos seis meses tras la inicial.

Resultados: Un total de 156 mujeres han sido evaluadas hasta enero de 2017. La edad media era de 60,7 años (DE±10,6), siendo un 89% de ellas postmenopáusicas. Predominó el cáncer de mama no metastásico (117; 75%), y 110 mujeres (70%) fueron tratadas con IA (14 anastrozol, 89 letrozol y 7 exemestano). En la visita basal, 37 pacientes (24,2%, IC95% 20-37) tenían FF (19 vertebral, 13 no vertebral, 2 cadera, 3 fracturas múltiples). La DMO se encontraba en rango osteoporótico (mediana T-score -2,6 p25/75 -2,2, -3,2) en columna lumbar, y osteopé-nico en cadera total (mediana T-score -1,9 p25/75 -1,1, -2,3) y cuello femoral (mediana T-score -2,3 p25/75 -1,5, -2,7). 36 pacientes (23%) eran fumadoras activas, y 17 (11%) eran exfumadoras. En cuanto al tratamiento antiosteoporótico, en 110 casos (70,5%) se prescribió bifosfonatos, denosumab en 24 pacientes (15,3%), y raloxifeno en 2 casos (1,2%). Al resto (12,8%) solamente se recomendó suplementos de calcio y vitamina D. Disponemos de datos de seguimiento de un total de 107 pacientes (69%), con una mediana de 2,13 años (p25-75 1,23-3,18), periodo durante el cual han presentado nueva FF 13 pacientes (12,1% IC95% 6-19), siendo vertebral en 8 de ellos, no vertebral en 4, y múltiple en un caso. No se han detectado nuevas FF en cadera.

Conclusión: Se presentan los resultados de un seguimiento estructurado en pacientes con CM y baja DMO. A pesar de ello, un 12% sufrió una nueva FF en el seguimiento, destacando las características singulares de esta forma de OP secundaria.

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

Labrador Sánchez E¹, Grau García E¹, Arévalo Ruales K¹, Frago Gil J¹, González Mazario R¹, Alcañiz Escandell C¹, Cánovas Olmos I¹, Chalmeta Verdejo I¹, Feced Olmos C¹, González Puig L¹, Ivorra Cortés J^{1,2}, Martínez Cordellat I¹, Nájera Herranz C¹, Neguerolles Albuixech R¹, Oller Rodríguez JE¹, Ortiz Sanjuán FM¹, Vicens Bernabeu E¹, Villota Bello A², Fornés Ferrer V³, Hervás Marín D³, Moya Herraiz A⁴, Román Ivorra JA^{1,2}

¹Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. ²Facultad de Medicina. UCV. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia. ⁴Servicio 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 para disminuir el riesgo osteoporótico, en pacientes sometidos a trasplante hepático (TXHO).

Material y métodos: Se han recogido pacientes incluidos en el Protocolo de Evaluación de Riesgo Osteoporótico en TXHO. Los pacientes fueron evaluados a los 3-6 meses antes de la cirugía, tras el TXHO (mes 0) y a los 6-12-18-24 meses postcirugía. Se han recogido datos de biomarcadores de metabolismo óseo, densidad mineral ósea y tratamiento antiosteoporótico. El análisis bioestadístico se realizó con el software R versión 3.3.2.

Resultados: Se han seleccionado 163 pacientes con TXHO de los cuales en 86 casos se ha completado el seguimiento a 24 meses. Del total, el 77,8% son hombres, con una edad media al trasplante de 54,59, 4 años. En el 92,6% de los casos se suplementó con vitamina D tras la intervención y durante el seguimiento posterior; el 19,6% recibió asimismo, tratamiento antiresortivo.

A los dos años de seguimiento se observa una normalización de los valores de 25-OH vitamina D, PTH, β CTX y P1NP. El t-score desciende ligeramente durante los primeros 12 meses, incrementándose posteriormente a los 24 meses, lo cual es más acusado a nivel lumbar (t-score -1,481,34 tras la intervención y -1,281,06 a los 24 meses de seguimiento).

El análisis estadístico muestra que la mayor recuperación del t-score de la zona lumbar y cadera total se asocia con la administración de tratamiento antiresortivo ($P<0,001$ y $P<0,001$) y con la normalización de los valores de P1NP ($P=0,003$ y $P=0,012$). La obesidad ($P=0,0004$) y tanto la normalización de los niveles de β CTX ($P=0,029$) como de 25-OH vitamina D ($P=0,024$), se asocian a mejores parámetros densitométricos en cadera total. Por otro lado, en los pacientes evaluados previamente al TXHO se observan valores de t-score más altos que en los casos evaluados tras la cirugía ($P=0,007$).

Conclusión: Observamos una normalización de los biomarcadores del metabolismo óseo y de los valores densitométricos en los pacientes con TXHO a los dos años de seguimiento. Resulta determinante tanto establecer una visita y evaluación previa al trasplante, como la administración de antiresortivos en determinados pacientes.

45. DENSIDAD MINERAL ÓSEA Y NIVELES DE VITAMINA D EN PACIENTES CON PANCREATITIS CRÓNICA

Martínez-Ferrer A, López Serrano A, Vergara Dangond C, Aguilar Zamora M, Valls Pascual E, Ybáñez García D, Alegre Sancho JJ

Sección de Reumatología. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

Introducción: La presencia de osteoporosis está bien establecida en otras patologías gastrointestinales, como la cirrosis biliar primaria, la enfermedad celíaca, la enfermedad inflamatoria intestinal y la gastrectomía, sin embargo los datos en pacientes con Pancreatitis Crónica (PC) son escasos.

Objetivos: Conocer la relación entre la función exocrina pancreática, los niveles de vitamina D y la densidad mineral ósea (DMO) en pacientes con PC de nuestro medio.

Material y métodos: Estudio transversal en pacientes con PC. Se determinaron la densidad mineral ósea (DMO) lumbar y femoral, así como los parámetros del metabolismo fosfocálcico (Ca/P, PTH, 25OHD). Además, se evaluó la función pancreática exocrina mediante pruebas no invasivas: elastasa pancreática fecal-1

(EF-1) y test del aliento mediante 13C-Triglicéridos Mixtos (Pancreo-kit®).

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes 28 varones y 6 mujeres con una edad media de 58±7,5 años; a los 29 (12-63) meses del diagnóstico de la PC, en su mayoría de etiología alcohólica (88%). Un 23,5% refería antecedente de fractura por fragilidad. El IMC fue <18,5 kg/m² en el 15% de los pacientes. El 80% de los pacientes mostró niveles bajos de vitamina D (<30 ng/ml) y hasta un 68% mostró insuficiencia (<20 ng/ml). La mitad de los pacientes mostraron insuficiencia pancreática exocrina: el 50% presentaron niveles de EF-1 <200 mcg/g y hasta en un 47% el Pancreokit® fue patológico. La mayoría de pacientes (86%) tenía una baja masa ósea (el 65% osteopenia y el 21% osteoporosis). Se observó una correlación significativa entre la función pancreática, estudiada a través del Pancreo-kit® y los niveles de vitamina D ($p=0,002$), la EF-1 ($p=0,003$), el IMC ($p=0,013$) y la DMO lumbar ($p=0,021$). También observamos una asociación significativa entre el IMC y la DMO lumbar y femoral ($p<0,05$).

Conclusiones: Los pacientes con PC presentan frecuentemente déficit de vitamina D y una baja masa ósea, lo que indica la necesidad de adoptar medidas preventivas en el abordaje terapéutico de estos pacientes.

46. OSTEOPOROSIS Y CÁNCER DE MAMA: ANÁLISIS DE FACTORES DE RIESGO DE APARICIÓN DE NUEVAS FRACTURAS POR FRAGILIDAD

López-Salguero S¹, Ordoñez JC¹, Ranieri L¹, Andrés M^{1,3}, Ponce J², Ibero I¹

¹Sección de Reumatología y ²Servicio de Oncología. Hospital Gral. Universitario de Alicante. ³Departamento de Medicina. Universidad Miguel Hernández Alicante

Introducción y objetivos: Las mujeres con cáncer de mama (CM) se encuentran en riesgo de desarrollar pérdida de masa ósea y osteoporosis (OP), sobre todo por las terapias adyuvantes, como los inhibidores de la aromataza (IA). Sería por tanto de especial interés en este grupo de pacientes, conocer los factores que pueden predisponer a presentar fracturas por fragilidad (FF) durante su seguimiento y así optimizar vigilancia y tratamiento. El propósito de este estudio es analizar los factores de riesgo en la visita basal que pueden predecir aparición de nuevas FF.

Métodos: Revisión retrospectiva de pacientes con CM de diagnóstico reciente y baja densidad mineral ósea (DMO) remitidas a las consultas de OP para evaluación de acuerdo con Oncología. De las pacientes remitidas, hemos seleccionado aquellas de las que disponemos datos de seguimiento (definido como segunda visita al menos seis meses tras la visita basal). Como variables explicativas se ha tomado los factores de riesgo recogidos por la herramienta FRAX para predecir FF. Se ha utilizado análisis estadístico con t-student para comparación de medias en las variables cuantitativas, y chi cuadrado o test de Fischer para comparación de frecuencias en las variables cualitativas según el desarrollo o no de nueva fractura en el seguimiento.

Resultados: De las 107 pacientes en seguimiento, se objetivaron FF en 13 de ellas (12,1% IC95% 6-19); de las cuales 8 eran vertebrales, 4 no vertebrales, y una fractura múltiple. No se objetivó ninguna nueva FF de cadera. La edad media era de 62,07 años (DE±10,35), siendo un 89% de ellas postmenopáusicas. 73 (68,2%) fueron tratadas con IA (10 anastrozol, 59 letrozol y 4 exemestano). En la visita basal, 29 pacientes (27,1%) tenían FF (15 vertebral, 10 no vertebral, 2 cadera, 2 fracturas múltiples). La DMO se encontraba en rango osteoporótico (T-score -2,6

p25/75 -2,3 /-3,3) en columna lumbar, y osteopélico en cuello femoral y cadera total. En cuanto al tratamiento antiosteoporótico, en 74 casos (69,1%) se prescribió bifosfonatos, denosumab en 19 (17,7%), y raloxifeno en 2 (1,8%). Al resto (11,2%) solamente se recomendó suplementos de calcio y vitamina D.

Tras comparar las diferentes variables entre las pacientes que presentaron nueva FF y las que no, no se han encontrado asociaciones estadísticamente significativas (ver tabla).

	Nueva fractura por fragilidad		
	NO (n 94)	SI (n 13)	p
Edad (años ± DE)	62,0 ± 10,7	62,1 ± 9,9	0,956
IMC (kg/m ² ± DE)	26,5 ± 7,1	23,1 ± 10,0	0,213
t de seguimiento (meses ± DE)	28,6 ± 19,4	30,6 ± 12,8	0,723
DMO lumbar (T-score ± DE)	-2,7 ± 0,8	-2,9 ± 0,6	0,256
FG (ml/min ± DE)	91,7 ± 16,0	97,2 ± 11,2	0,282
Menopausia (%)	93,4	91,6	0,822
Fractura previa (%)	27,1	38,4	0,512
AF fractura cadera (%)	11,0	25,0	0,125
Fumador (%)	10,0	8,3	0,721
Corticoides (%)	9,9	7,7	1,000
Artritis reumatoide (%)	3,2	0	1,000
Inhibidor aromataza (%)	70,9	69,2	0,897
Tto. antiosteoporótico (%)	88,4	92,3	0,676

Conclusión: En este estudio no se ha encontrado relación entre los factores clásicos de riesgo de fractura osteoporótica y la aparición de nueva FF en mujeres con OP y CM, que ocurre en un 12% de los casos. Se trata por tanto de un grupo de pacientes con una forma de OP secundaria con características singulares.

Resúmenes CASOS CLÍNICOS

47. CASO CLÍNICO: REACCIÓN CUTÁNEA NECROTIZANTE TRAS TATUAJE EN UN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE BEHÇET

Vergara-Dangond C, Valls-Pascual E, Ybáñez-García A, Martínez-Ferrer A, Aguilar-Zamora M, Montolio-Chiva L, Alegre-Sancho JJ
Sección de Reumatología Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia

Introducción: La enfermedad de Behçet (EB) es un trastorno inflamatorio crónico y multisistémico con afectación de pequeño vaso que se caracteriza por la presencia de úlceras orales y genitales recurrentes, lesiones cutáneas y compromiso ocular¹. Los pacientes con EB suelen presentar una hiperreactividad de la piel en respuesta a un traumatismo leve (patergia), siendo ésta la única prueba que forma parte de los criterios diagnósticos.

Presentamos el caso de un varón joven con EB quien desarrolló una extensa lesión cutánea necrotizante en antebrazo tras hacerse un tatuaje.

Caso clínico: Varón de 34 años con diagnóstico de EB que debutó en enero de 2014 con eritema nodoso (confirmado por biopsia cutánea), tromboflebitis superficial del miembro inferior izquierdo, febrícula, aftas orales y genitales. La clínica se resolvió con prednisona 10 mg/día, colchicina 0,5 mg/día, enoxaparina 40 mg SC/día y AINE. La prueba de patergia realizada en ese momento fue negativa, mientras que el HLAB51 fue positivo.

El paciente consulta en enero de 2017 por reacción cutánea inflamatoria dolorosa sobre un tatuaje que se había realizado una semana antes en el antebrazo izquierdo, que había cursado con escarificación (foto clínica adjunta). Previamente al diagnóstico de EB, el paciente se había realizado varios tatuajes sin complicaciones en otras regiones anatómicas.

La clínica se resuelve con la adición de 30 mg de prednisona vo asociada a cobertura antibiótica de amplio espectro vo.

Discusión: El uso de tatuajes cada vez se hace mas extenso en nuestra sociedad. Sus complicaciones pueden dividirse en cutáneas o sistémicas, pudiendo llegar a ser graves, y repercutir negativamente en la calidad de vida de la persona². No es extraño ver una reacción cutánea granulomatosa al pigmento rojo³ que puede llegar a evolucionar a necrosis cutánea. Menos habituales son las reacciones al pigmento negro. Planteamos, en este caso, que la grave reacción cutánea con evolución a necrosis sea debida bien a una reacción de Arthus (reacción cutánea de hipersensibilidad tipo III)⁴ o a una reacción de patergia necrótica, asumiendo que la prueba inicial, realizada en el diagnóstico del paciente, pudiera haber estado técnicamente mal realizada.

Conclusión: Debemos considerar la posibilidad de contraindicar la realización de tatuajes en pacientes con EB, especialmente en aquellos con prueba de patergia positiva y en aquellos con antecedentes de manifestaciones vasculares.

Bibliografía: 1.- Masaki Takeuchi; *Journal of Autoimmunity*, Volume 64, Nov. 2015;137-148. 2.- Hutton Carlsen K; *Skin Res Technol*. 2015;21:101-7. 3.- Fray J; *Ann Chir Plast Esthet*.2014 Apr;59(2):144-9. 4.- Grob JJ; *Dermatologica*. 1990;180(4):258-62.



48. TRASPLANTE AUTÓLOGO DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS DE MÚDULA ÓSEA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA: SIGNIFICATIVA MEJORÍA DE AFECTACIÓN CUTÁNEA. EXPERIENCIA DE 2 CASOS

Ortiz-Sanjuán F, Vicens Bernabeu E, Oller Rodríguez JE, Negueroles Albuixech R, Nájera Herranz C, Martínez Cordellat I, Labrador Sanchez E, Grau García E, González Mazarío R, Frago Gil J, Fedec Olmos C, Chalmeta Verdejo I, Cánovas Olmos I, Arévalo Ruales K, Alcañiz Escandell C, González Puig L, Ivorra Cortés J, Román Ivorra JA

Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia

Introducción: La Esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad autoinmune multisistémica a menudo refractaria a terapia convencional. El trasplante alogénico de precursores hematopoyéticos de médula ósea (TAPH) se ha mostrado eficaz en casos aislados o series pequeñas de pacientes con ES severa.

Objetivos: Describimos dos casos de pacientes diagnosticados de ES con afectación cutánea que han presentado mejoría significativa tras la realización de un TAPH.

Material y métodos: Se realizó TAPH en 2 pacientes. Uno de ellos con afectación cutánea difusa, gastrointestinal y úlceras digitales y otro paciente con afectación cutánea, primordialmente facial y afectación pulmonar. El régimen mieloablativo incluyó ciclofosfamida (Dosis: 1.5 g/m²) y globulina antitumoral.

La indicación de TAPH se basó en la refractariedad a tratamientos previos, la afectación cutánea severa (paciente 1), la afectación pulmonar y cutánea fundamentalmente facial (paciente 2) y la demanda de las propias pacientes.

Resultados: Dos pacientes, de 41 y 43 años de edad y con una duración de la enfermedad previa al TAPH de 2.7 años y 2 años respectivamente. Previamente al TAPH, la paciente 1 sufría esclerodermia difusa con un score de Rodnan modificado de 27 puntos, recurrentes episodios de fenómeno de Raynaud (FR), múltiples úlceras digi-

tales y positividad para anticuerpos anti-RNA-Polimerasa III. La paciente 2 presentaba disnea a mínimos esfuerzos, neumonía intersticial fibrosa (NINE), FR, esclerodactilia, microstomía, un Rodnan score modificado de 18 puntos con afectación principalmente facial y positividad para anticuerpos Anti-Scl 70.

Ambas pacientes, además de corticosteroides a dosis bajas, habían recibido previamente inmunosupresores: Metotrexato, bosentan, rituximab (paciente 1) y Rituximab y ciclofosfamida (paciente 2), sin mejoría.

Tras la realización de TAPH, nuestras pacientes experimentaron mejoría significativa a nivel cutáneo. Nuestras pacientes experimentaron una significativa mejoría a nivel cutáneo. Los cuadros de úlceras digitales (paciente 1) y FR (paciente 1 y 2) presentaron mejoría con significativa atenuación de la frecuencia e intensidad de aparición de dicha clínica.

La afectación pulmonar (paciente 2) ha permanecido estable sin objetivarse empeoramiento de parámetros de espirometría o de pruebas de imagen. No se ha objetivado progresión de enfermedad en ninguna de nuestras pacientes.

Ninguna de nuestras pacientes presentó complicaciones significativas después del TAPH

La paciente 1 presentó fiebre de origen desconocido el día 06 post-TAPH, quedando afebril tras instauración de tratamiento antibiótico de amplio espectro.

Tras un seguimiento de 24 y 16 meses respectivamente, no se han observado eventos adversos de interés. El score de Rodnan modificado se redujo de 26 a 12 puntos en la paciente 1 y de 18 a 5 puntos en la paciente 2. La dosis de Prednisona se redujo en los primeros 12 meses post-TAPH de 5 mg/día a 0 mg/día (paciente 1) y de 7,5 mg/día a 2,5 mg/día (paciente 2).

Conclusiones: El TAPH parece mostrarse efectivo en casos en ES refractaria a terapia convencional. Es imprescindible la colaboración de un Servicio de Hematología experto en TAPH. La afectación cutánea severa de nuestras pacientes presentó mejoría significativa.

49. HIDRADENITIS SUPURATIVA (HS) PARADÓJICA INDUCIDA POR ADALIMUMAB (ADA) EN PACIENTE CON ATRITIS PSORIÁSICA (APS), RESOLUCIÓN TRAS SWITCH A SECUKINUMAB

De la Morena I, Guinot J, Gali M, Tomás G
Hospital La Plana. Villa Real (Castellón)

Introducción: La HS una enfermedad inmunitaria crónica, caracterizada por placas inflamadas con lesiones nodulares fistulas y abscesos que aparecen en localizaciones con gran cantidad de glándulas sebáceas y sudoríparas: axilas, región submamaria, nalgas, zona interna de los muslos. El folículo piloso juega un papel fundamental en la activación de la cascada inflamatoria en la que el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa) desempeña un importante papel. El tratamiento dirigido a bloquear el TNF-alfa con ADA ha demostrado su eficacia en el tratamiento de esta patología.

Las reacciones paradójicas (RP) son aquellas manifestaciones clínicas nuevas, o exacerbadas que aparecen durante el tratamiento con fármacos biológicos (más frecuentemente con fármacos anti-TNF), indicados para esta patología. Su incidencia general oscila entre el 1-5%. Se han descrito manifestaciones clínicas paradójicas de índole dermatológica, intestinal y articular, tales como: psoriasis, sarcoidosis, artritis, o enfermedad inflamatoria intestinal.

Caso Clínico: Mujer de 45 años diagnosticada de psoriasis cutánea (Ps) a los 30 años y APs desde los 42, en tratamiento con metotrexato (MTX) 17,5 mg sema-

nales subcutáneo y ADA 40 mg cada 15 días desde el año 2011, con buena respuesta articular y cutánea. Desarrolla, en octubre de 2016, un cuadro de pústulas y pequeños abscesos cutáneos en pliegues inguinales y abdomen inferior, sugestivos de foliculitis. Se indica tratamiento antibiótico con levofloxacino y se retira el MTX. A las 2 semanas, acude con extensión de las lesiones cutáneas en forma de placas, abscesos y pústulas diagnosticándose de HS con mala respuesta a antibióticoterapia. Se retira el ADA y se reintroduce el MTX a la dosis previa, con lo que comienza una lenta mejoría. Ante el empeoramiento cutáneo y articular de la Ps y la APs se inicia tratamiento con secukinumab. Tras 1 mes de tratamiento, la paciente presenta mejoría de la HS y de la clínica cutánea y articular.

Discusión: Los casos comunicados en la literatura de HS paradójica son escasos, la mayoría inducidos por ADA. El mecanismo de acción por el que se producen la HS paradójica es desconocido, no obstante la situación de inmunosupresión y el desbalance de citoquinas secundario al bloqueo del TNF-alfa puede jugar un papel importante. Las RP suelen ocurrir en pacientes estables de su enfermedad de base, y en tratamientos prolongados. El manejo terapéutico de las RP es variado en la literatura: interrupción del anti-TNF, sustitución por otro de la misma familia, cambio de diana terapéutica, o bien mantener el tratamiento y tratar la manifestación. Hasta la fecha de momento no se han publicado casos de resolución de HS con secukinumab. Teniendo en cuenta un supuesto "efecto de clase" los anti-TNF para la inducción de RP, queremos plantear la idoneidad de la optimización de los tratamientos, no solo por un compromiso de sostenibilidad, sino también con intención de mejorar los balances riesgo/beneficio de los tratamientos.

50. ¿CONOCÉIS EL SÍNDROME DE LA COSTILLA DESLIZANTE?

Fernández Campillo J, Santo Niñerola P, Granados Ruiz M
Sección de Reumatología. Hospital IMED-Elche (Alicante)

Objetivos: Dar a conocer una patología musculoesquelética "frequently overlooked", es decir que pocas veces se piensa en ella, aunque ya aparece descrita como dx diferencial del Sd de Tietze por el Dr. Rozman-Borstnar en 1957.

Material y métodos: Se presentan dos casos clínicos vistos en nuestras Consultas de Reumatología en 2013 y 2016. El primero es un hombre de 30 años que tras un accidente de tráfico coche-coche, sin fracturas ni lesiones graves, comenzó con dolor continuo en costado izquierdo, tras ser estudiado en Cardiología, Medicina Interna, Traumatología y Digestivo persiste con molestias por lo cual se nos consulta, a la exploración presenta dolor a la palpación condrocostal inferior izquierda y signos de "gancho" positivo. El segundo es una mujer de 34 años que tras un parto eutócico comienza con dolor esternal que irradia a parrilla costal izquierda, el dolor es persis-

tente desde hace 3 años, con periodos de mayor y menor intensidad, tras el mismo tránsito por diferentes Especialidades Médicas y múltiples pruebas complementarias acude a nuestra consulta; a la exploración presenta dolor a la palpación de articulaciones esternocostales inferiores izquierdas, el dolor se reproduce a la rotación del torso ipsilateral y el signo de "gancho" es negativo.

Resultados: El hombre inició tto con parches de lidocaína tópica experimentando una importante mejoría. La mujer, tras iniciar tto con Celecoxib obtuvo una mejoría parcial por lo cual se plantea infiltración anestésica local.

Conclusiones: Aunque su diagnóstico sea de exclusión, probablemente con un buen examen físico, una Rx de Tórax y Ecografía abdominal fuera suficiente para el diagnóstico y tratamiento específico de este síndrome doloroso toracoabdominal, causado por un aumento de la movilidad de los cartilagos costales de la 8ª-9ª o 10ª costilla, y que se piensa es debido a la debilidad o rotura del tejido fibroso que une la porción anterior de una de estas costillas a la adyacente, por un traumatismo previo o no.

51. VASCULITIS REUMATOIDE AL DEBUT DE UNA ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

De la Morena I, Serrano B, Vargas E
Hospital La Plana. Villa Real (Castellón)

Introducción: La afectación del sistema nervioso (SN) debida a vasculitis reumatoide (VR) es una manifestación extraarticular extremadamente infrecuente, su prevalencia se estima en torno a un 1-5% de los casos de AR, ocurriendo en pacientes con enfermedad establecida, y siendo su manifestación más frecuente la cutánea, seguida de la neuropatía periférica. Las manifestaciones extrarticulares suponen un incremento de la morbimortalidad de la AR, particularmente la VR incrementa significativamente de la mortalidad.

Caso Clínico: Varón de 55 años, sin antecedentes de interés, fumador de 10 cigarrillos al día y consumidor de 3 Unidades de Alcohol a la semana. Ingresó por dolor e impotencia en articulaciones de manos y pies, debilidad de miembros inferiores (MMI), dificultad para la marcha, edematización distal, lesiones cutáneas y pérdida ponderal no cuantificada en los últimos dos meses. A la exploración física presentaba aspecto caquético, las constantes vitales, la auscultación cardiopulmonar y el abdomen eran normales, una oligoartritis asimétrica de pequeñas articulaciones de manos y pies, edemas con fovea hasta tercio distal tibial bilateral con lesiones cutáneas en fase ampollosa y costrosa. Presentaba una pérdida de fuerza 3/5 para la flexión dorsal de ambos primeros dedos junto con una flexión dorsal del pie 4-5 bilateral. Se realizó: Análisis de sangre en el que destacaba elevación de reactantes de fase aguda con Velocidad de Sedimentación Globular de 35 mm, Proteína C Reactiva de 9,29 mg/dL, función renal, hepática, tiroidea y hemograma normales, protei-

nograma con patrón inflamatorio, calcemia y fosforemia normales, factor reumatoide de 221 UI/mL, anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado de 2776 U/mL anticuerpos anti-nucleares, anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilo, anticuerpos anti-fosfolípido y crioglobulinas negativos, fracciones C3 y C4 del complemento normales, enzima convertidora de la angiotensina en rango normal, vitamina B12 y ácido fólico normales, marcadores tumorales CA125, CA19.9, CA15.3, AFP, PSA normales. Se realizaron serologías para VHB VHC VIH, borrelia, VEB, CMV negativos, Mantoux, Booster e IGRA negativos. Se realizaron: radiografía simple de tórax y escáner toracoabdominopélvico que fueron normales; electromiografía (EMG) de MMII en la que se detectó una polineuropatía sensitiva y motora, de tipo axonal, afectando en grado severo; punción lumbar y resonancia panmedular que fueron normales; biopsias cutánea y de nervio periférico que no fueron concluyentes. Se inició tratamiento con bolos de metilprednisolona 500 mg intravenoso, recibiendo un total de 5 bolos, y una vez establecido el diagnóstico de AR con polineuritis secundaria a VR, se inició tratamiento con Rituximab (RTX) 1000 mg/15 días/6 meses. En la actualidad el paciente ha recibido un total de 3 ciclos, se encuentra en remisión articular, con normalización de la EMG, sin corticoterapia adicional y con pauta de RTX a demanda, tras 21 meses de seguimiento.

Discusión: Hasta la fecha solo se ha comunicado un caso de VR al debut de la enfermedad, por lo que podemos decir que nuestro caso es el segundo comunicado. Por su escasa incidencia, los tratamientos empleados para las diferentes manifestaciones de la VR son heterogéneos, y son frecuentes las recaídas. Queremos destacar la eficacia del RTX en este paciente que ha permitido el control de las manifestaciones articulares y extraarticulares manteniendo más de un año la remisión completa.

52. MIOPATÍA INFLAMATORIA ASOCIADA A ENFERMEDAD DE CROHN. CASO CLÍNICO Y ANÁLISIS COMPARATIVO CON LITERATURA

Santos Ramírez C¹, Barbeito Gadea JE¹, Benavent Madramany G², Salas Heredia E³, López Arlandis JM⁴, Giner Galvañ V⁵

¹Unidad de Reumatología. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. ²Sección de Medicina del Aparato Digestivo. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. ³Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. ⁴Unidad de Neurología. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy. ⁵Servicio de Medicina Interna. Hospital Virgen de los Lirios. Alcoy (Alicante)

Introducción: Se describe un caso infrecuente de polimiositis asociado a enfermedad de Crohn.

Caso: Se presenta el caso de un hombre de 30 años con antecedente de enfermedad de Crohn ileal diagnosticada en 2009 con una evolución fluctuante. Durante su evolución ha recibido tratamiento con glucocorticoides en dosis variables junto a mesalazina, azatioprina y metotrexato con mal control inflamatorio; y finalmente con adalimumab con buena respuesta intestinal. En septiembre del 2016, ingresa por presentar desde hacía 3 semanas dolor progresivo en ambas regiones gemelares de ritmo inflamatorio y que llegan a imposibilitar la deambulación junto a dolor abdominal difuso y astenia. A la exploración física destaca la hipersensibilidad a la presión de ambas masas gemelares con marcada limitación de la capacidad de contracción y con exploración neurológica sin alteraciones. No presenta fiebre ni lesiones cutáneas. Se realiza analítica que muestra un hemograma normal con elevación de PCR y calprotectina fecal. CK y aldolasa normales. Serologías para lues, VIH, toxoplasma son negativas. Ante estos resultados se practica RM muscular que objetiva una hipersígnal difusa y simétrica en secuencias STIR que compromete a todos los grupos musculares de la pierna de forma bilateral y simétrica, sin pérdida de volumen, signos de infiltración grasa ni alteración de señal en fascias; y con indennidad de masas musculares de extremidad superior y cinturas escapular y pelviana. Se realiza biopsia gemelar que aprecia preservación de la arquitectura, con aumento de la variabilidad del tamaño y

forma de las fibras, algunas de aspecto regenerativo. Algunas fibras presentan núcleos centrales, sin fibras necróticas. En la periferia de algún fascículo se observa aumento de la celularidad con núcleos densos y polimorfos. El estudio histológico y de inmunofluorescencia muestra fundamentalmente la presencia de CD8 y CD68 frecuentes en fascia y tejido muscular adyacente. Ante estos hallazgos se realiza el diagnóstico de miositis asociada a enfermedad de Crohn, iniciándose tratamiento con prednisona y azatioprina.

Discusión: En los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal pueden concurrir manifestaciones extraintestinales con cierta frecuencia; de éstas, la miositis raramente se asocia. Dada la descripción que se hace de los casos publicados, parece existir 2 grandes patrones de afectación clínica, con matices diferenciales. Por un lado, un patrón polimiosítico más típico, con afectación predominante de la musculatura proximal con debut en forma de debilidad muscular con dolor acompañante, pero de menor intensidad y con elevación de enzimas musculares. Y un patrón menos típico con afectación predominante de la musculatura distal de las extremidades inferiores, en muchos casos circunscrita a región gemelar bilateral. Clínicamente predomina el dolor sobre la debilidad muscular y con normalidad de los enzimas musculares, como el caso que presentamos, que algunos autores han denominado como el síndrome mialgia de gastrocnemios. Este patrón de presentación clínica, con la comentada normalidad de los enzimas musculares, puede generar mayor dificultad para la detección de la naturaleza miosítica del proceso, con un mayor retraso diagnóstico. La afectación inflamatoria muscular generalmente ocurre años después del diagnóstico de la enfermedad intestinal. En la mayor parte de los casos publicados existe buena respuesta con la instauración del tratamiento corticoideo. En algunos pacientes fue necesaria la adición de otros inmunosupresores al tratamiento, fundamentalmente metotrexato, ciclofosfamida, azatioprina e incluso fármacos anti-TNF. Nuestro paciente presentó buena y rápida respuesta muscular con la instauración de la prednisona, a la cual añadimos azatioprina para un mejor control tanto muscular como intestinal. Es importante, incluir la miositis en el diagnóstico diferencial de las miopatías en nuestros enfermos con enfermedad inflamatoria intestinal y conocer la atipicidad de presentación para evitar el retraso diagnóstico.

53. QUERATITIS INTERSTICIAL SIFILÍTICA EN PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN

Valls Pascual E¹, Martínez-Costa L², Baali W², Mateo Sanchis E³, Aguilar Zamora M¹, Vergara Dangond C¹, Montolio Chiva L¹, Martínez Ferrer A¹, Ybáñez García D¹, Alegre Sancho JJ¹

¹Sección de Reumatología, ²Servicio de Oftalmología y ³Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia

Objetivos: Describir el caso de una paciente con síndrome de Sjögren que presentó queratitis debida a sífilis congénita.

Material y métodos: Revisión de historia clínica.

Resultados: Se presenta el caso de una mujer de 40 años de origen brasileño diagnosticada de síndrome de Sjögren.

Como antecedente personal destacaba haber sufrido queratitis y precisar lágrimas artificiales desde los 17 años.

La paciente consultó por poliartralgias simétricas. En la exploración física se detectaron adenopatías axilares bilaterales, no adheridas a planos profundos que se confirmaron mediante ecografía y TAC. En las analíticas destacaba positividad para anticuerpos antinucleares, anticuerpos anti-Ro/SSa, anti-centrómero y factor reumatoide, hipergammaglobulinemia policlonal y neutropenia leve.

En una revisión la paciente refirió empeoramiento de la clínica ocular, con sensación constante de cuerpo extraño a pesar de utilizar las lágrimas artificiales con frecuencia. Se remitió a oftalmología para evaluación, detectándose queratitis. Se descartó que fuese secundaria al síndrome de Sjögren dado que se trataba de una queratitis intersticial y no una superficial, que es el tipo de queratitis que se asocia a esta enfermedad, sospechándose el origen

sifilítico por la presencia de leucoma corneal y vasos fantasma. Se solicitó serología luética siendo las pruebas treponémicas positivas y negativas las no treponémicas.

Se contactó con medicina interna que ingresó a la paciente para completar el estudio de afectación del sistema nervioso central e iniciar tratamiento sistémico. Se realizó punción lumbar siendo negativa la detección de *Treponema pallidum* en líquido cefalorraquídeo. Además, se realizó biopsia de una adenopatía axilar accesible, con resultados histológicos sugestivos de reactividad. Se inició tratamiento con penicilina endovenosa con lo que la paciente refirió mejoría franca de la sintomatología ocular, no apreciándose hasta la fecha otra sintomatología.

Discusión: La sífilis congénita tardía (≥ 3 años de edad) engloba los dientes de Hutchinson, las muelas de Mulberry, anomalías faciales, sordera del VIII par craneal, alteraciones óseas como tibia en sable y perforación del paladar duro, lesiones cutáneas como ragadías, neurosífilis y varias formas de enfermedad inflamatoria ocular siendo la más característica la queratitis intersticial estromática no ulcerativa asociada o no a uveítis anterior.

La sífilis afecta a unas 330.000 mujeres embarazadas por año en América Latina y el Caribe. Se estima que, sin tratamiento, una tercera parte de los hijos de estas mujeres nacerá con sífilis congénita y, otro tercio morirá intraútero. A pesar de los avances en la materia, la sífilis congénita sigue siendo un problema relevante de salud pública en determinados países, siendo interesante conocerla dada la alta tasa de migración internacional que tiene lugar hoy en día.

Mediante el caso presentado queremos hacer hincapié en el papel fundamental que juega el oftalmólogo a la hora de evaluar la patología ocular en el contexto de un síndrome seco, así como resaltar la importancia del seguimiento de los síntomas de estos pacientes de cara a intensificar el tratamiento del síndrome seco o bien para descartar otras posibles enfermedades que requieran un tratamiento distinto como fue el caso de nuestra paciente.

Resúmenes MISCELÁNEA

54. EVALUACIÓN DE LAS VARIABLES PREDICTIVAS DE PRONÓSTICO EN PACIENTES CON ESPONDILODISCITIS

Fragio Gil JJ¹, González Mazario R¹, Tasiás Pitarch M², Calabuig Muñoz E², Ivorra Cortés J¹, Feced Olmos C¹, Ortiz Sanjuán FM¹, Labrador Sánchez E¹, Arévalo Ruales K¹, Grau García E¹, Chalmeta Verdejo I¹, González Puig L¹, Martínez Cordellat I¹, Negueroles Albuixech R¹, Alcañiz Escandell C¹, Oller Rodríguez JE¹, Vicens Bernabeu E¹, Nájera Herranz C¹, Cánovas Olmos I¹, Hervás Marín D³, Salavert Lletí M², Román Ivorra JA¹

¹Servicio de Reumatología y ²Unidad de Enfermedades Infecciosas. HUP La Fe. Valencia. ³Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia

Objetivos: Identificar variables de mal pronóstico en pacientes diagnosticados de espondilodiscitis.

Material y métodos: Estudio observacional con adquisición retrospectiva de variables de pacientes diagnosticados de espondilodiscitis no quirúrgicas (en base a manifestaciones clínicas con imagen compatible), que hayan sido ingresados en el HUP La Fe durante el periodo 2010-2016 y con el diagnóstico registrado en el sistema de gestión de historias clínicas del centro (ORION-CLINIC). Se han recogido datos demográficos, clínicos, analíticos y de imagen (Rx, TAC y RM) de los pacientes.

Los análisis estadísticos se realizaron con el software estadístico R (versión 3.3.2).

Resultados: Se incluyen 55 pacientes, con una edad media al diagnóstico de 63,47 $\pm$ 16,11 años. Predominando el género masculino (varones 69%). El tiempo medio de dolor axial previo al diagnóstico es de 64,44 $\pm$ 80,63 días. La estancia

media de ingreso fue de 31,3 $\pm$ 26,56 días, la tasa de reingreso de los pacientes fue del 32,7%, y el 20% de los pacientes requirieron actuación quirúrgica. La mayoría de pacientes presentaba una PCR elevada al ingreso, siendo el valor medio de 112,97 $\pm$ 83,64 mg/L.

El 16,4% de los pacientes presentaba endocarditis, y en estos casos se alargó de forma significativa el periodo de ingreso. Sin embargo, el presentar dicha infección no se correlacionó con un mal pronóstico de la enfermedad.

Respecto al daño vertebral, el 50% de los pacientes presentaba destrucción vertebral identificada por RM, hay compresión medular en el 14,8% de los casos y se detectan complicaciones neurológicas en el 20,4% de los pacientes (siendo 7 de ellos paraparesia). Además, se observa una asociación significativa entre los casos con destrucción vertebral y la presencia de absceso epidural ($P=0,026$).

En el 83,6% de los pacientes se aisló microorganismo en el hemocultivo, siendo los Gram positivos los más frecuentemente detectados (50,09%), seguidos de Gram negativos (18,2%), micobacterias (10,9%) y hongos (3,6%).

Conclusiones: La espondilodiscitis es una enfermedad infecciosa del espacio intervertebral, generalmente consecuencia de la diseminación hematogena de un foco infeccioso a distancia, fundamentalmente endocarditis.

El retraso diagnóstico en los pacientes con espondilodiscitis supuso una mayor tasa de complicaciones, reflejado sobre todo en la mayor presencia de destrucción vertebral. La presencia de endocarditis se observa en una pequeña proporción de nuestros pacientes, lo que difiere de otras series descritas.

La presencia de absceso epidural es un hallazgo que se asocia a una mayor destrucción vertebral, por lo que estos pacientes deberían seguir un control más estrecho.

55. MODELO PREDICTIVO DEL DOLOR DE HOMBRO A PARTIR DE DATOS CLÍNICOS Y EPIDEMIOLÓGICOS

Feced Olmos C¹, Labrador Sánchez E¹, Hervás Marín D², Arévalo Ruales K¹, Ortiz Sanjuán FM¹, Neguerolles Albuixech R¹, Ivorra Cortés J¹, Frago Gil JJ¹, Grau García E¹, Martínez Cordellat I¹, González Mazarío R¹, Chalmeta Verdejo I¹, González Puig L¹, Alcañiz Escandell C¹, Nájera Herranz C¹, Cánovas Olmos I¹, Vicens Bernabeu E¹, Oller Rodríguez JE¹, Román Ivorra JA¹

¹Servicio de Reumatología. HUP La Fe. Valencia. ²Unidad de Bioestadística. IIS La Fe. Valencia

Objetivos: Valorar si existen una combinación de maniobras exploratorias y datos clínicos que permitan predecir el tipo de afección del hombro doloroso de forma sensible y específica.

Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo con los pacientes que acudieron a nuestras consultas de reumatología por omalgia entre febrero de 2016 y enero de 2017 excluyendo a los pacientes con patología inflamatoria conocida.

Un reumatólogo realizó la anamnesis y las maniobras exploratorias seleccionadas (test de Jobe, test de Gerber y palpación de la articulación acromioclavicular). Otro reumatólogo experimentado en ecografía, ciego a la exploración y la historia clínica, realizó una exploración ecográfica del hombro.

Los datos se resumen mediante media (desviación típica) y mediana (primer y tercer cuartil) en el caso de variables continuas y mediante frecuencias relativas y absolutas en el caso de variables categóricas. Para determinar la asociación entre las distintas maniobras y la afección se han utilizado modelos de regresión logística multivariable. La selección de los modelos se ha realizado mediante el criterio de información de Akaike (AIC). A partir de los modelos predictivos ajustados desarrollamos nomogramas para facilitar su utilización en el ámbito clínico. Todos los análisis se han realizado mediante el software R (versión 3.3.1).

Resultados: Completaron el estudio 119 pacientes con una edad media de 60±12,56 años. El tiempo de evolución del dolor fue de 20,43±24,09 meses. El 66,4% fueron mujeres y el hombro derecho el más afectado (71,4%). El resto de variables se pueden ver en la tabla. La asociación entre las maniobras de Jobe y la afectación del supraespinoso (SE), así como la maniobra de Gerber con la afectación del subescapular fueron estadísticamente significativas. Sin embargo la sensibilidad y especificidad de ambas maniobras son muy bajas, por lo que por sí solas no son aptas para el diagnóstico del tendón afectado ni del tipo de alteración.

Se desarrolló un modelo predictor (nomograma) de las patologías del hombro más frecuentes (bursitis subacromiodeltoidea, tendinitis o roturas del SE), mediante variables epidemiológicas y de exploración clínica.

Variable	Mean (SD)
Test Jobe	91 (76,5%)
Test Gerber	72 (60,5%)
Localización dolor	
Anterior	72 (61%)
Lateral	18 (15,3%)
Posterior	10 (8,5%)
Superior	18 (15,3%)
Afectación. Supraespinoso	96 (80,7%)
Afectación. Subescapular	22 (18,5%)
Derrame Receso Post	8 (6,7%)
Derrame.Vaina. Biceps	27 (22,7%)
Bursitis. Subacromio. Deltoidea	53 (44,5%)
Calcificación. Supra	31 (26,1%)
Tendinitis. Supra	49 (41,2%)
Rotura. Supra	
Completa	21 (17,6%)
Parcial	36 (30,3%)

Discusión: A pesar de que falta validarlos, todo indica a que con estos nomogramas podemos predecir, en algunos pacientes con elevada sensibilidad y especificidad, las patologías más frecuentes del hombro.

Las pruebas de imagen tienen cierto tiempo de demora, por lo aplicando los nomogramas en atención primaria, se podría establecer un diagnóstico de presunción precoz más fiable, instaurando un tratamiento temprano. Además se podría remitir de forma más eficiente a los pacientes a la especialidad que corresponda (reumatología, traumatología o rehabilitación) evitando demoras.

56. RESULTADOS DE LA CONSULTA DE ENFERMERÍA REUMATOLÓGICA DURANTE EL AÑO 2016

Balaguer Trull I, Martín de la Leona Miñana R, Campos Fernández C, Rueda Cid A, Pastor Cubillo MD, Lerma Garrido JJ, De la Morena Barrio I, Calvo Catalá J. Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital General Universitario de Valencia

Introducción: Reumatología es una disciplina médica que abarca patologías que afectan al sistema musculoesquelético y al metabolismo óseo entre otras. Son procesos habitualmente crónicos que provocan dolor e incapacidad funcional y que precisan una atención integral que incluya la evaluación continuada de la enfermedad y de las circunstancias que rodean al paciente y a sus familiares. Para ello es necesario un enfoque multidisciplinar donde Enfermería tiene un papel fundamental para desarrollar un programa educativo dirigido al paciente reumático y con ello lograr un cuidado más efectivo. Con este fin se crean las Consultas de Enfermería Reumatológica (CER), definidas como modelos organizativos asistenciales centrados en el paciente reumatológico en el ámbito de las competencias de la Enfermería.

Objetivo: Valorar los resultados de la Consulta de Enfermería en el Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia durante el año 2016.

Material y métodos: La CER está dotada de dos profesionales de Enfermería, uno de ellos compartido con el Servicio de Endocrinología, y abarca tanto las técnicas generales de Enfermería como las específicas de Reumatología, la consulta telefónica y la educación del paciente reumático. La CER está organizada en 3 códigos asistenciales donde se registra toda la actividad realizada:

- ME47: Técnicas de Enfermería (extracciones, ensayos clínicos, toma de constantes, administración de tratamientos, colaboración con el médico).

- ME48: Consulta Telefónica (programadas y no programadas).

- ME49: Consulta Presencial (educación del paciente y valoración del paciente basada en los test específicos de Reumatología).

Resultados. Durante el año 2016 se ha puesto en marcha la Consulta Presencial de Enfermería Reumatológica en la que se proporciona educación al paciente sobre hábitos de vida saludables, tratamientos subcutáneos, ergonomía e higiene postural, control del dolor... y se realiza valoración de la actividad de la enfermedad mediante test específicos de cada patología reumatológica. Aquí se resumen todas las actividades del año 2016 comparándolas con las del año 2015:

- ME47 Técnicas de Enfermería: 1078 (2015) / 442 (2016).

- ME48 Consulta Telefónica: 272 (2015) / 448 (2016).

- ME49 Consulta Presencial: 704.

Durante el año 2016 el código ME47, que abarca las técnicas, ha bajado su actividad puesto que todas las acciones de formación y valoración del paciente pasan a formar parte del código ME49, que hace referencia a la consulta presencial.

Conclusiones. La CER ha aumentado considerablemente su actividad durante el año 2016 poniendo de manifiesto la importancia de Enfermería en el Servicio de Reumatología.

- La incorporación activa de Enfermería desde el inicio del proceso reumático es indispensable para colaborar en la evaluación de la actividad inflamatoria de la enfermedad, facilitar la detección precoz de efectos secundarios y comorbilidades y mejorar la educación relacionada con la salud.

- Se disminuye el número de visitas a la consulta médica de Reumatología y decrece el número de ingresos hospitalarios, con el consecuente ahorro en gastos directos, reduciendo sensiblemente la presión asistencial del especialista.

- Se proporciona un mayor seguimiento del paciente consiguiendo un mejor control de los síntomas y de la actividad de la enfermedad y por tanto mejorando la calidad asistencial de los pacientes.

57. INFECCIÓN POR LEISHMANIA EN EL ÁREA SANITARIA 6 DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

Fernández Matilla M¹, Añón Roig S², Fernández-Llanio Comella N¹, Begazo Cruz A¹, Pérez Torres A¹, Castellano Cuesta JA¹

¹Sección de Reumatología y ²Servicio de Medicina Interna. Hospital Arnau de Vilanova-Llíria. Valencia

Introducción: Las leishmaniasis son una zoonosis muy prevalente a nivel mundial, con entre 900.000 y 1,3 millones de contagios anuales, de los que el 25% se manifiestan como forma visceral. Es una parasitosis protozoaria transmitida por la picadura de un flebótomo hembra infectado, cuyo principal reservorio son perros y conejos. La infección se asocia a malnutrición, migración poblacional, pobreza y enfermedades que cursan con inmunosupresión. Endémica en la cuenca del Mediterráneo, y de declaración obligatoria en España desde 1982, en 2015 se notificaron en la Comunidad Valenciana 104 casos, 4 de ellos en nuestra área sanitaria. En 2016 la incidencia en nuestra área creció exponencialmente (20 casos), y ello es el motivo de esta comunicación científica.

Objetivos: Describir la incidencia y el comportamiento de esta parasitosis en pacientes de nuestra área sanitaria. Insistir en las enfermedades reumáticas y sus respectivos tratamientos como factores de riesgo para el desarrollo de esta infección.

Material y método: Estudio descriptivo transversal de la cohorte de pacientes infectados por Leishmania en el área sanitaria 6 de la Comunidad Valenciana (Hospital Arnau de Vilanova-Llíria) en el año 2016, cuya población asignada es de 311.000 pacientes.

Resultados: En 2016 se confirmaron 20 casos de Leishmaniasis en nuestra área (7 mujeres y 13 hombres). La edad media de los pacientes fue de 39,8 años; 5 eran niños, 2 de ellos menores de 12 meses. Requirieron ingreso hospitalario 15 pacientes, de los que 4 estaban afectados de la forma cutánea, pero precisaban tratamiento sistémico debido a sus patologías de base. Siete pacientes (35%) no presentaban ningún factor de riesgo para el desarrollo de leishmaniasis. Todos los casos se resolvieron satisfactoriamente, salvo uno afecto de VIH que falleció. Se desconoce si los casos son primarios o reactivación de infecciones latentes.

Del total de pacientes, 3 padecían VIH y 12 (60%) tenían patologías autoinmunes: Artritis Reumatoide (4), Psoriasis o Artritis Psoriásica (2), Enfermedad de Crohn (2), Diabetes Mellitus (2), cirrosis (1), trasplante (1). De éstos, 8 estaban en tratamiento inmunosupresor: metotrexate (4), azatioprina (2), tacrolimus (1), certolizumab pegol (1), infliximab (1); dos de ellos asociaban corticoides orales. Los dos pacientes en tratamiento anti-TNFα desarrollaron la forma cutánea.

Conclusiones: En nuestra área sanitaria la incidencia de leishmaniasis se ha multiplicado por 5 en un año. Hubo infecciones durante todo el año, lo que supone un mal control de vectores y reservorios.

Se confirman las enfermedades reumáticas y sus tratamientos como un factor de riesgo importante para el desarrollo de leishmaniasis, principalmente la forma visceral. Los FAME no biológicos parecen ser tan importantes o más que los FAME biológicos a este respecto.

Debemos valorar este incremento de incidencia de leishmaniasis y determinar las acciones preventivas sanitarias (médicas, comunitarias y veterinarias) pertinentes.

58. EFICACIA DE LA RADIOSINOVIOERTESIS EN EL CONTROL DE LA SINOVITIS REFRACTARIA

Mínguez Vega M¹, Verdú Rico J², Bernabeu González P¹, Panadero Tendero G¹, Battle Gualda E¹

¹Servicio de Reumatología y ²Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Clínico Universitario Sant Joan d'Alacant

Objetivos: Demostrar la utilidad de la radiosinovioertesis en el control de la sinovitis refractaria a otros tratamientos, entre los que se incluyen las infiltraciones locales con acetónido de triamcinolona

Material y métodos: Analizamos aquellos pacientes a los que hemos realizado una radiosinovioertesis en los dos últimos años por mal control de su artritis y que consta en su historia clínica que previamente habían sido infiltrados con acetónido de triamcinolona al menos en una ocasión. En el momento de realizar la radiosinovioertesis se recoge en una base de datos Excel la patología que sufre el paciente, el tipo de tratamiento que lleva pautado, si ha sido previamente infiltrado con un corticoide intraarticular y cuál es la articulación afectada. También analizamos la aparición de alguna complicación inmediata a la administración del isótopo. Posteriormente, y pasados al menos seis meses de su administración, revisamos la historia clínica para valorar si la sinovioertesis ha sido beneficiosa o no, definiendo como mejoría si el paciente ha dejado de presentar derrames o ha podido suspender o espaciar medicación que llevaba por los mismos.

Resultados: Hemos realizado 49 radiosinovioertesis en los dos últimos años que cumplían los criterios de inclusión, todas ellas de manera ambulatoria y sin aparición de complicaciones inmediatas.

El 100% de los pacientes son pacientes con episodios de artritis de repetición, refractarios a los tratamientos pautados, incluidas las infiltraciones con corticoides intraarticulares que habían recibido todos ellos.

Las patologías tratadas más frecuentemente han sido: Artritis inespecíficas (26,5%), Artritis Reumatoide (16,3%), Artrosis (16,3%), Sinovitis villonodular pigmentada (10,2%) y espondiloartritis (10,2%), seguido de AIJ, gota y sinovitis sobre articulación protésica.

En el 75,5% de los casos, la articulación sobre la que hemos actuado ha sido la rodilla, seguido del codo (6,1%) y tobillos (4,1%)

Pasados al menos 6 meses, un 51% de los pacientes habían experimentado mejoría, frente a un 43% que seguían igual. En un 6% de los pacientes no hemos podido saber la evolución por pérdida de seguimiento

Conclusiones: En los pacientes con derrames de repetición en una o dos articulaciones, refractarios a las infiltraciones locales con corticoides o a otros tratamientos sistémicos, o en aquellos pacientes complejos en los que otros tratamientos puedan estar contraindicados, debemos considerar la posibilidad de realizar una radiosinovioertesis, pues es una técnica sencilla, segura y con una tasa de éxito superior al 50%.

59. EFECTIVIDAD DE LA CONSULTA TELEFÓNICA DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

Balaguer Trull I, Martín de la Leona Miñana R, Campos Fernández C, Rueda Cid A, Pastor Cubillo MD, Lerma Garrido JJ, De la Morena Barrio I, Calvo Catalá J
Servicio de Reumatología y Metabolismo Óseo. Hospital General Universitario de Valencia

Introducción: Los pacientes de Reumatología presentan frecuentes reagudizaciones de su enfermedad con aumento de sus síntomas. Además, reciben tratamientos que pueden ocasionarles dudas sobre posibles efectos adversos o sobre la forma en que se los deben administrar. Por ello se crea la Consulta Telefónica de Enfermería, mediante la que se pueden resolver dudas sobre el estado de salud o el tratamiento, entre otras funciones.

Objetivo: Valorar la efectividad de la Consulta Telefónica de Enfermería en el Servicio de Reumatología del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia durante el año 2016.

Material y métodos: La Consulta Telefónica se atiende de lunes a viernes durante el horario de mañana por dos profesionales de Enfermería del Servicio de Reumatología a través del teléfono 963131800 y la extensión 437213.

Esta consulta se gestiona en el código ME48 dónde se registran una serie de datos:

si la consulta es programada o a demanda, el diagnóstico del paciente, el médico responsable, el motivo de la consulta, si se finaliza o no la consulta, si precisa la intervención o no del reumatólogo y si precisa acudir o no al hospital.

Resultados: Durante el año 2016 se han registrado un total de 448 consultas telefónicas. A continuación se detallan los datos más importantes:

- El diagnóstico más prevalente ha sido la Artritis Reumatoide (AR) y el motivo de mayor consulta el control de la adhesión terapéutica y los efectos adversos del tratamiento.

- El 78% de las consultas han sido programas y el 22% a demanda de las necesidades de los pacientes.

- Un 23% han precisado la intervención del reumatólogo, mientras que el 77% han podido ser resueltas por Enfermería.

- Sólo un 3% de los pacientes han precisado acudir al hospital, y el 100% de las consultas han sido resueltas.

Conclusiones: La Consulta Telefónica durante el año 2016 ha resultado de gran utilidad para los pacientes de Reumatología. Con ella se ha conseguido evitar desplazamientos innecesarios al hospital, llevar un mejor control de la adherencia terapéutica (sobre todo en los pacientes con tratamientos biológicos) y una continuidad de la atención, y aumentar la satisfacción del paciente por la atención recibida.

60. ANÁLISIS DE FACTORES RELACIONADOS CON EL APRENDIZAJE DE REUMATOLOGÍA EN LAS ROTACIONES DE MIR DE OTRAS ESPECIALIDADES

Belmonte-Serrano MA¹, Tejón-Menéndez P¹, Castellano-Cuesta JA², Fernández-Llanio Comella N², Bernabeu P³, Jovaní-Casano V⁴, Rosas-Gómez de Salazar J⁵, Lozano-Saez A¹, Navarro-Blasco FJ⁶, Ybáñez-García D⁷, Calvo-Catalá J⁸

¹Hospital General Castellón. ²Hospital Arnau. Valencia. ³Hospital San Juan. Alicante. ⁴Hospital General Alicante. ⁵Hospital Marina Baixa. ⁶Hospital Elx. Alicante. ⁷Hospital Peset. Valencia. ⁸Hospital General Valencia

Objetivos: Conocer cuales son los factores determinantes de un mayor aprendizaje de conocimientos de Reumatología en las rotaciones que los MIR de otras especialidades realizan por las unidades de Reumatología.

Método: Se ha desarrollado una plataforma online de evaluación de conocimientos de Reumatología para médicos MIR en formación (website REUMEVAL accesible en www.reumeval.com) que contiene una batería de 300 preguntas tipo test elaborada por reumatólogos de la Comunitat Valenciana sobre 10 temas de interés general. Las preguntas se consensuaron mediante una ronda Delphi y se sustituyeron 15% de ellas por otras mas apropiadas. A cada MIR que acude para realizar una rotación en una unidad de Reumatología (REU) se le ofrece la opción de participar con dos tests de 30 preguntas extraídas aleatoriamente de la BD. El 1º test se realiza nada mas llegar a REU, valorándose los conocimientos base que se obtuvieron durante su formación de pregrado. Al terminar la rotación en REU, habitualmente de 30 días, se realiza un 2º test de forma similar, valorándose el incremento de conocimientos durante su rotación. Al final se realiza también una encuesta de satisfacción al MIR.

Resultados: A fecha de diciembre 2016 se han recopilado 384 tests realizados por 216 médicos residentes en 14 hospitales de la Comunidad Valenciana. De éstos 166 (77%) han completado las dos encuestas, inicial y final. Un 74% eran MIR de medicina familiar (MFC), y otro 13% eran de medicina interna. La puntuación media del 1º test fue de 5,59 (sobre 10 puntos máximo), y la del 2º test fue 6,55 puntos, con un incremento medio de 22,4% ($p < 0.001$). Los hombres tenían mayor puntuación que las mujeres en el 1º test (5,92 vs 5,56), pero se niveló en el 2º test (6,79 vs 6,47). Los residentes jóvenes (edad 20-30 a.) tuvieron mayor puntuación que los de 30-40 o >40 años (5,8 vs 5,2 vs 5,1 resp.) pero se niveló en el 2º test (6,6 vs 6,3 vs 6,8). Por nacionalidad de origen, los españoles tuvieron mayor puntuación inicial que los extranjeros (5,78 vs 4,91, $p < 0.01$) pero no hubo diferencias en el 2º test (6,55 vs 6,49). Un resultado similar se observó al analizar la universidad de pregrado nacional o extranjera. Por especialidades, dermatología, medicina interna y RHB tuvieron puntuaciones iniciales superiores a MFC (7,3 – 6,1 – 6,3 vs 5,4), pero en el 2º test no hubo diferencias significativas.

Conclusión: El nivel de conocimientos en Reumatología que tienen los residentes que inician la rotación en esta especialidad es moderado, con una media de 5,59 puntos sobre 10 posibles. Al final de la rotación han incrementado una media de 22% estas puntuaciones, lo que demuestra una mejoría significativa pero aún así no muy elevada. Analizamos aquí diversos factores relacionados con los conocimientos de base (1º test) y con los conocimientos finales (2º test). Cabe destacar que las diferencias entre grupos y factores pierde significación al final de las rotaciones. Actualmente estamos reanalizando el comportamiento real de la batería de preguntas en la BD para sustituir las que sean menos útiles por otras mas apropiadas.

Agradecimientos: Al grupo de trabajo de Reumeval de la Comunitat Valenciana. Trabajo realizado con el apoyo de FVR y laboratorios MSD con una aportación desinteresada.

61. EXPERIENCIA EN EL SEGUIMIENTO EN LA CONSULTA DE ENFERMERÍA DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA REUMÁTICA CON TRATAMIENTO INTRAVENOSO

Nájera Herranz C¹, Cánovas Olmos I¹, Ivorra Cortés J², Grau García E¹, Alcañiz Escandell C¹, Arévalo Ruales K¹, Chalmeta Verdejo I¹, Feced Olmos C¹, Frago Gil JJ¹, González Mazario R¹, González Puig L¹, Labrador Sánchez E¹, Martínez Cordellat I¹, Neguerole Albuixech R¹, Oller Rodríguez JE¹, Ortiz Sanjuán FM¹, Vicens Bernabeu E¹, Hervás Marín D³, Román Ivorra JA^{1,2}

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

Objetivos: Analizar el número y tipología de las incidencias detectadas por la Consulta de Enfermería previamente a la administración de tratamiento intravenoso.

Material y métodos: Estudio observacional transversal de los datos del protocolo de actuación de la Consulta de Enfermería de Pacientes con patología reumática en Tratamiento Intravenoso del Servicio de Reumatología del HUP La Fe, iniciada en 2012. Los datos recogidos han sido sexo y diagnóstico del paciente, tratamiento intravenoso administrado, si la enfermera ha detectado alguna incidencia previa a la administración, si se ha detectado de forma presencial o mediante llamada telefónica el día previo al tratamiento y el tipo de incidencia. El análisis bioestadístico se realizó con el software R versión 3.3.2.

Resultados: Se han analizado 7809 registros correspondientes a 545 pacientes, siendo mujeres el 73%. Del total de pacientes, el 48,25% eran osteoporosis (OP), 30,1%

artritis reumatoide (AR), 5,7% espondilitis anquilosante (EA), 4,2% lupus eritematoso sistémico (LES), el 2,9 artritis psoriásica (APS) y el 8,3% otros diagnósticos. Los tratamientos administrados son por un lado terapias antirresortivas (7,8% de los tratamientos administrados) y por otro terapias biológicas e inmunosupresoras, siendo los tratamientos más numerosos tocilizumab (38,89%), infliximab (31,9%) y abatacept (18,05%). De los 7809 registros, se registraron 477 incidencias (6,1%), correspondiendo a la terapia antirresortiva solo 33 de ellas, y las 444 restantes a terapias inmunosupresoras. El 63,7% de las incidencias fueron detectadas de forma telefónica.

De las 477, tan solo 33 de ellas corresponden a pacientes con osteoporosis, siendo la mayoría (93%) propias de enfermedades autoinmunes. El análisis bioestadístico muestra que en los pacientes con LES hay mayor probabilidad de incidencias (4,8% de las incidencias corresponden a 392 registros de LES; $P = 0,026$) que en el resto de enfermedades autoinmunes. Por otro lado, en los pacientes con AR y EA las incidencias detectadas son mayoritariamente por vía telefónica ($p = 0,047$ y $0,029$ respectivamente). También se observa un mayor número de incidencias en las administraciones intravenosas con TCZ ($p = 0,009$).

Conclusiones: La Consulta de Enfermería de pacientes con patología reumática en tratamiento intravenoso ha realizado el seguimiento de más de 500 pacientes con solo un 6% de incidencias, contribuyendo a mejorar el estado de salud del paciente y facilitando su monitorización. Además al identificar las incidencias, se reduce el número de consultas médicas presenciales, se evita la preparación de medicación que no se va a administrar y en resumen se mejora la gestión de los recursos sanitarios hospitalarios.

62. IMPACTO DEL TRATAMIENTO DIURÉTICO EN LA RESPUESTA HIPOURICEMIANTE EN PACIENTES CON GOTA: ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE INCEPCIÓN

Ranieri L¹, Contero C², Andrés M^{1,2}

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

Introducción: La terapia diurética es habitual en pacientes con gota y se ha asociado a reducción del efecto del alopurinol^{1,2}, pudiendo conducir a fallo de tratamiento y refractariedad. Si este efecto persiste tras la introducción de nuevos tratamientos reductores de uricemia (TRU) y de estrategias dirigidas por objetivo, no ha sido establecido.

Objetivo: Analizar el impacto de los diuréticos en la respuesta al TRU en pacientes con gota.

Material y métodos: Análisis retrospectivo. Cohorte de inyección de pacientes con gota probada por visualización de cristales (enero 2014 - noviembre 2016). Los pacientes se han agrupado según toma de diuréticos (de asa o tiazidas). Las variables de resultado principales fueron la reducción de la uricemia y la consecución de objetivos de uricemia (<6, <5 y <4mg/dL), y la variable secundaria la dosis máxima de TRU. Se han registrado otras variables clínicas, analíticas y relacionadas con TRU. Se ha realizado un análisis comparativo según uso de diuréticos (con la t de Student y la chi²) y un análisis por subgrupos según el TRU empleado.

Resultados: Se han incluido 225 pacientes, edad media de 65 años (DE 14,1), un 86,2% hombres. Mediana de duración de gota de 4 años (p25-75 1-10) y tofos en un 21,3%. Las medianas (p25-75) de uricemia al diagnóstico y de filtrado glomerular fueron de 8,2 mg/dL (7,2-9,2) y 75,9 ml/min (27,2-88,3), respectivamente. Un total de 98 pacientes (43,6%) recibía tratamiento diurético, combinado en 11 (5,0%). Las indicaciones del diurético fueron hipertensión (64,7%), insuficiencia cardíaca (9,4%) e insuficiencia renal (5,9%). Hubo seguimiento en 209 pacientes (92,9%), mediana de 9 meses de seguimiento (4-14). El TRU fue alopurinol en 172 pacientes (82,6%), febuxostat en 34 (16,5%) y benzbromarona en 2 casos (0,9%). Los pacientes en diuréticos eran más mayores (p<0,001), había más mujeres (p<0,001) y tenían mayores tasas de hipertensión arterial (p<0,001), diabetes (p=0,001) y enfermedad cardiovascular (p<0,001), mayor uricemia basal (p=0,003) y menor filtrado glomerular (p<0,001). La tabla muestra la comparativa de las variables según tratamiento diurético.

co y TRU empleado (excluidos los dos casos de benzbromarona). Salvo menor consecución de AU<5 en el subgrupo de alopurinol, no se han encontrado diferencias significativas de forma global ni por tipo de TRU en función del diurético.

Conclusión: Los diuréticos no parecen tener actualmente un impacto significativo en la consecución de los diferentes objetivos del tratamiento de pacientes con gota.

Variables de resultado	Diurético		p
	No	Sí	
Global (n=209)	N=117	n=92	
Reducción uricemia (mg/dL), media (DE)	3,2 (2,1)	3,7 (2,5)	0,196
AU<6 (%)	80,0%	75,9%	0,458
AU<5 (%)	61,0%	50,6%	0,126
AU<4 (%)	31,4%	28,9%	0,575
Alopurinol (n=158)	N=92	N=66	
Reducción uricemia (mg/dL), media (DE)	3,1 (1,9)	3,2 (2,0)	0,813
AU<6 (%)	80,6%	74,2%	0,337
AU<5 (%)	60,2%	43,9%	0,043
AU<4 (%)	28,0%	21,2%	0,334
Dosis máxima (mg/día), media (DE)	316,5 (126,9)	278,6 (121,8)	0,053
Febuxostat (n=33)	N=14	N=19	
Reducción uricemia (mg/dL), media (DE)	3,7 (3,4)	5,6 (3,1)	0,147
AU<6 (%)	70,0%	82,4%	0,456
AU<5 (%)	70,0%	76,5%	0,711
AU<4 (%)	60,0%	58,8%	0,952
Dosis máxima (mg/día), media (DE)	80,0 (16,3)	80,0 (25,3)	0,348

Bibliografía: 1.- *Rheumatology*. 55:1172. 2.- *Br J Clin Pharmacol*. 81:277.

63. DISMINUCIÓN DEL PERIODO DE INCAPACIDAD TEMPORAL POR ENFERMEDADES MUSCULOESQUELÉTICAS: UTILIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PRECOZ EN EL ÁREA DE SALUD VALENCIA-LA FE

Oller Rodríguez JE¹, Fuente Goig MT², Ortiz-Sanjuan FM¹, Ivorra Cortés J¹, Grau García E¹, Vicens Bernabéu E¹, Labrador Sánchez E¹, Arévalo Ruales K¹, Frago Gil JJ¹, González Mazario R¹, Alcañiz Escandell C¹, Cánovas Olmos I¹, Chalmeta Verdejo I¹, Feced Olmos CM¹, González Puig L¹, Martínez Cordellat I¹, Nájera Herranz C¹, Neguerols Albuixech R¹, Andani Cervera J¹, Román Ivorra JA¹

¹Servicio de Reumatología y ²Servicio de Prevención de Riesgos Laborales HUP La Fe. Valencia

Objetivos: Analizar la variación de los días de baja laboral por Incapacidad Temporal (IT) de los pacientes incluidos en un programa de intervención precoz respecto al periodo de baja laboral de un grupo de control no sometido a dicho programa.

Material y métodos: Estudio prospectivo de casos y controles, donde se incluyeron pacientes del área del HUP La Fe, remitidos por primera vez entre abril de 2012 y abril de 2016 a la consulta de Intervención Precoz, que presentaban IT laboral de origen músculo-esquelético. Dichos pacientes se citan en el plazo máximo de una semana y se les ofrece tratamiento médico, ecografía, infiltraciones y ejercicios dirigidos si son necesarios. Se excluyeron aquellos pacientes cuyas incapacidades eran de origen traumático o quirúrgico. Como controles se seleccionaron pacientes en proceso de baja laboral del Servicio de Prevención de Riesgos Laborales que no fueron remitidos a nuestra consulta de intervención precoz.

Resultados: Se incluyó un total de 666 pacientes, de los cuales 508 pertenecían al programa y 158 al grupo de control. La media de edad de los pacientes del programa de IT fue de 47,6 años y el 53,9% eran mujeres, con características demográficas similares en el grupo control. Los diagnósticos más frecuentes fueron lumbalgia (23,3%), cervicgia (18%) y lumbociatalgia (12,3%). El 100% de los pacientes recibió tratamiento médico, al 54,5% se les enseñaron ejercicios de fisioterapia a realizar en domicilio, a un 26,4% se le realizó ecografía articular y al 19,9% de los mismos se le practicó al menos una infiltración. Las patologías que presentaban un mayor promedio de días de incapacidad laboral fueron las meniscopatías (203 días), el síndrome del hombro doloroso (173 días) y la lumbociatalgia (170,5 días). Al comparar estos datos con el grupo control se observa una disminución significativa de los días de baja (137 en grupo IT y 194 en grupo control; con p<0,001). También se observó una asociación significativa del tiempo de baja laboral con el tiempo de demora en la derivación, especialmente en los primeros 10 días (p=0,04). No se encontraron diferencias significativas en la duración de la baja laboral entre sexos, grupos de edad ni diagnósticos. Se observó un mayor tiempo hasta la recaída en el grupo de intervención, aunque la diferencia no llegó a ser significativa. Se observó una relación inversa entre la edad y el tiempo hasta la recaída (p=0,01).

Conclusiones: Según los resultados obtenidos se observa que la intervención temprana por reumatólogos en pacientes con incapacidad laboral temporal por patología de origen músculoesquelético disminuye la duración de su baja laboral, pudiendo incorporarse antes a su trabajo y consecuentemente, ahorrar todos los gastos derivados de dicha incapacidad temporal.

Índice de Autores

Autor	Nº Resumen	Autor	Nº Resumen
A		Fernández Campillo J	50
Aguilar Zamora M	12, 13, 20, 22, 30, 32, 45, 47, 53	Fernández Carballido C	29
AIRE-MB	14, 19, 33, 37, 42	Fernández Matilla M	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 16, 17, 18, 57
Alcañiz Escandell C	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 21, 24, 28, 31, 35, 40, 41, 44, 48, 54, 55, 61, 63	Fernández-Llanio Comella N	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 16, 17, 18, 57, 60
Alegre Sancho JJ	12, 13, 20, 22, 23, 30, 32, 34, 45, 47, 53	FLS-HMB	42
Alvarado JD	42	Fornés Ferrer V	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 24, 31, 35, 40, 41, 44
Álvarez de Cienfuegos Rodríguez A	25, 27	Fragio Gil J	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 21, 24, 28, 31, 35, 40, 41, 44, 48, 54, 55, 61, 63
Andani Cervera J	63	Fuente Goig MT	63
Andrés M	3, 15, 43, 46, 62	G	
Añón Roig S	57	Gali M	49
Arévalo Ruales K	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 21, 24, 28, 31, 35, 40, 41, 44, 48, 54, 55, 61, 63	Galicia Puyol S	25, 27
Arcos H	42	García A	42
B		García Carrasco M	33
Baali W	53	García Gómez JA	37
Balaguer Trull I	1, 26, 56, 59	García Sevilla R	15
Barbeito Gadea JE	52	Gayá I	15
Barber X	14, 19, 33, 37, 42	Giménez Romero D	9
Batlle Gualda E	58	Giner Galvañ V	52
Begazo Cruz A	57	González-Cruz Cervellera MI	2
Belmonte Serrano MA	60	González Mazario R	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 21, 24, 28, 31, 35, 40, 41, 44, 48, 54, 55, 61, 63
Benavent Madramany G	52	González Puig L	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 21, 24, 28, 31, 35, 40, 41, 44, 48, 54, 55, 61, 63
Bernabeu González P	58, 60	Granados Ruiz M	50
Bernal JA	15	Grao Castellote C	41
C		Grau García E	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 21, 24, 28, 31, 35, 40, 41, 44, 48, 54, 55, 61, 63
Calabuig Muñoz E	54	Guinot J	49
Calvo Catalá J	1, 2, 26, 36, 56, 59, 60	H	
Campos Fernández C	1, 2, 26, 36, 56, 59	Hernández JJ	42
Cano C	14, 19, 33, 37, 42	Hernández M	42
Cánovas Olmos I	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 21, 24, 28, 35, 40, 41, 44, 48, 54, 55, 61, 63	Hervás Marín D	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 16, 17, 18, 44, 54, 55, 61
Caño R	38, 39	Huerta Barberá S	24
Castellano Cuesta JA	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 16, 17, 18, 57, 60	I	
Cervera Juan MA	2	Ibero I	15, 43, 46
Chalmeta Verdejo I	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 21, 24, 28, 31, 35, 40, 41, 44, 48, 54, 55, 61, 63	Ivorra Cortés J	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 21, 24, 28, 31, 35, 40, 41, 44, 48, 54, 55, 61, 63
Climente Martí M	34	J	
Contero C	62	Jiménez JJ	42
D		Jovani Casano V	15, 60
De la Morena Barrio I	1, 2, 26, 36, 49, 51, 56, 59	L	
Diéguez J	38, 39	Labrador Sánchez E	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 21, 24, 28, 31, 35, 40, 41, 44, 48, 54, 55, 61, 63
E		Jerma Garrido J	1, 26, 36, 56, 59
Estañ Capell N	12, 13	Llinares Tello F	33, 37, 42
Esteve J	15	Llopis Salvia P	34
F		López C	42
Feced Olmos C	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 21, 23, 24, 28, 31, 35, 40, 41, 44, 48, 54, 55, 61, 63	López MD	42

Índice de Autores

Autor	Nº Resumen	Autor	Nº Resumen
López Arlandis JM.	52	Pons A	14, 19, 33, 37, 42
López Nieto J.	38, 39	Q	
López Ortega JM.	12, 13	Quilis N	3
López Salguero S.	15, 43, 46	R	
López Serrano A.	45	Ranieri L	43, 46, 62
Lorente M.	14, 19, 33, 37, 42	Robustillo Villarino M	20, 22, 23, 30
Lozano Sáez A.	60	Román Ivorra JA	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 21, 24, 28, 31, 35, 40, 41, 44, 48, 54, 55, 61, 63
M		Rosas J	14, 19, 33, 37, 42, 60
Mainero Mendoza S.	28	Rueda Cid A.	1, 2, 26, 36, 56, 59
Marco Mingot M.	33, 37, 42	S	
Martín de la Leona Miñana R.	56, 59	Sáez Belló M	34
Martín Doménech R	29	Salas Heredia E.	14, 19, 33, 37, 42, 52
Martínez A.	15	Salavert LLeti M	54
Martínez Arberola N	29	Sánchez Herrero A.	12, 13
Martínez Cordellat I.	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 21, 24, 28, 31, 35, 40, 41, 44, 48, 54, 55, 61, 63	Sanchis M.	14, 19, 33, 42
Martínez Costa L	53	Santo Niñerola P	50
Martínez Ferrer A	12, 13, 20, 22, 23, 30, 32, 45, 47, 53	Santos Alarcón S	32
Martínez Vidal MP.	29	Santos Ramírez C	52
Mateo Sanchis E	53	Santos Soler G	14, 19, 33, 37, 42
Mateu Puchades A.	32	Senabre Gallego JM	14, 19, 33, 37, 42
Mínguez Vega M	58	Sequi Sabater JM	11
Molina J.	33, 37	Serrano B.	51
Molinos AM	42	Sivera Mascaró F.	29
Monte Boquet E.	35	Soler Bas B	40
Montolio Chiva L	12, 13, 20, 22, 30, 32, 47, 53	Statti B.	42
Monzó Cárcer JA.	2	T	
Moya Herraiz A	44	Tasias Pitarch M	54
N		Tejón Menéndez P	60
Nájera Herranz C.	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 21, 24, 28, 35, 40, 41, 44, 48, 54, 55, 61, 63	Tévar Sánchez M.	25, 27
Naranjo A	37	Tomás G	49
Navarro Blasco FJ	60	Torralba Collados F	41
Negueroles Albuixech R.	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 21, 24, 28, 31, 35, 40, 41, 44, 48, 54, 55, 61, 63	Tovar Sugreñes E.	5
Núñez Monje V	20, 22, 30	U	
O		Udaondo Mirete P.	31
Oller Rodríguez JE.	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 21, 24, 28, 31, 35, 40, 41, 44, 48, 54, 55, 61, 63	V	
Ordoñez JC	15, 43, 46	Valls Pascual E.	12, 13, 20, 22, 23, 30, 32, 45, 47, 53
Ortiz Salvador JM	36	Vargas E.	51
Ortiz Sanjuán FM	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 21, 24, 28, 31, 35, 40, 41, 44, 48, 54, 55, 61, 63	Vela P.	15, 38, 39
P		Verdú Rico J.	58
Panadero Tendero G.	58	Vergara Dangond C.	12, 13, 20, 22, 30, 32, 45, 47, 53
Paredes Arquiola JM	34	Vicens Bernabeu E.	4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16, 17, 18, 21, 24, 28, 31, 35, 40, 41, 44, 48, 54, 55, 61, 63
Pastor Cubillo MD	1, 2, 26, 36, 56, 59	Villota Bello A.	44
Pérez Torres A	57	Y	
Ponce J.	43, 46	Ybáñez García D.	12, 13, 20, 22, 23, 30, 32, 45, 47, 53, 60



Nuestra web, tu web, para profesionales y pacientes.
Incluye la revista SVR, congresos, novedades y mucho más...

¡Entra y consúltala!