

XXXI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

Las Palmas de Gran Canaria, 18-20 de mayo de 2005

Pósters

1ª Sesión

Miércoles 18 de mayo

1

ASOCIACIÓN DE UN SNP FUNCIONAL DE PTPN22 CON ARTRITIS REUMATOIDE Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

G. Orozco, E. Sánchez, M.A. González-Gay, B. Torres, R. Cáliz, N. Ortego-Centeno, J. Jiménez-Alonso, D. Pascual-Salcedo, A. Balsa, M.F. González-Escribano y J. Martín
I.P.B. López-Neyra.

El objetivo de este estudio es determinar la posible asociación entre el polimorfismo 1858C→T del gen PTPN22 y dos enfermedades autoinmunes sistémicas, artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES). Nuestra población a estudio consistió en 826 pacientes de AR, 338 pacientes de LES y 1036 individuos sanos de origen español caucásico. El genotipaje del polimorfismo 1858C→T del gen PTPN22 se realizó mediante tecnología de PCR a tiempo real, utilizando el ensayo de discriminación alélica 5' con sondas Taqman. La distribución de genotipos general en los pacientes de AR fue significativamente diferente a la de los controles sanos ($P = 0,005$, mediante un test chi cuadrado de una tabla de contingencia 2x3). Observamos una diferencia estadísticamente significativa en la distribución del alelo PTPN22 1858T entre individuos sanos (7,4%) y los pacientes de AR (10,4%) ($P = 0,001$; OR = 1,45, 95% CI 1,15-1,83). Además, los genotipos PTPN22 1858C/T y T/T estaban presentes en los enfermos de LES con una frecuencia significativamente mayor que en los controles ($P = 0,02$; OR = 1,55, 95% CI 1,01-2,09). También observamos diferencias cuando comparamos las frecuencias alélicas; el alelo PTPN22 1858T se presentó con mayor frecuencia entre los pacientes de LES ($P = 0,03$; OR = 1,45, 95% CI 1,01-2,09). Estos resultados indican que el alelo PTPN22 1858T confiere susceptibilidad a AR y LES en nuestra población.

2

EL METOTREXATO (MTX), A TRAVÉS DE LA LIBERACIÓN DE ADENOSINA, MODULA LA EXPRESIÓN DE IL-15 Y LA PROLIFERACIÓN INDUCIDA POR TNFA EN FIBROBLASTOS SINOVIALES DE ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

E. Miranda, M. Benito, A. Balsa y E. Martín Mola
Hospital La Paz.

Antecedentes: El TNF-a presente en la articulación reumatoide es capaz de aumentar la expresión de IL-15 en fibroblastos sinoviales (FS). Esta IL-15 puede inducir proliferación de FS por un mecanismo autocrino. El modo de acción del MTX en la AR no se conoce bien. A través de la inhibición de la AICAR transformilasa, el MTX induce liberación al medio extracelular del potente autoide antiinflamatorio adenosina.

Objetivo: Estudiar el efecto del MTX en la expresión de IL-15 y la proliferación inducidas por TNF-a en FS.

Métodos: FS aislados de piezas quirúrgicas de pacientes con AR ($n = 10$) fueron cultivados en placas de 6 pocillos. Los FS fueron estimulados con TNF-a, 10 ng/ml y pre-tratados durante 2 horas con medio o MTX a dosis crecientes (0, 0,01, 0,1, 1, 10 μ M), en presencia ó ausencia de adenosina deaminasa, DPCPX (antagonista de los receptores A1 de adenosina) ó DMPX (antagonista de los receptores A2 de adenosina). La expresión de IL-15 de superficie e intracelular fueron determinadas por inmunofluorescencia y citometría de flujo. La expresión de mRNA para IL-15 se determinó por PCR en tiempo real. La proliferación de FS se evaluó con alamar blue.

Resultados: El TNF-a indujo un aumento de la expresión de IL-15 intracelular y de superficie, de mRNA para IL-15 y de la tasa de proliferación de FS. La proliferación de FS fue inhibida significativamente por un anticuerpo monoclonal neutralizante anti-IL-15 pero no por un isotipo control. En presencia de MTX, el aumento de la expresión de IL-15 y de proliferación inducida por TNF-a se redujeron en un 40-60% de manera dosis-dependiente. La adenosina deaminasa y el DMPX pero no el DPCPX, revirtieron el efecto del MTX.

Conclusión: El MTX interfiere con la acción del TNF- α sobre la producción de IL-15 y la proliferación de los fibroblastos sinoviales de AR. Este efecto parece estar mediado por la liberación de adenosina, la cual actuaría sobre receptores A₂. Este mecanismo podría explicar al menos en parte el efecto del MTX sobre la proliferación excesiva de los fibroblastos en pacientes con AR.

3

MODIFICACIONES DE LOS PARÁMETROS INFLAMATORIOS Y ENDOTELIALES EN SUJETOS CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON ANTI-TNF

I. Macías, M. Ruíz, R. Baturone, N. Chozas, F. Medina, S. García y J.A. Girón

Hospital Universitario Puerta del Mar.

Introducción: Un amplio rango de citocinas y otros mediadores de inflamación se expresan en la Artritis Reumatoide (AR), como TNF α y sus dos receptores (p55 y p75 TNFR), citocinas proinflamatorias (interleucinas -IL- 1, IL-6), y componentes antiinflamatorios, como IL-10, quimiocinas (IL-8, monocyte chemoattractant protein-1), molécula de adhesión vascular celular-1 (VCAM-1) y el factor de crecimiento de endotelio vascular (VEGF). Investigaciones clínicas en las cuales la actividad de TNF α en pacientes con AR fue bloqueada con la administración intravenosa de infliximab, un anticuerpo monoclonal quimérico anti-TNF, ha demostrado que TNF α regula el proceso inflamatorio, controla e interviene en el daño articular. En el presente trabajo hemos demostrado la hipótesis de que este tratamiento tiende a normalizar el patrón alterado de las citocinas y de los factores vasculares.

Objetivos: Análisis de los niveles séricos y modificaciones de TNF α , sus dos receptores solubles, IL-10 y moléculas endoteliales y vasculares (molécula de adhesión celular vascular 1 -sVCAM-1 y el factor de crecimiento de endotelio vascular -VEGF-) después de tratamiento con metotrexate y anti-TNF (Infliximab) en pacientes con AR.

Pacientes y métodos: 36 pacientes con AR y 20 sujetos controles sanos fueron incluidos. Los pacientes habían recibido dosis estable de metotrexate. 25 de ellos mostraron una respuesta clínica a metotrexate (Grupo MTX). Los otros 11 no habían respondido a MTX y fueron seleccionados para añadirles infliximab (Grupo MTX+IFM). El índice de actividad de la enfermedad (DAS 28), la concentración de hemoglobina, la velocidad de sedimentación globular, la proteína C reactiva y los niveles séricos de TNF α , sus dos receptores solubles, IL-10, sVCAM-1 y VEGF fueron determinados de forma basal y previo a cada infusión de infliximab (3mg/kg) en las semanas 2, 6, 14, 22 y 30.

Resultados: En el grupo MTX+IFM, además de un esperado aumento de los índices DAS 28 y test MHAQ, existía un aumento de la VSG, PCR y un menor valor de la concentración de hemoglobina. Existió una correlación estadísticamente significativa en el grupo total de enfermos con AR (n = 36) entre los índices DAS28 y MHAQ, así como entre el índice DAS 28 y varios parámetros de laboratorio indicativos de actividad inflamatoria. Aunque los niveles séricos de TNF α fueron similares en los pacientes y controles, los pacientes con AR mostraron valores significativamente más elevados de ambos receptores solubles de TNF, IL-10, sVCAM-1 y VEGF que en los individuos sanos. Las concentraciones de TNF α , sus dos receptores solubles e IL-10 fueron similares en pacientes con AR activa (grupo MTX+IFM) y en aquellos en los que metotrexate indujo inactivi-

dad clínica (Grupo MTX). Sin embargo, existían niveles significativamente más elevados de sVCAM-1 y VEGF en aquellos con enfermedad activa. Una correlación estadísticamente significativa fue detectada entre los niveles de VEGF y el recuento plaquetario en el total de los pacientes y no entre citocinas, sus receptores y las moléculas endoteliales y vasculares y los test de actividad, VSG o PCR. Hubo un significativo descenso de los valores del DAS 28 y test MHAQ, VSG y niveles de PCR después de comenzar tratamiento con infliximab. Las concentraciones séricas de TNF α , pero no de sus dos receptores solubles, aumentaron de forma significativa durante el tratamiento con infliximab y los niveles de IL-10 permanecieron estables y la concentración de sVCAM-1 no mostró cambios significativos. Los niveles de VEGF mostraron un descenso significativo después del inicio de infliximab, aunque sus valores continuaron siendo elevados al final del estudio en comparación con los sujetos sanos.

Conclusiones: Aumentados niveles de sVCAM-1 y de VEGF son marcadores séricos de AR activa. La ausencia de normalización de ellas en pacientes con AR inactiva podría explicar la respuesta únicamente temporal del tratamiento.

4

DIFERENCIAS ENTRE DOS GRUPOS ÉTNICOS DE FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS Y CRITERIOS DIAGNÓSTICOS EN ARTRITIS REUMATOIDE

N. Vázquez Fuentes, G. Pérez Lidón y M. Tenorio Martín

Hospital Ingesa de Ceuta.

Objetivo: Evaluar si existen diferencias entre dos grupos étnicos (GE), cristianos (GEC) y musulmanes (GEM), en cuanto a factores epidemiológicos y cumplimiento de criterios diagnósticos en artritis reumatoide (AR).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo a partir de la base de datos obtenidos de la Consulta Externa de Reumatología del Hospital de Ceuta en el período Enero 1990-Diciembre 2004. Seleccionamos pacientes diagnosticados de AR según los criterios ACR pertenecientes a los dos GE más prevalentes en nuestro medio (GEC y GEM). Analizamos si existen diferencias estadísticamente significativas en cuanto a factores epidemiológicos (sexo y edad) y cumplimiento de los criterios diagnósticos de AR (Rigidez matutina RM, Artritis de 3 o más articulaciones A3, Artritis de manos AM, Artritis simétrica AS, Nódulos N, Factor reumatoide positivo FR+ y erosiones radiológicas ERx) entre los 2 grupos.

Resultados: De 100 pacientes diagnosticados de AR (GEC: 66, GEM: 34) al analizar los factores epidemiológicos encontramos que la frecuencia en el sexo femenino es mayor en ambos GE sin diferencias estadísticamente significativas. La proporción de casos por grupos de edad es similar en ambos GE hasta los 50 años; en este grupo se observa un mayor número de casos en el GEM invirtiéndose esta relación en las edades más extremas. Al analizar la frecuencia de cumplimiento de los criterios diagnósticos encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a A3, AM, AS y FR+, más frecuentes en el GEM, y a N más frecuentes en el GEC (en ambos casos $p < 0,05$) no existiendo diferencia en cuanto a RM.

Conclusiones: 1. La AR es más frecuente en el sexo femenino en ambos GE. 2. En el grupo de edad de 50 años la AR es más frecuente en el GEM invirtiéndose esta relación en edades extremas. 3. La Artritis de 3 o más articulaciones, simétrica de manos y la positividad del FR son más frecuentes como criterio diagnóstico de AR en el GEM y los Nódulos en el GEC. No hay diferencias en cuanto a frecuencia de Rigidez matutina en ambos GE.

SIGNIFICADO CLÍNICO DE UNA NUEVA VARIANTE DEL RECEPTOR DEL TNF ALFA TIPO 2 SOLUBLE PRODUCIDA POR SPLICING ALTERNATIVO (DS-TNFR2) EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

C. Albaladejo, B. Laínez, F.J. Blanco, E. Graell, R. Sanmartí, J.A. Pinto, M.J. López-Armada, J.R. Rodríguez-Cros, P. Engel y J.D. Cañete
Hospital Clínico de Barcelona.

Antecedentes: Recientemente, hemos aislado y caracterizado una nueva variante de sTNFR2 producida por splicing alternativo (ds-sTNFR2), que está elevada en el suero de alrededor del 30% de los pacientes con artritis reumatoide (AR) (Laínez B, et al. *Int. Immunol*, 2004; 16:169-77).

Objetivo: Analizar si las concentraciones séricas elevadas de ds-sTNFR2 dependen de la actividad clínico-biológica de la enfermedad, y si influyen en la respuesta terapéutica (a DMARD's o antagonistas del TNF α) y en la progresión radiológica de pacientes con AR.

Pacientes y métodos: 116 pacientes con AR (80% FR+) fueron estudiados de forma prospectiva: *Grupo I:* 64 incluidos antes de iniciar la terapia con infliximab, seguidos hasta la semana 30 de tratamiento. *Grupo II:* 52 pacientes con AR de inicio, incluidos antes de iniciar tratamiento con DMARDs (sales de oro/metotrexato), según un algoritmo terapéutico, y seguidos durante 12 meses. En ambos grupos se determinaron los parámetros clínico-biológicos de actividad de la enfermedad, incluyendo DAS28 como índice de actividad, al inicio y al final del estudio. Se utilizaron los criterios de respuesta terapéutica de la EULAR. Se determinaron asimismo los niveles séricos de FR, anti-CCP, MMP-1, MMP-3, VEGF, ds-sTNFR2 y total-sTNFR2. La progresión del daño radiológico se analizó en el Grupo II, mediante el método de Larsen modificado. Basándonos en que 14,6 ng/ml representa tres desviaciones estándar por encima de la media en controles, y para analizar el efecto de "fenotipos extremos", se dividieron a los pacientes en dos grupos: igual o superior e inferior a 50 ng/ml a la inclusión.

Resultados: *Grupo I:* 27% de los pacientes (94% FR +), tenían ds-sTNFR2 > 50 ng/ml al inicio del estudio; 73% estos pacientes obtuvieron respuesta terapéutica a la semana 30 frente al 53% de los pacientes con niveles <50 ng/ml. *Grupo II:* 40,4% de los pacientes (100% FR+) tenían ds-sTNFR2 > 50 ng/ml al inicio del estudio. No hallamos diferencias en el porcentaje de respondedores con respecto a los niveles de ds-sTNFR2. El 24% de los pacientes de este grupo evidenció progresión radiológica, aunque no hallamos correlación entre ésta y la concentración de ds-sTNFR2. Por otro lado, la concentración sérica basal de MMP-1 se correlacionó con las erosiones ($p = 0,02$), Larsen ($p = 0,04$) y la progresión radiológica ($p = 0,04$) al año, y la de VEGF mostró una tendencia a la correlación positiva con las erosiones al año ($p = 0,09$). La concentración sérica basal de ds-sTNFR2 se correlacionó con los niveles séricos de FR ($p < 0,001$), NAD ($p = 0,05$) y NAI ($p = 0,02$) y se halló una tendencia a la correlación con la VSG ($p = 0,07$) y el VEGF ($p = 0,06$). No se observó correlación con la MMP-1 y MMP-3.

Conclusiones: En la AR, los niveles séricos basales de ds-sTNFR2 podrían influir en la respuesta a la terapia con infliximab, pero no a la terapia con DMARDs clásicos (sales de oro o metotrexato). A pesar de que los niveles de ds-sTNFR2 no parecen depender de la activación celular (shedding), se correlacionan

con la actividad clínico-biológica de la AR. Por otro lado, MMP-1 basal, pero no ds-sTNFR2, es un marcador pronóstico de daño radiológico al año de seguimiento en AR.

LOS ANTICUERPOS ANTIPÉPTIDO CITRULINADO COMO MARCADORES DE PRONÓSTICO DE PROGRESIÓN RADIOGRÁFICA

A. López-Bernus, L. Pozo, G. Risco, C.A. Montilla, J. Medina Luezas, L. Fuentes Pardo, B. García, C. González, J.M. González Buitrago, J. del Pino Montes
Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: Los anticuerpos antipéptido citrulinado (aPC) y el Factor reumatoide (FR) se han propuesto como marcadores de diagnóstico y pronóstico en la Artritis reumatoide (AR) aunque existen resultados contradictorios sobre la utilidad de los mismos.

Objetivo: Evaluar la utilidad de los aPC y del FR como marcadores de pronóstico progresión radiográfica en una cohorte de pacientes con AR de inicio precoz.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 72 pacientes que cumplían criterios de clasificación de la ACR, con un tiempo de evolución inferior a 2 años. La determinación de aPC (ELISA, punto de corte 20U/ml, con una prevalencia de 0,15 según estimación de la frecuencia en el S. de Reumatología) y FR IgM (nefelometría automatizada) en la visita basal. La evaluación radiográfica (método van der Heijde) se hizo comparando las radiografías basales y tras un año de seguimiento. Todos los pacientes recibieron tratamiento con fármacos modificadores de enfermedad (fundamentalmente metotrexato y leflunamida). Ninguno de los pacientes recibió tratamiento con antiTNF α .

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 56,29 (14,62). El tiempo medio desde comenzar los síntomas hasta acudir a la consulta de Reumatología fue de 9,8 meses (DE: 7,95). Hubo un incremento del índice de progresión al año en aquellos pacientes que presentaron APC negativo-FR positivo (8,33 puntos por año) en relación a la encontrada con pacientes: APC positivo-FR positivo (2,43 puntos por año) ($p < 0,03$); APC negativos-FR negativo (2,26 puntos por año) ($p < 0,03$) y APC positivo-FR negativo (1,2 puntos por año) ($p < 0,02$). El análisis multivariante no relacionó estos hallazgos con el tiempo de evolución de la enfermedad, la edad de los pacientes y la actividad (medida por DAS) al inicio y al año del seguimiento.

Conclusiones: No encontramos asociación entre la presencia del APC y la progresión radiográfica en la AR de inicio precoz. La presencia de FR se asoció a peor pronóstico radiográfico. Es necesario realizar estudios en muestras más amplias para aclarar la discrepancia de resultados entre los estudios publicados.

ANTECEDENTES FAMILIARES, ANTICUERPOS ANTIPÉPTIDOS CIRTRULINADOS Y SEVERIDAD DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN CÓRDOBA

J.A. Carrasco, F.G. Martínez, J. González, P. Caricot, P. Font, M.D. Miranda, G. Morote, M.C. Castro y M. Santamaría
Departamentos de Reumatología e Inmunología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción: Diversos marcadores clínicos y biológicos se describen en relación a un peor curso y resultado funcional de la Artritis Reumatoide (AR).

Objetivos: Evaluar si la severidad de los pacientes con Artritis Reumatoide (AR) se relaciona con la presencia de antecedentes familiares y la positividad de los anticuerpos antipeptidos citrilinados cíclicos (AcPcc).

Material y métodos: Estudio transversal en el que se evaluaron 51 pacientes con criterios de AR según ACR, tanto de inicio (diagnóstico en menos de un año desde el inicio) como establecida. Las variables estudiadas fueron género, niveles de factor reumatoide (FR), DAS28, HAQ, número de FAME's tomados, antecedentes familiares de primer grado AR y niveles elevados de AcPcc (>5). Las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias y porcentajes y las cuantitativas mediante media aritmética \pm desviación típica. Se realizó la prueba Chi cuadrado para contrastar proporciones y la prueba T de Student para comparar medias. Los indicadores de severidad tomados fueron: F. reumatoide (+), toma de más de 2 FAME's y HAQ mayor de 1,5. Se obtuvieron diferencias significativas con $p < 0,05$. Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS v 11.01.

Resultados: No hemos encontramos diferencias significativas entre la presencia de antecedentes familiares y positividad de AcPcc y la frecuencia de ninguna de las 3 variables tomadas como indicativas de severidad: FR+ ($p = 0,980$), HAQ > 1,5 ($p = 0,291$) y toma de más de 2 FAME's ($p = 0,633$).

Conclusiones: Podemos concluir que, en nuestro estudio, ni la presencia de antecedentes familiares de AR ni la positividad de los ACPCC son buenos indicadores de severidad de la enfermedad. Sin embargo, aquellos pacientes con antecedentes familiares y positividad de AcPCC presentan mayor porcentaje de HAQ alto y de uso de FAMES sin que hayamos encontrado diferencias estadísticamente significativas.

8

LA ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO TARDÍO – CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y COMPARACIÓN EN UNA POBLACIÓN DE ENFERMOS DEL INSTITUTO PORTUGUÉS DE REUMATOLOGÍA

F. Barcelos, D. Medeiros, J.S. Ribeiro, S. Cortes, L. Miranda, A. Teixeira, M. Micaelo, M. Silva, H. Madeira y J. Vaz Pato
Instituto Português de Reumatologia.

Introducción: La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica, de etiología desconocida, que se caracteriza por sinovitis simétrica, erosiones y, en algunos casos, por manifestaciones extrarticulares. Tiene una incidencia máxima entre los 35-55 años, con predominio del sexo femenino. La presencia de factores reumatoides ocurre en un porcentaje que varía entre 70 y 90%, con erosiones de 60 a 90% y nódulos subcutáneos aparecen en 20 a 30% de los casos. Con el envejecimiento de la población, el inicio de la AR después de los 60 años tiende ser más frecuente, y existen autores que defienden características diferentes de la AR de inicio tardío (ARIT), cuando es comparada con la AR “clásica” (ARC, inicio antes de los 60 años). Es referido un mayor equilibrio entre los sexos, inicio y progresión más agresiva y con menor número de articulaciones lesionadas, con preferencia por las grandes articulaciones (Ej.: hombro), menor frecuencia de factor reumatoide, mayor frecuencia de manifestaciones extrarticulares y co-morbilidad, y peor respuesta a la terapéutica, dando lugar aun peor pronóstico. Sin embargo, existen estudios contradictorios, que sugieren inexistencia de diferencias significativas.

Objetivos: Comparar las características de dos poblaciones de enfermos con el diagnóstico de AR, observados en consulta de reumatología en IPR durante el año 2004, según la edad de instauración.

Métodos: Estudio retrospectivo de 199 procesos clínicos, escogidos de una forma aleatoria, que acudieron a Todos los enfermos con más de 18 años y cumplían 4 o más criterios para AR, según Americana College of Rheumatology. Se formaron 2 grupos según si la edad era superior a 60 años (ARIT) o inferior (AR “clásica” – ARC). Para cada grupo fueron observados parámetros demográficos (edad actual, raza, sexo), características de la enfermedad (edad de inicio, tiempo de diagnóstico, duración de la enfermedad, manifestaciones iniciales, tipo de lesión articular y evolución, la presencia de factor reumatoide, erosiones o nódulos subcutáneos), manifestaciones extrarticulares y enfermedades concomitantes.

Resultados: En el 34 (17%) de los enfermos evaluados, la AR se inicio después de los 60 años (ARIT), mientras que en 165 (83%) el inicio fue anterior (ARC). En el grupo ARIT 79% eran del sexo femenino (3,8/1 en relación al sexo masculino), mientras que en el grupo ARC o sexo femenino representaba 85% (5,7/1). La duración media de la enfermedad era de 6,2 años ($\pm 4,7$ [0,5-17]) en el grupo ARIT y de 14,3 años ($\pm 9,5$ [1-45]) en el grupo ARC, siendo el tiempo medio para el diagnóstico de 1,5 años ($\pm 1,9$ [0,1-6]) en la ARIT y de 4,5 años ($\pm 6,2$ [0,1-30]) en la ARC. La presentación de la artritis en la ARIT fue poliarticular en 56% de los casos, oligoarticular en 35% y monoarticular en 9%, mientras que en el grupo ARC los porcentajes fueron 60, 33 y 7%, respectivamente. Las articulaciones mas frecuentemente lesionadas fueron las de las manos (metacarpofalángicas > puños > interfalángicas proximales). La evolución da AR fue monocíclica en 12% de los enfermos con ARIT y en 9% con ARC, policíclica en 38% y 46%, y policíclica en 50% y 45%, respectivamente. El factor reumatoide estaba presente en 59 % de los casos de ARIT y en 62% de las ARC, los nódulos reumatoides subcutáneos en 9% y 10% de las ARIT e de las ARC, respectivamente, y las erosiones en 65 e 64%, respectivamente. Las erosiones se localizaban mas frecuentemente en las manos (metacarpofalángicas > puños > IFP) y metatarsfalángicas (estas en 32% de las ARIT y en 46% de las ARC). Fueron referidas quejas secas en 32% de las ARIT y en 38% de las ARC, y estaba documentada queratoconjuntivitis seca en 15 e 16% de los enfermos, respectivamente. 47% de los enfermos con ARIT presentaban manifestaciones extra-articulares (17), mientras que en el grupo ARC fueron 36% (63). Considerando los grupos ARIT y ARC, las manifestaciones fueron: pulmonares (12 vs. 8%), 8% cardíaca (6 vs. 4%), neurológicas (6 vs. 5%), oculares (0 vs. 3%), vasculitis (6 vs. 2%) y hematológicas (21 vs. 17%). Aún fueron identificadas enfermedades concomitantes como: hipertensión arterial (59 vs. 30%), dislipidemia (12 vs. 18%), diabetes mellitus (15 vs. 10%) e hipotiroidismo (9 vs. 5%).

Discusión/conclusión: Aunque la población de enfermos con AR de inicio tardío es pequeña, y por eso poco representativa, se constato menor predominio del sexo femenino (3,8/1). El tiempo para el diagnóstico fue significativamente mas corto en la ARIT (1,5 vs. 4,5 años), tal vez por ser más frecuente los cuidados médicos o por un eventual inicio mas agresivo. No se encontraron diferencias significativas en el tipo de presentación y de evolución, en las articulaciones lesionadas inicialmente, en la positividad para el factor reumatoide, en la frecuencia de erosiones y de nódulos. Las quejas secas fueron más frecuentes en los enfermos con presentación más precoz, tal vez debido a la mayor duración de la enfermedad (en media 14,3 años), aunque la diferencia no sea significativa. Las manifestaciones extrarticulares fueron más frecuentes en la ARIT (47 vs. 36%) La co-morbilidades fue más frecuentes en la ARIT, debido probablemente a una edad más avanzada. Los resultados obtenidos parecen indicar la ausencia de diferencias clínicas significativas entre la AR de inicio tardío y en

la AR clásica, lo que ya ha sido descrito en varios estudios. La validez de nuestros resultados es limitada por ser un estudio retrospectivo y una población pequeña.

9

PRESENTACIÓN DE DOS CASOS DE VASCULITIS PRIMARIA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

A. Willisch, P. León, M. LLanes, N. Chozas, F. Medina, I. Macías y S. García

Hospital Universitario Puerta del Mar.

Introducción: La Vasculitis Primaria del Sistema Nervioso Central (VPSNC), es más frecuentes en hombres, afectando a cualquier edad. La clínica consiste principalmente en cefaleas y déficit neurológicos por procesos isquémicos y/o hemorrágicos. El diagnóstico se realiza por el estudio del líquido cefalorraquídeo, la RNM, la angiografía y sobre todo la biopsia cerebral, descartando vasculitis sistémicas y posibles causas secundarias. El tratamiento se realiza con ciclofosfamida y glucocorticoides.

Objetivos: Analizar el diagnóstico y tratamiento de dos casos de VPSNC atendidos en el Hospital Universitario Puerta del Mar.

Método: Valoración de dos casos de VPSNC y revisión bibliográfica sobre la enfermedad.

Resultado: Un primer caso de una mujer que ingresó para estudio y tratamiento de un hematoma parietal posterior derecho y entre las pruebas realizadas se observó en la angiografía lesiones compatibles con vasculitis. A partir de otras pruebas complementarias se llegó al diagnóstico de VPSNC, tras descartar vasculitis sistémicas y otras causas secundarias que pudieran haber ocasionado el cuadro. En segundo caso una mujer que ingresa por crisis convulsiva generalizada con lesiones en la RNM sugerentes de encefalomiélinitis indiferenciada debido a la ausencia de afectación en otros órganos y descartándose patología infecciosa y maligna. Se realiza biopsia cerebral con vasculitis de pequeño y medio vaso e infiltrado linfocitario, diagnosticando así de una VPSNC. Se realizó en ambos casos tratamiento con corticoides y ciclofosfamida.

Conclusiones: Tras los resultados de las pruebas complementarias y tras descartar otras causas de vasculitis del sistema nervioso central se llegó al diagnóstico de VPSNC. Sólo en el primer caso se observó una clara mejoría clínica con desaparición de los síntomas.

10

TRATAMIENTO DE LA CRIOGLOBULINEMIA TIPO II CON RITUXIMAB

I. Rúa-Figueroa, E. Bahamonde, J.M. Martín-Suárez, C. Erasquin, C. Rodríguez-Lozano, S. Ojeda, F. Francisco y A. Naranjo

Hospital Universitario de Gran Canaria Dr Negrín.

Introducción: Rituximab (Rtmb) es un anticuerpo monoclonal quimérico anti CD 20, que provoca una profunda depleción de Linfocitos B en sangre periférica, de uso muy extendido para el tratamiento de linfomas B y utilidad prometedora en variadas enfermedades autoinmunes (Lupus Eritematoso Sistémico (LES), Artritis Reumatoide, PTI etc.).

Métodos: Se presenta una paciente de 45 años, diagnosticada de LES de 20 años de evolución con artritis, fotosensibilidad, lupus cutáneo subagudo, erupción malar, alopecia, Raynaud, hipocomplementemia, ANA, Ro y La+, sin evidencia de S. Sjögren. Comienza en Febrero 04 con HTA, proteinuria en rango nefrótico

(hasta 4 gr. en 24 hs.), microhematuria, crioglobulinemia marcada (3,88g/l, tipo II con monoclonalidad Ig M-k) con criocrito del 15%, F Reumatoide +, C4 2,6 mg/dl, CH50 7,2, banda monoclonal IgMk (4,9g/l), sin evidencia de linfoma o infección por VHC. Biopsia renal: glomerulonefritis membrano proliferativa con infiltrado histiocitario sugestiva de crioglobulinémica. Se administra Rtmb 375mg/m2 semanal, un total de cuatro infusiones. Dos semanas después, desarrolla una mononeuritis múltiple que se atribuye a su enfermedad de base, añadiéndose 2 pulsos quincenales de Ciclofosfamida (750 mg). Se consigue remisión renal (desaparición de la proteinuria), descenso del criocrito al 5% y mejoría neurológica, sin efectos adversos. Esta respuesta coincidió en el tiempo con la depleción de linfocitos CD19+ (LCD19+) en sangre periférica, experimentando una recaída renal nueve meses después de finalizar el tratamiento, coincidente con la normalización de LCD19+, lo que ha obligado a un nuevo ciclo de Rtmb.

Conclusión: Sería deseable la realización de estudios controlados de tratamiento con Rtmb en la crioglobulinemia no asociada a hepatitis C, dada su racionalidad, la experiencia comunicada en la literatura y su escasa toxicidad, que podrían convertirla en terapia de elección.

11

PATRÓN DE EXPRESIÓN, ASOCIACIONES CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN DE LA VASCULITIS INTESTINAL EN ADULTOS

A. de Juanes, N. Garrido, E. García, F. Colina, P.E. Carreira
Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivo: Analizar las manifestaciones clínicas, enfermedades asociadas, evolución y mortalidad de los pacientes adultos con vasculitis intestinal, vistos en el servicio de reumatología de un hospital universitario entre 1990 y 2004.

Métodos: Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de vasculitis intestinal, según los siguientes criterios: 1) Diagnóstico histológico definitivo de vasculitis necrotizante en el tracto intestinal; o 2) Clínica compatible (dolor abdominal, diarrea, rectorragia, perforación intestinal), asociado a: a) imágenes sugestivas (endoscopia, arteriografía, TAC, Ecografía y/o cirugía); y b) lesiones histológicas intestinales compatibles (cambios inflamatorios y/o isquemia en ausencia de arteriosclerosis); y c) evidencia histológica de vasculitis en otros órganos.

Resultados: Encontramos 14 pacientes (8 H, 6 M), con una media 52±21 años. Todos excepto 2 presentaron dolor abdominal, 7 (50%) diarrea, 6 (43%) perforación intestinal, 5 (36%) rectorragia y 1 (7%) hematemesis. Se encontraron signos clínicos sugerentes de vasculitis en 2/5 gastroscopias, 7/11 colonoscopias, 2/10 ecografías, 4/7 TAC y 6/9 laparotomías. Las lesiones se localizaron en colon en 9 pacientes, en intestino delgado en 5, y en ambos en 1. La histología intestinal mostró vasculitis necrotizante en 5 pacientes y cambios inflamatorios en 9, en 3 de ellos asociados a isquemia. En dos casos se observaron granulomas muy sugerentes de tuberculosis, pero la tinción y los cultivos específicos fueron negativos. En dos casos, las biopsias intestinales previas (6 y 2 respectivamente) obtenidas mediante colonoscopia, mostraban únicamente cambios inflamatorios, pero se objetivó vasculitis necrotizante en las piezas quirúrgicas. Diez pacientes presentaron vasculitis en otros órganos (9 piel, 1 SNC). Siete pacientes (50%) se trataron con cirugía, 12 (86%) con esteroides y 5 (36%) con ciclofosfamida. Dos de los 14 pacientes tenían vasculitis intestinal localizada, y en los 12 restantes la vasculitis se asoció a otra enfermedad: LES 6 (46%), Behçet 1 (8%), Schlein Henoch 2 (15%) y

otras vasculitis sistémicas 3 (23%). Los dos pacientes con vasculitis localizada no presentaron recaídas tras la cirugía, a pesar de no recibir ningún tratamiento. De los pacientes con enfermedad sistémica, 8 (67%) evolucionaron favorablemente, sin recaídas, y 4 (33%) fallecieron a pesar de tratamiento agresivo con altas dosis de esteroides y ciclofosfamida.

Conclusiones: La vasculitis intestinal aparece con poca frecuencia en enfermedades sistémicas, especialmente LES. En estos casos es una manifestación grave, con elevada mortalidad a pesar de tratamiento agresivo. En ausencia de enfermedad sistémica, puede aparecer como una forma localizada, con evolución más benigna. El diagnóstico puede ser difícil, ya que la ausencia de lesiones típicas de vasculitis necrotizante en las biopsias intestinales no excluye el diagnóstico.

12

CORRELACIÓN CLÍNICO HISTOPATOLÓGICA EN LA VASCULITIS CUTÁNEA PRIMARIA

M.C. González-Vela, R. Blanco, F. Val-Bernal, V.M. Martínez-Taboada, H. Fernández-Llaca, M.A. González-López, T. Pina y V. Rodríguez-Valverde
Hospital Marqués de Valdecilla. Facultad Medicina. Univ. Cantabria. 39008 Santander.

Propósito: La vasculitis leucocitoclástica (VLC) es el patrón histológico característico de las vasculitis de vaso pequeño cutáneo y se manifiesta generalmente por púrpura palpable. Puede deberse a múltiples causas siendo las más frecuentes la Vasculitis de Hipersensibilidad (VH) y la Púrpura de Schoenlein-Henoch (PSH) según la terminología del ACR (A&R 1990). Ambos cuadros pueden tener una afectación clínica más o menos sistémica. Se acepta que independientemente de esta última, la gravedad histológica cutánea es similar (Cribier B; Am J Dermatopatol 1999). El objetivo de este estudio fue comprobar posibles diferencias entre el grado de afectación histológica cutánea y la afectación sistémica clínico-analítica.

Método: Estudio de 38 pacientes con VLC en los que se realizó un estudio histopatológico por dos patólogos (MCGV y FVB) que desconocían los datos clínicos de los pacientes. Se consideró arbitrariamente afectación sistémica si había al menos 4 de los siguientes (según las definiciones del ACR (A&R 1990): nefropatía, afectación gastrointestinal, afectación articular, fiebre o aumento de VSG. Si no había ninguno o solo 1 se consideraba que no tenía afectación sistémica. Las variables histológicas consideradas fueron (Hodge J Cutan Pathol 1987; 14: 279-284): necrosis fibrinoide, profundidad del infiltrado, leucocitoclasia, exocitosis de eritrocitos, cambios parietales, necrosis epidérmica y trombos de fibrina. Se analizaron como variables dicotómicas (sí, no) y de forma semicuantitativa con una graduación para cada una de ellas de 0-3.

Resultados: De los 38 pacientes, se excluyeron los siguientes 16 por considerarse heterogéneos: LES (3), Sjögren (1), AR (3), Behcet (1), E Anquilosante (1), neoplasia (2), infección mayor-endocarditis (2), Wegener (1), PAM (2). Finalmente se incluyeron 22 pacientes (9 mujeres, 13 varones) (edad media de 49,8 ± 25,6) con VH (11 casos) o PSH (11). La nefropatía fue más frecuente en los que tenían necrosis fibrinoide (63,6 vs. 18,2; p = 0,03), y leucocitoclasia (90,9% vs. 36,4; p = 0,008). En los pacientes con afectación sistémica hubo una mayor tendencia en la existencia de necrosis fibrinoide (54,5% vs. 27,3) y leucocitoclasia (81,8% vs. 45,4). También hubo una tendencia a una evolución peor con alteraciones residuales (microhematuria) más frecuente

en los pacientes con necrosis fibrinoide (100 vs. 35,3%), y leucocitoclasia (100 vs. 64,7). El estudio semicuantitativo mostró en los pacientes con nefropatía un grado de leucocitoclasia mayor (1,72 vs. 0,6; p = 0,02) y de necrosis fibrinoide (1,1 vs. 0,5; pNS).

Conclusiones: Una mayor gravedad clínica en forma de nefropatía y una tendencia a otras formas de afectación sistémica y alteraciones residuales (hematuria) en la evolución a largo plazo se asoció a la presencia de datos de mayor gravedad histológica (necrosis fibrinoide y leucocitoclasia). Esto contrasta con los dos únicos artículos previos en este sentido (Cribier B; Am J Dermatopatol 1999; Hodge J Cutan Pathol 1987). Probablemente porque en estos trabajos se incluye un grupo muy heterogéneo de enfermos con neoplasias, conectivopatías, etc. Y en estos casos parte de la afectación sistémica puede ser debida a la enfermedad basal y no a la vasculitis en sí lo que puede artefactar el estudio.

13

HEMORRAGIA PULMONAR DE ORIGEN AUTOINMUNE: PERFIL CLÍNICO - EVOLUTIVO

J.C. Quevedo, B. Rodríguez-Lozano, S. Machín, C. Luna, J.J. Bethencourt, M. Gantes, E. Trujillo, S. Bustabad, F. Díaz y T. González
Hospital Universitario de Canarias.

Objetivo: Describir las características clínico-evolutivas y tratamiento de pacientes con hemorragia pulmonar de origen autoinmune (HPA).

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestro Hospital durante el período 1996-2004 diagnosticados de HPA y análisis de los datos clínicos, serológicos, pruebas de imagen, factores de riesgo desencadenantes, tratamientos y desenlace.

Resultados: Se identificaron 15 episodios de HPA en 12 pacientes, mujeres/varones 8/4 con edad media de presentación de 47 años (rango 20-78 años). Las características clínicas y analíticas en el momento del debut se exponen en la siguiente tabla.

Características clínicas y analíticas

Hemoptisis	13 (87%)	Descenso de la Hb	13 (87%)
Tos	10 (60%)	Trombopenia	5 (33%)
Disnea	11 (73%)	Leucopenia	2 (13%)
Fiebre	11 (73%)	ANA positivo	5 (33%)
Síndrome constitucional	8 (53%)	Anti-DNAn	4 (27%)
Pleuritis	5 (33%)	Ac antifosfolípido	2 (13%)
Dolor torácico	4 (27%)	c-ANCA	2 (13%)
Insuficiencia renal	10 (67%)	p-ANCA	5 (33%)
Insuficiencia respiratoria	8 (53%)	Ac-antimembrana basal	1 (7%)

n = número de episodios; (%) = porcentaje del total

Siete pacientes presentaron infiltrados pulmonares bilaterales (58%) y 4, unilaterales, mostrando 3 de ellos distribución lobar. Los diagnósticos etiológicos establecidos fueron: LES (5 pacientes), PAN microscópica (3 pacientes), Granulomatosis de Wegener (GW) (1 paciente), Sd. Goodpasture (1), Vasculitis necrotizante ANCA negativa y granulomatosis linfomatoide (VN) (1), hemorragia pulmonar por afectación vascular difusa bilateral de origen no filiado en un paciente con probable Fiebre Mediterránea Familiar y amiloidosis intestinal secundaria (FMF) (1 paciente). El tiempo medio para el diagnóstico etiológico de HPA fue 7 días (rango de 0-30 días): En 8/12 (67%) de los casos, la HPA fue la forma de presentación de la enfermedad, destacando en los pacientes con LES ser la 1ª manifestación clínica de la enfermedad (3 pacientes) o bien ocurrir en las 8ª semanas postdiagnóstico

sin otra clínica lúpica órganoespecífica (2 pacientes). Posibles factores desencadenantes identificados fueron: trombopenia crítica en 2 pacientes con LES, uno de ellos con síndrome antifosfolípido catastrófico asociado, y en 1 paciente con PANm. 9 pacientes (75%) precisaron ingreso en UVI /UCSI requiriendo intubación orotraqueal y soporte ventilatorio, resaltando el uso de ventilación mecánica de alta frecuencia como terapia de rescate con resultado favorable en una paciente con LES crítico. Todos los pacientes recibieron empíricamente antibioterapia ev y corticoides, en 7 pacientes en forma de 3 megadosis de M-Pred con posterior pauta ev de 1-2 mg/kg/día. Se empleó ciclofosfamida (CF) en 7 casos bien a dosis de 2-3 mg/kg/día oral u endovenosa (3 pacientes) o en pulsoterapia de CF 0,5-1g en 4 pacientes, y azatioprina en un paciente con resultado desfavorable. Fue necesario plasmaféresis por mala evolución en 6 pacientes con una media de 3 sesiones. Se registraron 5 éxitos (42%) (2 LES, 2 PANm, 1 VN). En el seguimiento de 6 pacientes entre 3 meses y 8 años (mediana 20 meses) presentaron recidiva 3 pacientes (1GW, 1 PANm, 1FMF) a los 72, 11 y 19 meses respectivamente, en relación temporal a suspensión de CF en GW, y estando el paciente con PANm en tratamiento con azatioprina 100 mg/día y dosis bajas de esteroides (DBE) y el de FMF con DBE sin factor desencadenante identificado.

Conclusiones: 1. Destaca la elevada frecuencia de síndrome constitucional previo e insuficiencia renal como manifestación extrapulmonar asociada. 2. Hemoptisis y descenso de hemoglobina son los hallazgos clínicos más frecuentes, no siempre asociados a tos o disnea. 3. La presentación radiológica unilateral con distribución lobar es frecuente simulando neumonía. 4. En el 67% de los casos, la HPA fue debida a LES ó PANm y fueron la forma de presentación de la enfermedad. 5. La HPA en el LES fue una manifestación precoz de la enfermedad en todos los pacientes. 6. Trombopenia severa fue el único factor desencadenante identificado. 7. Destacamos el uso de la ventilación mecánica de alta frecuencia como terapia de rescate en el soporte ventilatorio de pacientes con HPA. 8. El 42% de los pacientes con HPA fue éxitos. 9. La mitad de los pacientes en seguimiento presentaron recidiva de HPA tras un período asintomático (mediana 19 meses).

14

EVOLUCIÓN DE DOS CASOS DE ARTERITIS DE TAKAYASU EN TRATAMIENTO CON INFLIXIMAB

F. Sivera, T. Pedraz, P. Vela, J. Carneado y E. Pascual
Hospital General de Alicante.

Introducción: La enfermedad de Takayasu es una arteritis que afecta a vasos de mediano y gran calibre y que aparece predominantemente en mujeres jóvenes. El tratamiento convencional no ofrece un buen pronóstico, pues los pacientes suelen requerir dosis altas de corticoides de forma mantenida. Pese a éstos, suelen presentar actividad inflamatoria persistente y tendencia hacia la lesión vascular-estenosis y las complicaciones que conlleva (HTA, isquemia órgano específica, necesidad de angioplastias). La reciente aparición de los fármacos anti-TNF y la eficacia mostrada por éstos en otras vasculitis con características clínicas y patológicas similares nos ofrece una buena alternativa terapéutica en estos pacientes.

Material y método: Describimos la evolución clínica, analítica y ecográfica de dos pacientes con enfermedad de Takayasu en los que se inició tratamiento con infliximab 5 mg/Kg/4 semanas y prednisona 1 mg/Kg en pauta descendente. El seguimiento se ha

realizado mediante exploración física completa, determinación de hemograma, bioquímica, reactantes de fase aguda cada 4 semanas y realización de ecografía duplex en B-mode de TSAo trimestralmente.

Resultados:

Evolución de dos casos con enfermedad de Takayasu en tratamiento con infliximab (INF)

Caso 1	1º bolo INF	3º bolo INF	9º bolo INF	18º bolo INF	22º bolo INF
VSG mm1* ^h	77	10	15	24	26
PCR (mg/dl)	0,8	0	0,1	0,9	0,2
Hemoglobina (mg/l)	12	14	13	12	13
grosor CD	3,2	2	1,9		
grosor CI	2,7	2,1	1,8		
Caso 2	1º bolo INF	2º bolo INF	3º bolo INF	4º bolo INF	5º bolo INF
VSG mm1* ^h	33	8	20	21	12
PCR (mg/dl)	3,8	0,21	0,54	0,56	0,26
Hemoglobina (mg/l)	11,6	12,9	12,5	12,9	13,1
grosor CD				2,5	
grosor CI				0,8	

CD: carótida derecha; CI: carótida izquierda; Grosor de la íntima media medido a nivel del bulbo carotídeo

Conclusiones: Los fármacos anti-TNF parecen constituir una sólida opción terapéutica en las vasculitis sistémicas que, hasta la fecha, carecían de un tratamiento adecuado.

15

BEHÇET'S DISEASE: JUVENILE AND ADULT ONSET

F. Ramos, C. Resende, C. Macieira, C.M. Rosa, J.T. Costa y M.V. Queiroz
Hospital Santa Maria. Lisboa. Portugal.

Introduction: Behçet's disease is a chronic, relapsing, idiopathic, multi-system condition characterized by mucocutaneous, ocular, gastrointestinal, articular, vascular, urogenital, and neurologic involvement. The disease usually manifests in early adulthood and childhood onset is rare.

Objectives: To study the clinical spectrum of Behçet's juvenile onset disease, in comparison to adult-onset disease.

Material and methods: 61 patients with Behçet's disease, according to the classification criteria of the International Study Group for Behçet's disease, followed in the Rheumatology outpatient clinic since 1984 to 2003, were divided in two groups: juvenile onset group (≤ 16 years old) - 17 patients (27,8%) - and adult onset group (> 16 years old) - 44 patients (72,1%).

Results: A female predominance was observed in both groups, 70,5% in juvenile onset group (JBD) and 65,9% in adult onset (ABD). Mean age at onset was $13,5 \pm 1,9$ years in JBD group and $27,8 \pm 9,0$ years in ABD group. Mean age at diagnosis was $14,2 \pm 6,6$ years old and $28,0 \pm 7,0$ years respectively. The JBD group had longer disease duration, ($27,8 \pm 14,2$ years) than the ABD group ($11,6 \pm 9,9$ years). The initial symptom was oral ulcer in 94% of the patients in JBD group and in 68% in ABD group. Patients in the ABD group had significantly more articular (29,5% vs. 0%; $p < 0,03$) and ocular (18,2% vs. 0%; $p < 0,05$) symptoms as the first sign of disease than the patients in the JBD group. The clinical spectrum of JBD resembled that of adult onset disease; however, the prevalence of certain manifestations was different between JBD and ABD groups. The group with JBD had significantly less ocular (12% vs. 88%; $p < 0,03$) and central

nervous system involvement (5% vs. 95%; $p < 0,01$) and a relatively lower prevalence ($p < 0,1$) of genital ulcers, vascular thromboses and arthritis.

Conclusion: In this Portuguese population with Behçet's disease a female predominance was found which may be a single characteristic of this population. Our results point to a more favourable course of the disease, with less ocular and central nervous system involvement, in childhood onset.

16

ARTERITIS DE LA TEMPORAL Y CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

M. Román, B. Ramos, M.R. González-Crespo, J. García, R. Belmonte, M.J. Carballo e I. Mateo

Hospital 12 de Octubre.

Introducción: La arteritis de la temporal es una vasculitis que afecta principalmente a las arterias de mediano calibre, pudiendo afectarse las arterias coronarias.

Material y métodos: Revisión de los casos de arteritis de la temporal ingresados en nuestra planta durante los años 2003 y 2004 para buscar aquellos que presentaron cardiopatía isquémica. Además revisamos la literatura en Medline desde el año 1966 y en el Índice Médico Español desde su creación.

Resultados: De 15 casos de arteritis de la temporal diagnosticados de arteritis de la temporal, en dos de ellos apareció clínica de cardiopatía isquémica, falleciendo por infarto de miocardio uno de ellos. El primer caso era mujer de 88 años de edad, sin factores de riesgo conocidos para cardiopatía isquémica que ingresa por clínica de cefalea y polimialgia compatible con arteritis de la temporal, que se confirma en la biopsia, con mejoría de la clínica con esteroides. A la semana del ingreso presento angor e IAM anterolateral con enfermedad severa de 3 vasos en la coronariografía que obligó a colocación de 3 stents, a pesar de lo cual persiste la clínica isquémica, falleciendo la pacientes. El segundo caso es una mujer de 82 años de edad, hipertensa y diabética que consulta por cefalea y claudicación mandibular, que mejora con esteroides a altas dosis, pero, diez días después tiene un episodio de angor inestable con varios episodios sucesivos seguidos por la Unidad Coronaria. Es de destacar en nuestros casos que antes del ingreso no se había producido clínica de cardiopatía isquémica, que uno de nuestros pacientes no tenía factores de riesgo conocidos para afectación vascular, la gravedad de la cardiopatía en ambas, con el fallecimiento de uno de estos pacientes, y que ambos había recibido esteroides a dosis altas.

Conclusiones: En los pacientes con arteritis de la temporal hay un mayor riesgo de cardiopatía isquémica, aún sin factores de riesgo cardiovascular. El tratamiento corticoideo puede jugar un papel como factor de riesgo a corto plazo. La severidad de la cardiopatía en estos casos es evidente.

17

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE EN LA TERAPIA CON ANTI TNF

C. Gozávez, O. Esteban, M.J. Lozano, M.A. Cortes, E. Sáez, M. Piera, A. Galindo, C. Valls y A. Sánchez

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

Introducción: Los antagonistas del Factor de Necrosis Tumoral (TNF) actúan disminuyendo la actividad inflamatoria lo suficiente como para obtener alivio sintomático del paciente, preservar su

capacidad funcional para realizar las actividades cotidianas incluyendo el mantenimiento de la capacidad laboral y calidad de vida, el retraso o detención de la lesión estructural articular, así como la prevención de la morbi-mortalidad. Disponemos de 3 antagonistas-TNF, no existen datos que evalúen la superioridad de uno sobre otro, no obstante su estructura y mecanismo de acción son diferentes así como la vía y frecuencia de administración. La falta de respuesta a uno de ellos, no implica la ineficacia de otro, la elección dependerá del criterio médico y de las circunstancias de cada paciente.

Objetivo: Conocer la opinión del paciente sobre la eficacia y seguridad del tratamiento con los antagonistas del TNF y satisfacción en relación con la administración.

Metodología: Estudio de opinión mediante una encuesta a los pacientes que en este momento están en tratamiento con antagonistas-TNF. Se realiza un muestreo aleatorio estratificado según el tratamiento se realice en el Hospital de Día por vía EV, o en el domicilio por vía subcutánea 2 veces por semana o 1 vez cada 15 días. La encuesta valora las dimensiones de eficacia, seguridad y satisfacción: es telefónica cuando el paciente se administra el tratamiento en su domicilio y si acude al hospital la cumplimenta durante su estancia.

Resultados: Se han realizado 56 encuestas, a las que han respondido 17 pacientes con tratamiento EV (de promedio 9,5 meses), a 17 sc 2/7 (9,6 meses) y a 22 sc 1/15 (13 meses). La media de edad ha sido de 55 a. (DS 14,7) sin diferencias estadísticamente significativas (DES) entre los tres tratamientos. El 76,4% son mujeres. En la actualidad presentan un promedio de dolor de 3,4 (DS 2,1) en la escala EVA sin DSE. Los de tratamiento subcutáneo se lo administran el 69,2%, se lo administra otra persona al 20,5% y van al CAP el 10,3%. Los que no se lo autoadministran consideran que les ha sido fácil encontrar otra persona para hacerlo. El 87% consideran que les ha sido útil la educación que les ha proporcionado la enfermera. El 63% han utilizado previamente otra forma de administración. La zona de punción preferida con DES es el abdomen. Entre los tres tipos de tratamiento el 91,1% consideran igualmente cómoda la forma de administración, aunque un 33% dice que preferiría que fuera por vía oral. No hay DES entre la ansiedad que les producía ser pinchado antes de iniciar el tratamiento y en la actualidad. Al iniciar el tratamiento estaban poco preocupados por la administración del fármaco, en la actualidad el 53,6% están preocupados por los efectos secundarios y la efectividad del fármaco, sin DES entre los tres grupos. El 10% ha presentado alguna reacción en la zona de punción y el 16% ha presentado algún tipo de infección sin DES entre los tres grupos. Globalmente dicen sentirse bastante seguros con el tratamiento. En cuanto a la efectividad dicen haber mejorado entre bastante y mucho el dolor y la inflamación y bastante la rigidez, la movilidad, el estado general y la calidad de vida, sin DES entre los tres grupos. En caso de retrasarse el tratamiento dicen que aumenta la sintomatología el 64% de los que lo llevan EV, con DES con los subcutáneos. El trato recibido por las enfermeras ha sido de 9,91 (DS 0,3) en escala de 1 al 10.

Conclusiones: 1. Los pacientes consideran eficaz el tratamiento anti-TNF. 2. Globalmente se sienten bastante seguros con el tratamiento, pero el 56% están preocupados por los efectos secundarios y la efectividad del fármaco a largo plazo. 3. A los tres grupos les resulta cómoda y están satisfechos con la forma de administración, a pesar de ello si tuvieran que cambiar algo preferirían que fuera por vía oral. 4. La educación realizada por la enfermera les ha sido muy útil en la administración subcutánea.

18

DEMANDA ASISTENCIAL NO PROGRAMADA REALIZADA POR LA ENFERMERA DE REUMATOLOGÍA

M.A. Cortés, M. Peiró, S. Fernández, A. Ortiz, C. Geli y C. Díaz

Unidad de Reumatología. Hospital de la Sta. Creu i St. Pau. Barcelona.

Objetivos: Conocer el número de consultas no programadas y sus características atendidas por la enfermera de reumatología.

Material y métodos: Estudio descriptivo y prospectivo de las consultas no programadas atendidas en consultas externas durante tres meses (de septiembre a noviembre del 2004). Las variables estudiadas fueron: nº de consultas, edad, sexo, diagnóstico, tipo de consulta (presencial o telefónica), hora y día de la semana, lugar de residencia, motivo de consulta (relacionado con la enfermedad, medicación, revisión de resultados o problemas de programación), profesionales implicados en la resolución de la consulta, necesidad de seguimiento y fecha de inicio del problema.

Resultados: Durante los tres meses evaluados se realizaron 797 consultas, de las cuales 665 eran programadas y 132 no programadas (20%). De las consultas no programadas el 79% fueron mujeres y la media de edad de 59 años (DS15). El 51% fueron consultas realizadas a través del teléfono y el 49% de forma presencial y la mayoría procedía del área metropolitana (77%). El tiempo de inicio de los síntomas fue de 10 días (DS14). Los días de mayor índice de consulta fueron los lunes y martes (con un 27% y un 23% respectivamente). El intervalo horario de mayor demanda fue de 10 a 12 horas. Las patologías que generaron más consultas fueron: artritis reumatoidea (67%), artritis psoriásica (11%), LES (10%). El motivo de consulta más frecuente está relacionado con la exacerbación de su enfermedad o sintomatología (55%), seguido de problemas de medicación (17%), revisión de resultados (15%) y problemas en la programación (13%). La resolución de la consulta se hizo a través de la enfermera en un 64% y de forma conjunta con el reumatólogo en un 36%. Casi la mitad de las consultas (41%) no precisó seguimiento, el 31% necesitaron control con visita médica, un 19% control telefónico y el 10% restante se derivó a urgencias, al médico de Atención Primaria o a hospital de día.

Conclusiones: Dada la sobrecarga asistencial en reumatología, la actividad realizada por la enfermera en el filtraje de estas consultas no programadas, ayuda a descongestionar la consulta médica y a dar respuesta a una serie de necesidades que presentan estos pacientes. La observación de los días y las horas con más demanda puede ayudar a organizar la consulta de una forma más efectiva.

19

MANEJO DE RITUXIMAB EN EL HOSPITAL DE DÍA DE REUMATOLOGÍA DEL HGU DE ALICANTE

M.A. García Palao, J. de la Torre Aboki, J. Martínez Cutanda, P. Vela Casasempere, E. Batlle Gualda, A. Martínez Sanchis, J. Esteve Vives, F. Sivera Mascaró y E. Pascual

Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante.

Generalidades y objetivo: Rituximab es un anticuerpo monoclonal quimérico antiCD20 de origen murino-humano utilizado como antineoplásico en el Linfoma no Hodgkin folicular y Linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes. Se está iniciando, también, la utilización de este fármaco en determinadas patologías reumáticas. El objetivo del trabajo es dar a conocer el manejo de Rituximab en nuestro hospital de día y las reacciones adversas manifestadas.

Material y método: Se incluyeron aquellos pacientes a los que se les administró el fármaco de Julio del 2004 a Enero del 2005. **Diagnósticos:** AR refractaria a terapias biológicas (1 paciente), AR activa con antecedente de cáncer de mama (1 paciente), Trombopenia autoinmune (1 paciente), LES con nefropatía lúpica activa con mala tolerancia a ciclofosfamida IV a dosis altas (1 paciente), LES con glomerulonefritis lúpica activa refractaria a ciclofosfamida oral (1 paciente). En todos los casos, se solicitó el tratamiento como uso compasivo.

Manejo del fármaco: *Dosis habitual:* 375 mg/m² a la semana durante 4 semanas consecutivas. *Premedicación:* Paracetamol 1 gr. vo y Difenhidramina 5 mg iv. *Dilución:* Puede ir diluida en 500 ml de SG5% o SF 0,9%. *Perfusión intravenosa:* Se inicia la perfusión a un ritmo de 50 mg/hora. Se irá incrementando el ritmo a razón de 50 mg/h cada 30 min, (dosis máxima: 400 mg/h). Se recomienda monitorizar al paciente (pulso, TA y frecuencia respiratoria) cada 30 min y hasta 30 minutos después de finalizada la perfusión. En perfusiones posteriores, puede iniciarse a un ritmo de 100 mg/h e incrementar el ritmo a razón de 100 mg/h cada 30 min hasta alcanzar los 400 mg/h.

Precauciones: Al tratarse de una dosis individualizada por paciente, es necesario resaltar que la dosis de la infusión en ml/h debe ser calculada en relación a los 50 mg/h a los que debe iniciarse la infusión.

Reacciones adversas posibles: Son en general de intensidad leve o moderada, reversibles y de aparición predominante en la primera infusión, siendo la fiebre la más habitual (50%). Su incidencia disminuye en infusiones posteriores.

En caso de reacción adversa: Los efectos adversos suelen estar relacionados con la velocidad de la perfusión y se resuelven reduciendo la misma, en caso de no ceder: detener la perfusión, administrar Difenhidramina 50 mg/IV, epinefrina IV, metilprednisolona 125 mg/IV y nebulizaciones con Salbutamol. Cuando los síntomas mejoran se puede continuar la perfusión a un ritmo menor a la previa.

Resultados: Durante nuestra experiencia hemos administrado un total de 22 infusiones. No se observaron reacciones adversas durante la infusión ni posterior a la misma.

Conclusión: Una continua actualización de conocimientos es necesaria debido a la constante aparición de fármacos de nueva generación. A pesar de lo novedoso, es previsible el mayor uso de esta terapia en un futuro cercano, por lo que es necesario dar a conocer su forma de manejo y administración para la mejor aplicación del mismo.

20

REACCIONES ADVERSAS DURANTE LA INFUSIÓN DE INFLIXIMAB EN UN HOSPITAL DE DÍA DE REUMATOLOGÍA

P. Pérez Ayuso, R. Pérez Bautista, A. López-Bernus, J. del Pino Montes, C. A. Montilla
Hospital Universitario de Salamanca.

Objetivo: Describir las reacciones adversas a la infusión de Infliximab y el momento de aparición de éstas.

Material y métodos: Se incluyeron treinta y seis pacientes. Se utilizó la pauta clásica recomendada (comenzando a 10ml/hora doblando la velocidad cada 15 minutos en la primera hora. Pasando a 150ml/h durante los siguientes 30 minutos y a 250ml/h en los 30 últimos minutos). Se midió la tensión arterial, la frecuencia cardíaca y la temperatura al inicio de la infusión y cada treinta minutos.

Resultados: Quince pacientes tenían Artritis Reumatoide (58,3%), el resto padecían algún tipo de Espondiloartropatía. El número de

infusiones por cada paciente fue de 7,27 (DE: 2,7). Se suspendió el tratamiento de forma definitiva en tres pacientes (8,33%). Dos por cefalea persistente y uno por eritema generalizado más taquicardia. Estos efectos sucedieron en las primeras infusiones.

Conclusiones: Infliximab se comportó como un fármaco seguro. La mayoría de los efectos en la administración fueron leves y se repartieron de forma uniforme a lo largo de la infusión.

21

ESTUDIO DE LA CONCORDANCIA EN EL DIAGNÓSTICO DE OSTEOPOROSIS ENTRE LAS DIFERENTES LOCALIZACIONES MEDIDAS

A. Pérez Martín, R. Gomez Pereda, L. Villavieja Atance, J. Sabate Díaz, J. Calvo Alen, J.R. López Lanza, M. Guijarro Bezanilla, I. Incera Alvear y T. Ruiz Jimeno
Hospital Miguel Servet, Hospital Clínico Universitario Zaragoza.

Objetivos: Comparar los diagnósticos de osteoporosis obtenidos en los diferentes sitios analizados en el paciente a fin de observar el grado de concordancia usando el t-score y el z-score (ajustado a edad y sexo).

Metodología: Estudio prospectivo de los pacientes derivados a la realización de una densitometría ósea sin medicación antirresortiva previa, en un centro de radiodiagnóstico de Zaragoza durante los años 1999-2001. *Análisis estadístico:* se ha utilizado el índice kappa para analizar la fuerza de la concordancia en los diferentes lugares (columna lumbar, cuello, trocánter, triángulo de Ward en cadera).

Resultados: Se estudiaron 316 pacientes a las que se les realizó una densitometría ósea. Para la t-score a nivel de columna lumbar la concordancia de los diagnósticos dentro de los diferentes lugares de medición fue buena o muy buena, por el contrario la concordancia en cadera entre los diferentes lugares (cuello, trocánter, triángulo de Ward) fue moderada o buena, cuando se analizó la concordancia de los resultados entre columna y cadera los resultados fueron malos, presentando una débil relación, mucho menor que la que ponían de manifiesto los diagnósticos dentro de la cadera (L2-L3 kappa 0,643, L2-L4 0,567, L3-L4 0,708, L2-4-L2 0,685, L2-4-L3 0,845, L2-4-L4 0,827, L2-4-cuello femoral 0,375, L2-4-trocánter femoral 0,366, L2-4-triángulo de Ward femoral 0,262, cuello femoral-trocánter 0,572, cuello femoral-triángulo de Ward 0,476, trocánter femoral-triángulo de Ward 0,375). Para el z-score en columna lumbar se obtiene una concordancia buena o muy buena entre los diferentes lugares dentro de ella y en cadera moderada o buena; cuando se comparan los sitios entre ellos (cadera con columna lumbar) la concordancia baja mucho siendo esta muy débil (L2-L3 kappa 0,696, L2-L4 0,561, L3-L4 0,715, L2-4-L2 0,758, L2-4-L3 0,898, L2-4-L4 0,786, L2-4-cuello femoral 0,126, L2-4-trocánter femoral 0,208, L2-4-triángulo de Ward femoral 0,131, cuello femoral-trocánter 0,503, cuello femoral-triángulo de Ward 0,601, trocánter femoral-triángulo de Ward 0,510).

Concordancia entre los valores obtenidos mediante el t-score y el z-score en columna y cadera

t-score	L2-L4	Cuello	Trocánter
Cuello	0,375		
Trocánter	0,366	0,572	
Triángulo Ward	0,262	0,476	0,375
z-score	L2-L4	Cuello	Trocánter
Cuello	0,126		
Trocánter	0,208	0,503	
Triángulo Ward	0,131	0,601	0,510

Conclusiones: Existe relativa concordancia en los diagnósticos entre sitios de la misma región (columna, cadera), bajando ésta considerablemente al compararlos con otros sitios diferentes, ya que los cambios en una región no tienen por qué representar cambios en otra. No es igual usar el t-score que el z-score para el diagnóstico de osteoporosis, siendo los resultados obtenidos dispares. La clasificación WHO para diagnosticar osteoporosis depende de una sola medición de DMO, por lo que resulta simplista y requiere modernización que incluya índices representativos de la distribución mineral del hueso, tampoco tiene en cuenta el porcentaje de pérdida de hueso que no es homogéneo para los diferentes lugares y etapas de la vida. Por tanto, es necesario medir también la distribución de la densidad mineral ósea por el hueso, algunos autores proponen abandonar la forma de clasificar la osteoporosis de la WHO y adoptar criterios basados en valores absolutos para DMO y riesgo de fractura para cada sitio individualmente, usando riesgos de fractura más que el t-score, ya que principalmente es lo que nos interesa evitar.

22

ANÁLISIS DE LOS EPISODIOS DE OSTEOPOROSIS DE UN CENTRO DE SALUD. ¿SE CONOCE LA OSTEOPOROSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA?

A. Pérez Martín, J.R. López Lanza, J. Calvo Alen, R. López Videras, I. Incera Alvear, M. Guijarro Bezanilla, E. Vázquez González, J. Pelayo Lastra, T. Ruiz Jimeno y M.J. Agüeros Fernández
CS Los Valles, Hospital Sierrallana. Torrelavega.

Objetivos: Analizar todos los episodios de osteoporosis existentes de un centro de salud informatizado a fin de estudiar su grado de cumplimentación.

Diseño y metodología: Estudio de corte transversal de todos los episodios de osteoporosis con anterioridad a junio 2004 del CS Covadonga (Cantabria) (21016 habitantes). Para variables cuantitativas se utiliza la media y desviación estándar, en las variables cualitativas porcentajes.

Resultados: Se analizaron 135 episodios, con edad media de 66,04 años (DE 11,79), predomina el sexo femenino (92,6%), estando en menopausia el 89,3%. El diagnóstico fue de osteoporosis postmenopausica (20%), senil (17,8%) y sin especificar (62,2%); la recogida de factores de riesgo no constaba para la menopausia precoz (81,5%), para menarquia tardía (99,3%), tabaco (34,8%), alcohol (35,1%), IMC (43,3%). Presentaba fractura previa el 7,4%, predominando la vertebral (55,6%); tenían osteoporosis secundaria el 14,1%, principalmente por medicamentos (94,4%); el diagnóstico provenía mayoritariamente del reumatólogo (32,2%), ginecólogo (15%) y médico de familia (11,9%); tenían radiografía de columna el 26,7%, informada mayoritariamente de osteopenia (60%), 16,7% con fractura; estaban tratados principalmente con alendronato (25,9%), raloxifeno (17%), risedronato (7,4%), no medicación (37%); THS (4,4%). La mayoría de los episodios fueron creados en el 2003 (43%).

Conclusiones: La osteoporosis en Atención Primaria se diagnostica poco y de forma incompleta, no se recogen factores de riesgo, lo que hace suponer un conocimiento deficiente de la enfermedad; el diagnóstico proviene mayoritariamente de reumatología. Existe un alto porcentaje de osteoporosis diagnosticadas y no tratadas; sorprende la escasez de radiografías de columna una de las pocas herramientas diagnósticas al alcance de Atención Primaria. Debemos mejorar la recogida de datos para proporcionar un adecuado abordaje preventivo, diagnóstico y terapéutico. Se debe

formar más en este campo al personal médico / enfermería de atención primaria; la creación de un protocolo informatizado en coordinación con la atención especializada, principalmente el reumatólogo puede ayudar a mejorar el manejo de estos pacientes.

23

EFFECTO DE LA EDAD Y DE LA MENOPAUSIA SOBRE LA MASA ÓSEA

A. Pérez Martín, R. Gómez Pereda, L. Villavieja Atance, J. Sabate Díaz, M. Guijarro Bezanilla, I. Incera Alvear, J.R. López Lanza, V. Solano Bernad, T. Dierssen Sotos, T. Ruiz Jimeno y M.J. Agueros Fernández

Hospital Miguel Servet, Hospital Clínico Universitario Zaragoza.

Objetivos: Estudiar la pérdida de masa ósea que se produce a nivel tanto de columna lumbar como de cadera durante los años previos a la aparición de la menopausia y durante la misma, intentando apreciar cómo se modifica la masa ósea en estos años claves, buscando fases más activas de pérdida, principalmente entre la perimenopausia y la postmenopausia temprana y tardía.

Diseño y metodología: Análisis prospectivo de la masa ósea de todas las mujeres de raza blanca sin medicación previa para la osteoporosis derivadas durante el período 1999-2001 a un centro de radiodiagnóstico de Zaragoza, midiéndola en columna anteroposterior (L2, L3, L4, L2-4) y cadera derecha (trocánter, cuello femoral, triángulo de Ward); para la estadística descriptiva se ha usado la media y la desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas y porcentajes para las variables cualitativas, estudiando la posible relación entre las variables cuantitativas y las diferentes localizaciones utilizando curvas de regresión lineal. Se distribuyeron los casos en premenopáusicas y posmenopáusicas, analizándolos por separado y en grupos de 5 años de evolución, valorando de forma especial la densidad mineral ósea en mujeres mayores de 45 años premenopáusicas y durante los 5 primeros años posteriores a esta.

DMO relacionada con los años de evolución de la menopausia, porcentaje de hueso perdido acumulado (%)

Edad (años)	N = 316	Columna lumbar 1,0367 ± 0,233*	trocánter 0,6921 ± 0,176*	cuello 0,8683 ± 0,165*	Ward 0,7491 ± 0,199*
0	58	1,01019 ± 0,203 (-0,59)	0,70855 ± 0,160 (2,42)	0,85550 ± 0,162 (0,3)	0,70734 ± 0,197 (-1,01)
<5	65	0,97843 ± 0,148 (-5,62)	0,65486 ± 0,097 (-5,38)	0,80258 ± 0,107 (-7,57)	0,68282 ± 0,134 (-8,85)
5-9,9	49	0,97131 ± 0,190 (-6,31)	0,67237 ± 0,117 (-2,85)	0,79769 ± 0,123 (-8,13)	0,66365 ± 0,150 (-11,41)
10-14,9	43	0,86198 ± 0,174 (-16,85)	0,61802 ± 0,104 (-10,7)	0,74212 ± 0,131 (-14,53)	0,59495 ± 0,109 (-20,58)
15-19,9	28	0,85821 ± 0,135 (-17,22)	0,58674 ± 0,108 (-15,22)	0,67743 ± 0,175 (-21,98)	0,52881 ± 0,130 (-29,41)
20-24,9	38	0,81263 ± 0,178 (-21,61)	0,58276 ± 0,098 (-15,80)	0,70632 ± 0,120 (-18,66)	0,54084 ± 0,123 (-27,8)
25-29,9	16	0,83713 ± 0,224 (-19,25)	0,55706 ± 0,195 (-19,51)	0,65819 ± 0,134 (-24,20)	0,56650 ± 0,198 (-24,38)
>30	19	0,85421 ± 0,195 (-17,60)	0,55221 ± 0,123 (-20,21)	0,68458 ± 0,131 (-21,16)	0,48032 ± 0,131 (-35,88)

Valores: media ± desviación estándar; % pérdida hueso acumulada, *pico DMO

Resultados: Se analizaron 316 mujeres, de las que el 81,6% se encontraban en menopausia. En la columna lumbar en L2-4 se observa relación lineal negativa entre la DMO y años de menopausia ($r = -0,367$), siendo el 13,5% ($r^2 = 0,135$) del cambio de la DMO atribuible a los años de menopausia; en el cuello femoral ($r = -0,366$, $r^2 = 0,134$); en triángulo Ward ($r = -0,467$, $r^2 = 0,218$). Se comparó la pérdida durante los primeros 5 años de menopausia y los 5 años previos premenopáusicos, en L2-4 la media DMO 0,99710 vs. 0,97843 (% pérdida ósea = -1,87243); cuello

0,85034 vs. 0,80258 (-5,61658); trocánter 0,70851 vs. 0,65486 (-7,57223); triángulo Ward 0,68115 vs. 0,68282 (0,245174). La relación entre la edad y la masa ósea presenta una regresión lineal negativa en todas las localizaciones, en L2-L4 ($r = 0,341$), en el cuello femoral ($r = 0,468$), en el trocánter ($r = 0,360$) y en el triángulo de Ward ($r = 0,510$). Del análisis de los años de menopausia clasificados en intervalos de 5 años de evolución a nivel lumbar se aprecia disminución en todos los tramos de menopausia, siendo más rápida esta pérdida en los 10 primeros años entendiéndose después, e incluso existe un aumento de masa ósea en edades más extremas, de todas formas se aprecia una pérdida importante de hueso global (-17,6%).

Conclusiones: La pérdida de masa ósea durante la menopausia es mayor que la debida solamente a la edad; existe más relación entre la densidad mineral ósea y los años de menopausia a nivel de cadera que de columna lumbar. Se aprecia una aceleración en los 5 primeros años de menopausia, entendiéndose después, con una nueva aceleración entre los 10 y 15 años de evolución para volver a entretenerse en los años siguientes en columna lumbar, mientras que en la cadera se aprecia una pérdida de masa ósea más importante pero también más progresiva primero en los 5 años de inicio de la menopausia y después lentamente desde los 10 años en adelante. Los años de evolución de la menopausia son un predictor de baja masa ósea mayor que la edad biológica. Durante los primeros 5 años de la menopausia comparados con los de las mujeres premenopáusicas mayores de 45 años se aprecia mayor pérdida de masa ósea a nivel del trocánter, seguido del cuello femoral y de la columna lumbar; globalmente durante la menopausia existe mayor pérdida en el triángulo de Ward seguido del cuello, el trocánter y por último de la columna lumbar. Analizando la menopausia globalmente el lugar donde más masa ósea se pierde es el triángulo de Ward (-35,88%), mientras que en trocánter y cuello no se aprecia pérdida durante los 5 primeros años y si a partir de primeros 5 años, con una aceleración en la pérdida de hueso con posterior entretencimiento a partir de los 15 años de evolución; existe una discrepancia a nivel de triángulo de Ward en el que la pérdida se mantiene de forma importante también en menopausias muy evolucionadas.

24

SUPLEMENTOS DE VITAMINA D Y EJERCICIO ESTÁN RELACIONADOS CON EL AUMENTO DE LA DMO EN PERSONAS CON EL SÍNDROME DE DOWN

L. Rosello, R. Torres, F. Abella, G. Torres, T. Boronat, E. Puerto, R. Llobet y J. Cabau

Hospital de Santa María de Lleida.

Objetivo: En un primer estudio transversal y observacional observamos que la prevalencia de alteraciones densitométricas en una población de 58 personas adultas con el síndrome de Down (SD) era muy alta (60,34%) y se asociaba a hipovitaminosis D. El estudio actual tiene como objetivo valorar si suplementos de vitamina D y aumento de las horas de ejercicio semanal tenía efectos positivos sobre la densidad mineral ósea y la prevención de fracturas.

Material y métodos: Se trata de un estudio prospectivo de un año de duración para evaluar la eficacia de dos medidas diferentes de prevención de fracturas osteoporóticas, en un mismo grupo de pacientes, antes y después de la intervención terapéutica. A un total de 58 personas adultas con el SD trabajadores en dos talleres especiales para discapacitados intelectuales, se les estudian pre y postratamiento la prevalencia de osteoporosis con densitómetro DEXA periférico, los niveles de vitamina D y de paratohormona

(PTHi). Se analiza si hay diferencias según las variables centro de trabajo o sexo.

Resultados: De los 58 trabajadores con el SD estudiados, 34 eran hombres (58,62%) y 24 mujeres (41,38%), con una media de edad de $41,56 \pm 9,61$ años y del Índice de Masa Corporal (IMC) de $27,72 \pm 4,22$ Kg/m². Al inicio del estudio: 35 individuos (60,34%) fueron diagnosticados por densitometría (DMO) de osteopenia/osteoporosis, 22 (37,93%) tenían hipovitaminosis D y 9 (15,52%) PTHi alta. Un total de 10 sujetos (17,24%) habían tenido alguna fractura en los últimos 5 años. A todo el grupo se aumento el número de horas semanales de ejercicio y los 22 con hipovitaminosis D fueron tratados con calcidiol mensual. Un año después tenían alteraciones de DMO: 24 (41,38%) ($p = 0,0026$) sin apreciarse ninguna fractura durante el seguimiento. No se encontraron diferencias significativas según las variables centro de trabajo y sexo.

Conclusión: El estudio confirma que durante un año de tratamiento y en una población de personas con el SD, el aumento de horas de ejercicio semanales y suplementos de vitamina D son efectivos para el aumento de la densidad mineral ósea y la prevención de fracturas.

25

ACUDEXA EN ARTRITIS REUMATOIDE

R. Roselló, D. Fábregas y C. Vázquez
Reumatología Hospital San Jorge Huesca.

Durante 2 años (set 2002 a set 04) y gracias a la cesión de un densitómetro digital acudexa por parte del laboratorio MSD se ha realizado un estudio acudexa a la mayoría de pacientes diagnosticados de artritis reumatoide (AR) en la consulta de Reumatología del Hospital San Jorge de Huesca. De los 308 pacientes diagnosticados de AR se realizó acudexa a 269 de ellos. En 15 no se pudo realizar debido a las graves deformidades digitales y en los restantes por fallo del equipo. En la siguiente tabla aparecen los datos obtenidos.

Acudexa en artritis reumatoide

Sexo	Mujer 202 (75,1%)	Varón 67 (24,9%)
Edad	11 a 93 años	63,74 +/- 15,37
Acudexa t-score	-4,5 a 2,7	-1,1 +/- 1,55
Dexa t-score	-3,95 a 2,7	-1,91 +/- -0,87
Menopausia	168/202	83,2%
Menopausia precoz (<45)	42/168	25%
Peso	37 a 98 kg	65 +/- 11 kg
Talla	1,31 a 1,83 m.	1,55 +/- 0,88 mts.
Tiempo evolución A.R.	<1 a > 30 años	9,75 +/- 6,71 años
Corticoides	241/269	89,6%
Prevención Ca + vit D	67/216	31%
Otros antirreabsortivos	26/216	12,1%
Fracturas previas	48/229	21%
Fracturas post diag. y tto.	13/ 230	7,4%

Conclusiones: 1. Destacar el bajo nivel de tratamiento preventivo de osteoporosis (42%) en pacientes con A.R. realizado en nuestro medio previo a este estudio, a pesar de que la incidencia de fracturas osteoporóticas alcanzaba el 21% de la población. 2. Tras la instauración de tratamiento la incidencia de fracturas bajó al 7,4%. 3. La incidencia de osteoporosis densitométrica en la población con A.R. es alta, debido a la misma A.R., al mayor porcentaje de mujeres, al frecuente tratamiento con corticoides, a la alta prevalencia de menopausia precoz, siendo similar la incidencia de otros factores de riesgo como enfermedades tiroideas, alteraciones del metabolismo Ca/P, antecedentes familiares y bajo IBM.

26

VALIDEZ DETERMINACIÓN ACUDEXA (DENSITOMETRÍA DIGITAL)

R. Roselló, C. Vázquez, D. Fábregas y M.V. Arguis
Hospital San Jorge.

Durante 2 años (set-02 a set-04) se han realizado 1000 acudexas en el 3 dedo de la mano no dominante. El densitómetro acudexa fue cedido por el laboratorio MSD a través de una beca de la SER. Dada la discrepancia entre valores de densitometría lumbar y digital (acudexa) y entre la existencia de fracturas osteoporóticas y resultados en la medición acudexa, valoramos la validez de la determinación acudexa para el diagnóstico de osteoporosis.

Material y método: Se han recuperado 867 de las 1000 acudensitometrías realizadas mediante la revisión de 786 historias clínicas. Se han recogido los siguientes datos: edad, sexo, diagnóstico, tiempo de evolución en los pacientes con Ar y APso, factores de riesgo de osteoporosis, peso y talla, existencia de fracturas, t y z-score de las acudexas y dexa lumbar y tratamiento de osteoporosis en los pacientes que lo llevaban.

Resultados: Se encuentran en la siguiente tabla:

Comparación Dexa y Acudexa en DMO.

Casos 787	650 mujeres (82,6%)	137 hombres (17,4%)		
Edad	5 a 93 años	62,54 ± 14,04		
770 acudexa				
1 medición	97,8%	t-score -0,89 ± 1,46	-6,4 a 3	
102 acudexa				
2 mediciones	13%	t-score -1,59 ± 1,09	-4 a 2,2	
140 dexa lumbar				
1 hecha	17,7%	t-score -2,41 ± 1,3	-2,41 a 3,36	
272 dexa lumbar				
hechas	3,4%	t-score -0,21 ± 2,67	-0,21 a 4,83	
Enfermedad de base	267 AR 37,6%	69 A pso (9,1%)	Menopausia 575 (88,7%)	Menop (< 45) 160 (38%)
Fracturas previas	Nº pac. con fx 184 (25,2%)	Colles 5,4%	Cadera 2,4%	Vertebrales 17,4%
Tto previo op NO = 54,3%	Ca+ vit D 17%	Difosfonatos 14%	Estrógenos 3,9%	Raloxifeno 3,5%
Tto op post dx NO = 34,1%	Ca + vit D 18,1%	Difosfonatos 36,5%	Estrógenos 1,4%	Raloxifeno 6,1%
Incidencia fracturas	Fx dexa n/alta 13 (36%)	Fx acudx n/alta 94 (51,4%)	Fx dexa baja 23 (64%)	Fx acudx baja 89 (48,6%)
Incidencia NO fracturas	NO Fx dexa n/alta 58 (56%)	NO Fx acudx n/alta 396 (74%)	NO Fx dexa baja 140 (26%)	NO Fx acudx baja 46 (44%)
Valor predictivo acudexa	v.p.p. fract acudx alto 1	v.p.p. fract acudx normal 24	v.p.p. fract acudx bajo 75	v.p.n.acudx n/alt 74
Valor predict. dexa lumbar	v.p.p. fract dexa alto 0	v.p.p. fract dexa normal 6	v.p.p. fract dexa bajo 94	v.p.n.dexa n/alt 56

Los resultados dexa y acudexa se han agrupado en altos, normales y bajos para hallar la correlación con los índices de fracturas.

Conclusiones: 1. Acudexa resulta menos fiable que dexa lumbar en el diagnóstico de OP con un vpp de fractura con acudexa baja del 75% frente al 94% en dexa lumbar. 2. El vpp resulta más fiable en los valores altos de dexa y acudexa. 3. Los valores normales de acudexa (-1,7 a +1,7) tienen un vpp bajo (24%).

27

ARTRITIS REUMATOIDE Y OSTEOPOROSIS

J. Calvo Català, C. Campos Fernández, A. Baixauli Rubio,
M. González-Cruz y M.T. Gomis Mascarell
Hospital General Universitario de Valencia.

La osteoporosis (OP) es una patología que con frecuencia se presenta en pacientes con artritis reumatoide (AR), empeorando su sintomatología, su calidad de vida e incluso disminuyendo la expectativa de vida. Su etiología es multifactorial, si bien la cortico-

terapia es un hecho fundamental en la misma. Es por todos aceptado, que no puede efectuarse densitometría como despistaje de OP en la población general, pero en pacientes con AR, la situación es distinta. Se han propuesto criterios para seleccionar a pacientes con AR y riesgo de OP, valorando la edad, estado funcional, actividad de AR, etc. ¿A qué pacientes con AR debemos efectuar una densitometría ósea?

Material y método: Hemos valorado dos grupos de 20 pacientes con AR y sin otros factores de riesgo de OP, distribuidos por el tiempo de evolución de AR desde el diagnóstico. Ambos tienen la misma distribución por sexos, edad media semejante (35 años), dosis de corticoides media de 10mg/día de PDN o equivalente y no toman CyA como FARAL. Se les determinó a todos ellos DEXA columna y cadera mediante Lunar. Valoramos para este estudio la normalidad o masa ósea patológica (MOP) en columna o cadera, sin distinguir entre osteopenia u osteoporosis. *Grupo A:* Un año de evolución de AR. *Grupo B:* Tres años de evolución de AR.

Resultados: *Grupo A:* 16 pacientes con MO normal y 4 con MOP. *Grupo B:* 8 pacientes con MO normal y 12 pacientes con MOP.

Conclusiones: 1. Pensamos que solo el tiempo de evolución de AR, sería suficiente para efectuar densitometría a pacientes con AR. El corte en tres años, parecería adecuado según los resultados reflejados en este póster, aunque el escaso número de casos no nos permite ser excesivamente taxativos. 2. No obstante, como la corticoterapia parece el factor patogénico más determinante, debemos recordar incluir a todos los pacientes con AR y corticoterapia, en los protocolos de prevención y seguimiento adecuado.

28

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS DE CADERA DE LOS TRES PRIMEROS TRIMESTRES DE 2004 EN EL ÁREA V

C. Bohórquez, A. Torrijos, O. Macho, C. Ojeda, L. Norvaiza, M. Steinerova y E. Martín Mola
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: La Osteoporosis es una enfermedad metabólica ósea que predispone al aumento del riesgo de fractura. Las fracturas son la consecuencia de esta enfermedad, y de ellas las más importantes son las de cadera, debido tanto a su elevada incidencia y mortalidad como al elevado gasto sanitario que producen.

Objetivos: El objetivo es estudiar la incidencia de las fracturas de cadera osteoporóticas ocurridas en el área sanitaria V de Madrid, correspondiente al Hospital Universitario La Paz, durante el año 2004, y analizar sus principales características clínicas y su morbimortalidad.

Pacientes y métodos: Se incluyeron todos los pacientes mayores de 50 años con fractura de cadera que acudieron a nuestro hospital durante 2004, excluyendo aquellas que fueron secundarias a traumatismo intenso y las fracturas patológicas. En este estudio preliminar se analizan los datos obtenidos en los nueve primeros meses. Se recogieron sus características clínicas, factores de riesgo, tipo de fractura, días de hospitalización, tratamiento quirúrgico, complicaciones posteriores y número de fallecimientos.

Resultados: El estudio recogió un total de 387 fracturas de cadera en los primeros nueve meses de 2004, de las que se analizaron 357. El ratio del sexo fue 2,9:1. La edad media fue de 82 años.

Resultados clasificados por edad y sexo

	Total	Mujeres	Varones	50 a 79 años	> 80 años
Nº de fracturas	387	267	90	116	240
Incidencia	161/100.000 habitantes	216/100.000 habitantes	91/100.000 habitantes	61/100.000 habitantes	755/100.000 habitantes

No se observaron diferencias en el número de fracturas distribuidas por meses del año. El lugar de caída más frecuente fue el domicilio (53,4%), produciéndose la mayor parte en el dormitorio (16,3%). Existía una causa favorecedora de la caída en 139 casos, siendo los más frecuentes los factores ambientales (64%) y los trastornos de la marcha (31,7%). No hubo diferencias en cuanto al lado fracturado. El 13,4% tenían antecedentes personales de fractura de cadera, y el 37,5% había presentado previamente alguna fractura osteoporótica, siendo la más frecuente la vertebral asintomática (53%), seguida de la de radio distal (32,8%). Las enfermedades previas más frecuentes fueron la hipertensión arterial y la depresión. El 85% recibió tratamiento quirúrgico, siendo la prótesis parcial de cadera la más frecuente en las fracturas subcapitales, y el clavo-placa en las pertorcantéreas. Las complicaciones posquirúrgicas más habituales fueron la anemia (43,1%), el síndrome confusional (38,9%) y el síndrome poscaída (28,9%). La media de días de hospitalización fue de 16,83 días, y la media de días de ingreso de los pacientes que tuvieron alguna complicación fue de 17 días, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre los que habían presentado alguna complicación médica y los que no. Fallecieron 27 de los 357 pacientes durante el ingreso hospitalario (7,6%).

Conclusiones: La incidencia de fractura de cadera en los nueve primeros meses de nuestro estudio para la población mayor o igual de 50 años del área sanitaria V de Madrid es de 161,66/100.000 habitantes, y de 755/100.000 habitantes para los mayores de 80 años. La ratio de sexo fue de 2,9, similar a la encontrada en otros estudios. La mayor parte de las fracturas aparecen entre los 80 y los 88 años de edad. Se destaca la alta frecuencia que se ha encontrado de fractura vertebral asintomática, diagnosticada mediante radiología.

29

ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LAS FRACTURAS DE CADERA EN EL ÁREA V DE MADRID EN LOS AÑOS 1992 Y 2004

C. Bohórquez, A. Torrijos, O. Macho, C. Ojeda, A. Núñez, D. Peiteado y E. Martín Mola
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar las características epidemiológicas de las fracturas osteoporóticas de cadera ocurridas durante 1992, datos que fueron publicados en la Revista Española de Reumatología, y las ocurridas durante 2004, y comprobar si existe alguna diferencia entre ellas.

Material y métodos: En ambos estudios se incluyeron pacientes de edad mayor o igual a 50 años que presentaron fractura de cadera, recogiendo sus características clínicas, tipo de fractura, días de hospitalización, tratamiento quirúrgico, complicaciones posteriores y número de fallecimientos. Los resultados de 2004 se presentan de forma preliminar, ya que disponemos de los datos que corresponden a los primeros nueve meses de ese año.

Resultados: Se resumen en la tabla que aparece a continuación:

	1992 (anual)	2004 (nueve meses)
Fracturas totales	311	387
Edad media	81,6 años	82,8 años
Ratio del sexo	3,7	2,9
Lugar de traumatismo	Domicilio	Domicilio
Fractura de cadera previa	7,1%	13,4%
Tratamiento quirúrgico	76,2%	85,4%
Media de días de ingreso	23,73	16,83
Fallecimientos	8,3%	7,6%

La incidencia de fractura de cadera en la población mayor de 50 años fue de 200/100.000 habitantes en 1992, y de 161/100.000 habitantes en los primeros nueve meses de 2004. En cuanto a la distribución por sexos, fue de 282/100.000 habitantes en mujeres y de 96/100.000 habitantes en varones, y de 216/100.000 habitantes en mujeres y 91/100.000 habitantes en varones, respectivamente.

Conclusiones: En primer lugar destacamos que la comparación entre ambos estudios debe hacerse con precaución, ya que se comparan doce meses de 1992 con sólo nueve meses de 2004, sobre todo en lo referente a las cifras de incidencia. Teniendo esto en cuenta, se observa que existe un aumento en el número de fracturas de cadera osteoporóticas en 2004, con mayor de porcentaje de pacientes con fractura previa y con un aumento del tratamiento quirúrgico. Por el contrario, disminuyen tanto la media de días de ingreso como la mortalidad. Es necesario realizar una prevención y tratamiento adecuado de la osteoporosis para conseguir disminuir el número de fracturas, ya que se trata de un importante problema sanitario debido a la gran morbimortalidad que presentan.

30

OSTEONECROSIS DEL ESCAFOIDES TARSIANO EN ADULTOS: ESTUDIO DE 18 PACIENTES

J. Narváez, J.A. Narváez, N. Montala, N. Busquets, B. Bernad, C. Díaz-Torne y J. Valverde

Servicio de Reumatología y Unidad de Resonancia Magnética. Hospital Universitari de Bellvitge.

Introducción: La osteonecrosis del escafoides tarsiano (OET) en el adulto es una entidad poco frecuente que debe diferenciarse de la osteocondrosis de la infancia, denominada enfermedad de Köhler. En el adulto existen formas idiopáticas conocidas como enfermedad de Müller-Weiss, que suelen darse en pacientes de edad media, generalmente mujeres y a menudo con obesidad. Las formas secundarias se deben a traumatismos o a otros factores de riesgo de necrosis ósea avascular.

Objetivo: Revisar las características clínico-radiológicas, la etiología y el pronóstico de la OET en adultos.

Material y métodos: Estudio descriptivo de 18 pacientes diagnosticados en nuestro hospital en un período de 12 años (1993-2004). El diagnóstico se estableció con radiología convencional, resonancia magnética (RM), gammagrafía ósea y/o tomografía computarizada (TC).

Resultados: De los 18 pacientes incluidos, 13 eran mujeres y 5 varones, con una edad media en el momento del estudio de 50 ± 8 años (rango: 25-59). La afección fue unilateral en 8 casos y bilateral en 10. En 12 casos se trataba de formas primarias, recogiéndose la obesidad, la presencia de pie plano y/o retropie en valgo y la hiper movilidad del primer radio como principales factores de riesgo. De los 6 pacientes con osteonecrosis secundaria, 4 tenían historia clínica previa de enfermedad reumatológica en tratamiento con glucocorticoides (AR 2 casos, artritis psoriásica 1, y LES 1) y en dos la osteonecrosis fue postraumática. Todos los enfermos presentaban dolor en el tarso de características mecánicas, de moderado a importante, y habitualmente crónico (excepto en los casos postraumáticos). Al margen del estudio radiológico, se realizó RM en 15 pacientes, gammagrafía ósea en 5, y TC en 7. En el momento del diagnóstico, la mayoría de los casos (77%) presentaban formas irreversibles, con colapso de la zona necrótica y migración ósea dorsal o medial, tributarias de artrodesis. La radiografía simple fue normal en las fases iniciales en todos los en-

fermos; los hallazgos radiológicos que permitieron establecer el diagnóstico (deformidad "en coma", migración dorsal o medial, y fractura-fragmentación del escafoides) únicamente aparecieron en fases muy avanzadas de la enfermedad. Tanto la RM como la gammagrafía ósea fueron útiles para el diagnóstico precoz. Los hallazgos en RM de la OET difieren de los encontrados en otras localizaciones del pie, y sugieren una patogenia traumática en la mayor parte de casos. No encontramos diferencias en la presentación clínica o radiológica entre formas primarias y secundarias.

Conclusión: La OET debería considerarse siempre en pacientes con dolor en el tarso. Un mayor índice de sospecha de esta entidad, y la realización de RM o gammagrafía ósea en la fase pre-radiológica de la enfermedad, es crucial para un tratamiento precoz que evite el colapso óseo.

31

ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET ¿EXISTE UN CAMBIO CLÍNICO?

J. González Domínguez, P. Font, I. Gómez-Gracia, A. Salmoral, F.G. Martínez-Sánchez, J.M. Quesada, P. Carpintero y E. Collantes

Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

Objetivos: Evaluar si existían diferencias clínicas entre pacientes con enfermedad ósea de Paget (EP) atendidos en una misma área geográfica en dos diferentes períodos de tiempo.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de 58 pacientes con EP. Se consideraron 2 períodos de tiempo que incluían 8 años. *Grupo I:* 1987-94, que incluyó a 22 varones (V) y 16 mujeres (M) y *grupo II:* 1995-2003, que incluyó a 10 V y 10 M. Se recogieron variables demográficas, clínicas y radiológicas: edad, sexo, localización ósea, extensión, complicaciones y tratamiento. Estudio estadístico de variables cualitativas y cuantitativas realizado en programa SPSS.11. Prueba chi2.

Resultados: En el grupo I la edad media fue de $69,7 \pm 7,5$ años vs grupo II de $64,5 \pm 11,3$ años ($p < 0,03$). Similar distribución de afectación monostótica y poliostótica. Distribución de afectación ósea-radiológica en grupo I: pelvis (68%), fémur (36%), raquis (31,6%) cráneo (28,9%) vs. grupo II: pelvis (45%), fémur (15%), raquis (25%), cráneo (25%). Entre las complicaciones: grupo I coxopatía (31,6%) vs. grupo II (10%).

Conclusiones: En el período más reciente (grupo II) se ha diagnosticado EP en pacientes más jóvenes y se ha detectado menor frecuencia de afectación en pelvis y fémur. Complicaciones: menor frecuencia de coxopatía pagética.

32

EL ALENDRONATO SEMANAL ES MÁS EFICAZ Y MEJOR TOLERADO QUE EL ALENDRONATO DIARIO PARA EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPENIA DE LA CIRROSIS BILIAR PRIMARIA

N. Guañabens, I. Vázquez, L. Álvarez, F. Pons, Ll. Caballería, D. Cerdá, P. Peris, A. Monegal y A. Parés

Unidades de Patología Metabólica Ósea y de Hepatología, Hospital Clinic, IDIBAPS, Barcelona.

El tratamiento de la osteoporosis en mujeres con cirrosis biliar primaria (CBP) ha sido poco evaluado. En ensayos previos describimos que el etidronato cíclico mantiene la masa ósea y que el alendronato diario (10 mg/d) la aumenta con escasos efectos adversos. El objetivo de este estudio ha sido comparar los efectos

del alendronato diario (10 mg/d) y semanal (70 mg/s) sobre la densidad mineral y los marcadores de recambio óseo, además de su tolerancia. Para ello se ha realizado un estudio prospectivo aleatorizado en 32 mujeres con CBP (edad: 63 ± 2 años). En todas las pacientes se determinó basal y a los 6 y 12 meses la densidad ósea (DMO) en columna lumbar y fémur proximal mediante DXA, pruebas de función hepática, 25-hidroxitamina D y marcadores óseos (fosfatasa alcalina ósea, P1NP, osteocalcina y NTx en orina). Dieciséis pacientes se incluyeron en el grupo diario y otras 16 en el semanal. No existieron diferencias significativas basales entre los dos grupos respecto a la gravedad de la hepatopatía ni en la masa ósea. Todas las pacientes del grupo semanal completaron 1 año de tratamiento y sólo 10 de 16 del grupo diario (en 4 de ellas el motivo de abandono fue epigastralgia). 18 pacientes (62%) tenían una osteoporosis por criterios densitométricos y/o fracturas por fragilidad, y el resto una osteopenia con una escala T < -1,5. Al año de tratamiento el grupo semanal aumentó la DMO lumbar (de $0,920 \pm 0,03$ a $0,950 \pm 0,04$ g/cm², p < 0,01) y en fémur total (de $0,841 \pm 0,029$ a $0,851 \pm 0,29$ g/cm², p = 0,02) mientras que en el grupo diario el aumento no fue significativo (lumbar: de $0,890 \pm 0,03$ a $0,901 \pm 0,03$ g/cm², p: n.s.; fémur total: de $0,842 \pm 0,03$ a $0,839 \pm 0,04$ g/cm², p: n.s.). Los marcadores óseos disminuyeron precoz y significativamente en ambos grupos, excepto el NTx que sólo disminuyó significativamente en el grupo semanal ($46,8 \pm 6,4$ vs. $27,7 \pm 5,2$, p < 0,01). La adherencia según recuento de pastillas fue del $86 \pm 5\%$ en el grupo semanal y del $70 \pm 12\%$ en el diario (p = ns). No se observaron cambios en la función hepática en ninguno de los grupos. Cuando se analizó el total de pacientes según la respuesta en DMO lumbar, las pacientes que no aumentaban o disminuían la DMO (n = 9) tenían una bilirrubina más elevada que las respondedoras (n = 17) ($1,2 \pm 0,2$ vs. $0,7 \pm 0,1$ mg/dl, p < 0,01) sin diferencias en la adherencia, en la edad ni en la masa ósea basal.

Conclusión: El alendronato 70 semanal es más eficaz y mejor tolerado que el alendronato diario para el tratamiento de la osteopenia de la cirrosis biliar primaria. Los efectos del tratamiento son menos acusados en las pacientes con más colestasis.

33

EFICACIA DE CALCIDIOL Y COLECALCIFEROL EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPOVITAMINOSIS D

M. Larrosa, E. Casado, A. Gómez, M.E. Fernández, E. Berlanga y J. Gratacós
Hospital de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí (UAB).

Existen distintos metabolitos de la vitamina D útiles para el tratamiento de la hipovitaminosis. Se desconoce cual de ellos es el más eficaz para el tratamiento a largo plazo. En un trabajo anterior (Rev Esp Reu 2003; 30:548-553) demostramos la eficacia de una pauta de 16.000UI de calcidiol semanal durante 4 semanas para normalizar los niveles de 25-OHD3 en pacientes con déficit de vitamina D.

Objetivo: Comparar la eficacia de 2 pautas de tratamiento para mantener unos niveles séricos normales de 25-OHD3.

Pacientes y métodos: Estudio longitudinal (12 meses de seguimiento) en el que se incluyeron 99 pacientes, 88 mujeres (89%), edad media $72 \pm 9,7$ años (43-88), controlados en consulta externa de Reumatología, con hipovitaminosis D que se había corregido tras la pauta de calcidiol descrita (16.000UI de calcidiol semanal durante 4 semanas). Los pacientes se aleatorizaron en dos pautas de tratamiento: 63 p. calcidiol 16.000UI cada 3 semanas y 36 p. colecalciferol 800UI/día. En todos los pacientes se

añadió calcio 1-1,2 g/día. Se realizaron controles analíticos a los 3, 6 y 12 meses determinando 25-OHD3, PTH, Ca, P, FA y calciuria.

Resultados: Con las dos pautas de tratamiento se consiguió mantener los niveles séricos medios de 25-OHD3 dentro de la normalidad aunque los pacientes tratados con calcidiol presentaron niveles significativamente superiores a los 6 meses (71 ± 31 vs. 44 ± 18 ; p = 0,000) y 12 meses (75 ± 26 vs. 48 ± 23 ; p = 0,001). El porcentaje de individuos que mantuvo los niveles de 25-OHD3 dentro de la normalidad fue similar en ambas ramas de tratamiento a los 3 meses pero significativamente superiores en el grupo de calcidiol a los 6 (93% calcidiol vs. 86% colecalciferol p = 0,004) y 12 meses (100% calcidiol 85% colecalciferol p = 0,02). No hubo diferencias significativas en los valores medios de PTH ni en el resto de parámetros analizados. No hubo diferencias significativas entre el porcentaje de abandonos o interrupción del tratamiento de ambos grupos, 47,6% (30/63) de los pacientes tratados con calcidiol y 41,6% (15/36) de los tratados con colecalciferol.

Conclusiones: Calcidiol (16.000 UI/3 semanas) y colecalciferol (800 UI/ d) son útiles para mantener niveles normales de 25-OHD3 aunque con calcidiol se consiguen niveles séricos más elevados y menor porcentaje de pacientes con hipovitaminosis. Ambos tratamientos presentan una alta tasa de abandonos.

34

UNA CAUSA INFRECUENTE DE OSTEOPOROSIS: MASTOCITOSIS SISTÉMICA

M. Sallés, S. Holgado, E. Riera, E. García-Casares, L. Mateo, A. Olivé, T. Navarro y X. Tena
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol.

Objetivo: Descripción de 5 casos de osteoporosis secundaria a mastocitosis sistémica diagnosticados en la sección de reumatología entre los años 2000 y 2004.

Método: Se incluyen 5 pacientes con osteoporosis y mastocitosis sistémica. Todos ellos presentan infiltrado de la médula ósea por mastocitos y al menos un criterio menor de mastocitosis sistémica (Valent et al 2001). A todos los pacientes se les realizó una densitometría (DEXA) de columna lumbar y fémur, una radiografía de columna dorsal y lumbar y se les determinó en suero valores de calcio, fósforo, fosfatasa alcalinas, PTH, vitamina D, histamina en sangre y histamina en orina. Se recogieron también las manifestaciones clínicas, tratamiento y evolución.

Resultados:

Caso	Edad	Sexo	Fracturas	Tratamiento	Inicio		Final	
					DMO lumbar (g/cm ²)	DMO cuello femoral (g/cm ²)	DMO lumbar (g/cm ²)	DMO cuello femoral (g/cm ²)
1	65	M	Colles	Pamidronato	0,829	0,645	0,853	0,674
2	48	M	No	Pamidronato	0,802	0,790	0,865	0,972
3	66	H	Vertebrales	Alendronato	0,889	0,900	0,976	0,874
4	53	M	Costales	Alendronato	0,834	0,895	0,938	0,883
5	58	H	Vertebrales	Pamidronato	0,649	0,693	0,894	0,630

Cinco pacientes (3 mujeres y 2 hombres), entre 48 y 66 años. Fueron diagnosticados inicialmente de osteoporosis y posteriormente de mastocitosis sistémica con un retraso diagnóstico entre 0 y 9 años. Tres presentaban afectación cutánea, 2 hematológica y 3 digestiva. Los niveles de histamina en orina fueron elevados en los 5 casos. Todos ellos presentaban una mastocitosis sistémica benigna (estadio I). Los niveles de calcio, fósforo, fosfatasa alcalinas y PTH fueron normales. En 4 se recogieron fracturas en el

momento del diagnóstico. Los valores medios de densidad mineral ósea (DMO) fueron $0,800 \pm 0,09$ gr/cm² en columna lumbar (escala T $-3,44 \pm 0,8$, escala Z $-3,24 \pm 0,9$) y $0,784 \pm 0,11$ gr/cm² en cuello femoral (escala T $-1,9 \pm 1$, escala Z $-1,5 \pm 1$). Se inició tratamiento con bifosfonatos (3 pamidronato, 2 alendronato). Tras el tratamiento los valores de DMO se mantuvieron estables o mejoraron y tan solo uno de ellos presentó una fractura vertebral.

Conclusiones: Los pacientes con osteoporosis y mastocitosis presentan un riesgo elevado de fracturas. Nuestros resultados sugieren que los bifosfonatos reducen la pérdida de masa ósea y previenen las fracturas.

35

UTILIDAD DE LOS FACTORES DE RIESGO PREDICTORES DE OSTEOPOROSIS PARA DENSITOMETRÍA DE CALCÁNEO

S. Muñoz-Gil, C. Alcañiz-Escandell, J.J. Alegre-Sancho, C. Chalmeta-Verdejo, C. Fernández-Carballido, N. Fernández-Llanio, R. Hortal-Alonso, M.A. Pareja-Lázaro, J.A. Román-Ivorra y L. Abad-Franch
Hospital Dr. Peset.

Introducción: Diversos estudios epidemiológicos han identificado múltiples marcadores y factores de riesgo que conllevan una mayor probabilidad de desarrollar osteoporosis. No obstante, no se dispone de ningún cuestionario validado para uso clínico.

Objetivos: Identificar factores de riesgo como predictores de osteoporosis en la densitometría de calcáneo (PIXI). Con ello pretendemos evaluar la validez de los criterios propuestos en el Plan de Prevención de Osteoporosis en la Comunidad Valenciana para la derivación de pacientes a unidades de densitometría ósea. (Proyecto de Investigación becado por Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana*).

Método: Estudio transversal en 885 pacientes remitidos a Consultas Externas de Reumatología para estudio de masa ósea durante el año 2004. A los pacientes se les pasó un cuestionario en el que se recogían: características sociodemográficas, peso, talla, edad, menarquia y menopausia, ejercicio físico, consumo tabaco y alcohol, antecedentes familiares y personales de fracturas osteoporóticas. A todos los pacientes se les realizó una densitometría de calcáneo izquierdo utilizando un densitómetro periférico PIXI (LUNAR). Se definió osteoporosis cuando Tscore > -1,6 y y osteopenia con Tscore > -0,6 y < -1,6.

Resultados: Se evaluaron 885 pacientes (860 mujeres y 25 hombres), con una edad media de 54 años en los hombres y 58 años en mujeres. De estos, 120 pacientes fueron diagnosticados de osteoporosis y 282 tuvieron osteopenia, en el resto la densidad mineral ósea fue normal. Los riesgos relativos estimados para los diferentes factores de riesgo de osteoporosis fueron: menopausia precoz: RR = 2,34 (1,75 a 3,11); IMC bajo: RR = 1,24 (0,43 a 3,52); consumo de tabaco: RR = 1,63 (0,91 a 2,90); consumo alcohol: RR = 2,83 (1,26 a 6,36); antec. familiares fracturas: RR = 3,28 (2,30 a 4,67); antec. personales fracturas: RR = 3,23 (2,27 a 4,60). El intervalo de confianza es del 95%.

Conclusiones: Se confirma la utilidad de los factores de riesgo estudiados en la predicción de osteoporosis por PIXI, destacando la importancia de los antecedentes familiares y personales de fracturas.

*Orden del 6/9/2004 de la Conselleria de Sanitat. Publicado en DOGV 4858 del 7/10/2004. Resolución del 9/12/2004. Publicado en DOGV 4919 del 7/1/2005.

36

ENFERMEDAD DE PAGET: RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON RISEDRONATO. ESTUDIO DE UNA SERIE DE 45 CASOS

J.M. Gorordo, I. Torre, M. Santisteban, R. Expósito, F. García, A. Intxaurre, A. González*, M.L. Rodríguez* y J.M. Aranburu
Servicios de Reumatología y Medicina Nuclear. Hospital de Basurto, Bilbao.*

Objetivos: Describir las variables (características clínicas, complicaciones, marcadores bioquímicos, índice de actividad gammagráfica y respuesta al tratamiento) en nuestra serie.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo de 45 pacientes, con edades comprendidas entre 48 y 96 años, diagnosticados de enfermedad de Paget. Desde Enero del 2000 hasta Diciembre del 2004. Se analizaron las siguientes variables: Sexo, edad, manifestaciones iniciales de la enfermedad, localización, complicaciones asociadas, marcadores bioquímicos: Fosfatasa alcalina Total (FAT), telopéptido carboxiterminal en suero (CTX) e índice de actividad gammagráfica (IAG); así como respuesta al tratamiento con bisfosfonato (Risedronato 30 mg oral al día, en ciclos de dos mes.).

Resultados: Varones (73,3%). Media de edad 67,6 años (límite 48-96). El 68,8% de los casos fueron poliostóticos. El síntoma inicial fue dolor óseo en el 80%. La localización más frecuente fue el cráneo (33,3%), pelvis (28,8%), fémur, raquis, húmero y tibia. Localizaciones con mayor riesgo: cráneo (33,3%), húmero (13,3%) de los cuales dos fueron bilaterales (4,4%). Complicaciones asociadas: 26,6% deformidades en cráneo-tibia, 11,1% hipoaucasia bilateral, 11,1% coxartrosis, 8,8% afectación cardiaca, 4,4% fisuras-fracturas tibia en "sable", 4,4% hiperparatiroidismo por "adenoma". Ningún caso de degeneración maligna. Un caso se realizó biopsia ósea para confirmar el diagnóstico. La respuesta al tratamiento con bisfosfonatos (Risedronato) se objetivó en la mejoría clínica, bioquímica (Fosfatasa alcalina Total (FAT) y telopéptido carboxiterminal (CTX), y del índice de actividad gammagráfica (IAG) (índice de Coutris).

Conclusiones: Observamos una mayor frecuencia de afectación en las llamadas localizaciones de riesgo (cráneo, húmero y raquis), en el resto de las variables no hay diferencias con respecto a otras series. Con el tratamiento hay una disminución significativa de las manifestaciones clínicas, marcadores bioquímicos de actividad, índice de actividad gammagráfica, así como una respuesta prolongada.

37

EFEECTO DEL TRATAMIENTO SUPRESOR CON LEVOTIROXINA SOBRE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA Y LOS PARÁMETROS DEL METABOLISMO MINERAL EN MUJERES CON CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES

S. Holgado, J.L. Reverter*, I. Salinas*, N. Alonso*, M. Sallés-Lizarzaburu, E. Riera, E. García-Casares, C. Joaquim*, L. Mateo, A. Olivé, A. Sanmarti* y X. Tena
Sección Reumatología, Servicio Endocrinología. Hospital Germans Trias i Pujol.*

Objetivo: Estudiar la influencia del tratamiento prolongado con levotiroxina (LT4) en dosis supresoras de la tirotropina (TSH) sobre la densidad mineral ósea (DMO) y los parámetros del metabolismo mineral en pacientes tiroidectomizadas por carcinoma diferenciado de tiroides.

Métodos: Se incluyeron a 80 mujeres que habían recibido tratamiento con LT4 durante 10 ± 6 años (media \pm DE) tras tiroidectomía total con una media de edad de 53 ± 9 años y un índice de masa corporal (IMC) 27 ± 4 kg/m² y 80 mujeres (grupo control) con media de edad 51 ± 12 e IMC 26 ± 4 Kg/m². A todas se les realizó estudio de función tiroidea (TSH, T4 libre, T3 total), densitometría (DEXA) de columna lumbar y fémur proximal y se analizaron en suero los valores de calcio (Ca), fósforo (P), fosfatasa alcalina total, Parathormona, 25-hidroxivitamina, 1,25-dihidroxivitamina y en orina el telopéptido aminoterminal del colágeno I (NTX) y el calcio en orina de 24 horas.

Resultados: La dosis media administrada de LT4 fue 195 ± 43 microgramos/día. La TSH fue $< 0,1$ mU/ml y la T3 total normal en todos los casos. No hubo diferencias estadísticamente significativas respecto al grupo control de los valores séricos y urinarios determinados, ni en los resultados de DMO en columna lumbar ($1,161 \pm 0,181$ frente a $1,083 \pm 0,172$ g/cm²) y cuello de fémur ($0,968 \pm 0,142$ frente a $0,955 \pm 0,135$ g/cm²). El porcentaje de mujeres que, utilizando el valor de T, se encontraban dentro de la normalidad o presentaban una osteopenia u osteoporosis fue igual en el grupo control que en el de tratamiento. Al comparar la DMO de las pacientes pre y posmenopáusicas (n = 40) con el grupo control no se observaron diferencias. En el grupo de premenopáusicas, los valores de DMO en columna lumbar en las tratadas respecto de los controles fue de $1,223 \pm 0,166$ frente a $1,231 \pm 0,168$ g/cm² y en cuello de fémur $1,025 \pm 0,120$ frente a $1,027 \pm 0,124$ g/cm². En las posmenopáusicas fue de $1,112 \pm 0,173$ vs. $1,036 \pm 0,147$ g/cm² y $0,9203 \pm 0,152$ vs. $0,922 \pm 0,130$ respectivamente. Tampoco hubo diferencias en el porcentaje de pacientes normales, osteopénicas u osteoporóticas.

Conclusión: El hipertiroidismo subclínico que induce el tratamiento supresor de la TSH en el carcinoma diferenciado de tiroides no parece tener un efecto negativo sobre la DMO ni los parámetros del metabolismo mineral y es independiente de la edad de la paciente.

38

PREVALENCIA DE FRACTURAS VERTEBRALES Y UTILIDAD DE LA DEXA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

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

Hospital de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí (UAB).

Objetivo: 1. Estudiar la prevalencia de fracturas vertebrales en pacientes varones con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). 2. Evaluar la utilidad de la densitometría axial en la predicción de fracturas vertebrales en estos enfermos.

Pacientes y método: Estudio transversal. Se evaluaron de forma consecutiva pacientes varones con EPOC estable, controlados en el Servicio de Neumología de un hospital comarcal y en una consulta de atención primaria. Se realizó a todos los enfermos densitometría axial (DEXA) de columna lumbar y fémur, así como una radiografía (RX) de columna dorsolumbar. El diagnóstico de osteoporosis (OP) se estableció según los criterios de la OMS (T-score 2,5). El diagnóstico radiológico de fracturas se estableció de acuerdo con la escala semicuantitativa de Genant, de forma consensuada entre un radiólogo y un reumatólogo. La gravedad de la EPOC se clasificó a partir del FEV1 según criterios ATS.

Resultados: Se incluyeron 99 pacientes varones con EPOC. La edad media fue de 67 ± 8 . El 60% de los enfermos tenían una

EPOC moderada-grave (FEV1 $< 50\%$). Para el análisis de congruencia entre la RX de columna dorsolumbar y la DEXA se estudiaron 94 de los 99 pacientes. La presencia de fracturas mediante la RX de columna dorsolumbar, se documentó en 32/94 pacientes (34,3%), mientras que se observó una OP densitométrica en 27/94 (28%). En el grupo sin OP por DEXA, 22/67, presentaron fracturas (32%). En el grupo con OP por DEXA, 10/27, presentaron fracturas (38%). Considerando como gold standard la RX de columna dorsolumbar, la presencia de osteoporosis por DEXA axial presentó una sensibilidad del 31,25%, una especificidad del 72,50% y un valor predictivo negativo del 67%.

Conclusiones: Los varones con EPOC tienen una alta prevalencia de fracturas vertebrales (34%). La ausencia de osteoporosis densitométrica no excluye la posibilidad de fracturas en estos enfermos, por lo que no es una técnica útil como predictora de fracturas vertebrales en esta población.

39

SIGNIFICADO DE LA DENSITOMETRÍA ÓSEA DE CALCÁNEO CON TÉCNICA DEXA, EN PACIENTES MAYORES Y MENORES DE 65 AÑOS: ESTUDIO PRELIMINAR

G. Santos, R. Martín, J. Rosas, C. Cano, G. Porcar y N. Llahí
Sección Reumatología y Enfermería Reumatología. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante.

Objetivos: Conocer la utilidad de la densitometría ósea (DO) periférica en calcáneo (DOC), con técnica DEXA, en pacientes mayores y menores de 65 años, en pacientes en seguimiento en consulta de reumatología del Hospital Marina Baixa.

Método: Estudio descriptivo prospectivo de la DOC (PIXI bone densitometer. Lunar Corporation. USA), en 234 mujeres postmenopáusicas consecutivas de la consulta de reumatología en los que se disponía de DOC y DO axial (DOA: lumbar o cadera), con al menos un factor de riesgo para osteoporosis (OP). Se recogieron y se distribuyeron los datos según la edad (mayor o menor de 65 años), datos epidemiológicos, factores de riesgo para OP y el resultado del índice de T de las DO. Los resultados de las DO se distribuyeron en: normal (T $< 0,6$ desviación estándar (DE) en calcáneo y T < 1 DE en axial), osteopenia (T entre 0,6 DE y -1,2 DE en calcáneo y T entre 1- y $< 2,5$ DE en axial) y OP (T $> 1,3$ DE en calcáneo y T $> 2,5$ DE en axial).

Resultados: De las 234 pacientes evaluadas (edad media: 58 años. Rango: 42-82 años), el DOC fue normal en el 15%, osteopenia en el 44% y OP en el 41% restante. La sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y negativo (VPN) del la DOC para la presencia de OP fue: para el grupo global: S: 61%, E: 93%, VPP: 96%, VPN: 48%; Para la presencia de OP en pacientes < 65 años: S: 60%, E: 92%, VPP: 89%, VPN: 51% y en pacientes > 65 años: S: 65%, E: 100%, VPP: 100%, VPN: 36%. Si bien con un escaso número de pacientes > 70 años (n: 19), se obtuvo: S: 50%, E: 100%, VPP: 100%, VPN: 33%. Respecto al resultado de osteopenia en el grupo global los resultados de la DOC fueron: S: 42%, E: 84%, VPP: 88% y VPN: 34%.

Conclusiones: Dado la alta especificidad y valor predictivo positivo, el resultado del índice de T de osteoporosis en la DOC señala pacientes con OP, en mujeres postmenopáusicas con independencia de la edad. En menor grado ocurre para el resultado de osteopenia en la DOC. Sin embargo, el resultado normal de la DOC no puede descartar la presencia de OP, especialmente en las mujeres < 70 años, y debe realizarse una DOA.

FRACTURA DE COLLES EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS: EN BUSCA DE PACIENTES CON OSTEOPOROSIS

R. Martín, J. Rosas, G. Santos, C. Cano, G. Porcar y N. Llahí
Sección de Reumatología y Enfermería Reumatológica. Hospital Marina Baixa. Villajoyosa. Alicante.

Objetivos: Conocer las características generales, prevalencia de osteoporosis (OP) y estudio realizado para evaluar OP, entre las mujeres posmenopáusicas que han presentado fractura de Colles (FxC), en el área de la Marina Baixa.

Método: Estudio descriptivo prospectivo, entre las mujeres mayores de 40 años que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Marina Baixa y fueron diagnosticadas de FxC, durante los meses de enero a septiembre de 2004. A las mujeres posmenopáusicas que aceptaron participar tras invitación telefónica, se recogieron: datos epidemiológicos generales, factores de riesgo de OP, existencia de diagnóstico y tratamiento previo a la FxC, estudio realizado tras la FxC para descartar OP y resultado de densitometría ósea de calcáneo DEXA (PIXI bone densitometer. Lunar Corporation. USA). Se consideró OP en la densitometría de calcáneo, un resultado de índice de T (Ts) mayor de -1,3 DE, osteopenia con un Ts entre -0,6 a -1,2 DE y normal un Ts menor de -0,6 DE (Fordham et al. Osteoporosis Int 2000;11:797-802).

Resultados: De las 44 mujeres posmenopáusicas que presentaron FxC, (edad media 68 años, mediana: 71 años; rango: 41-88 años), sólo 28 de ellas acudieron para evaluación (2 mujeres habían fallecido, 6 rechazaron participar y en las 8 restantes no se pudo contactar). Del grupo analizado, en el 75% se obtuvo un resultado de PIXI de OP (índice de T medio: -1,83 DE), el 11% de osteopenia y en el 14% restante el resultado fue normal. El grupo con OP se caracterizó por presentar; mayor edad (media 70 años, mediana: 71 años), mayor número de factores de riesgo (media: 3): menor índice de masa corporal (27), menopausia precoz el 38%, cualquier fractura previa el 76%; fractura vertebral el 33%; antecedente de fractura de cadera materna en el 23%; el 62% estaban diagnosticadas y el 38% seguían tratamiento para OP. Del grupo de pacientes con OP no tratadas previa a la FxC, sólo el 46% recibían tratamiento tras la FxC en el momento de nuestra evaluación (media de 6 meses desde FxC).

Conclusiones: El 75% de las mujeres posmenopáusicas que sufren una FxC tiene OP. De ellas, el 38% desconocen el diagnóstico a pesar de presentar factores de riesgo para dicha enfermedad. Tras la FxC, el 46% de las mujeres con OP y no tratadas previamente, no seguían tratamiento con fármacos antiresortivos. Estos resultados aconsejan en este grupo de pacientes descartar la presencia de osteoporosis.

OSTEOPOROSIS Y FRACTURA DESPUÉS DEL TRASPLANTE RENAL: ESTUDIO DE 106 PACIENTES

S. Ojeda Bruno*, F.F. Hernández*, R. Gallego Samper**, E. Oliva Dámaso**, A. Fernández Rodríguez**, L. Hortal Cascón** y A. Naranjo Hernández*

Sección de Reumatología* y Servicio de Nefrología** del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín.

Introducción: La osteoporosis tras el trasplante de órgano sólido, depende de factores relacionados con las características del paciente, la enfermedad de base y factores clínicos y terapéuticos del

post-trasplante. La disminución de la densidad mineral ósea (DMO) y las fracturas son complicaciones asociadas al trasplante renal (TR).

Objetivos: Estudiar la prevalencia de osteopenia u osteoporosis y de fracturas en pacientes con TR y determinar los factores relacionados.

Métodos: Estudio transversal de una cohorte de pacientes con TR, realizados entre 1987 y 2004, seguidos en una consulta monográfica de nefrología, con una recogida de datos protocolizada. A 106 pacientes con TR se les practicó una densitometría ósea (DEXA; Hologic QDR 4500) de columna lumbar y cuello femoral. Se recogieron variables clínicas, analíticas y terapéuticas, y se relacionaron con el diagnóstico de osteopenia u osteoporosis (según criterios de la OMS) y la presencia de fractura.

Resultados: Estudiamos a 54 hombres (edad media 50 ± 10,7 años) y 52 mujeres (edad media 50,5 ± 11,7 años), 60% posmenopáusicas. La media de meses post-trasplante fue 64,6 (rango 2-204 meses). Sólo el 33,9% tenía una DEXA normal, 46,6% osteopenia y 19,4% presentaron osteoporosis en columna y/o cuello femoral, con una distribución similar entre ambas localizaciones. En el análisis de la muestra se encontró una correlación entre el diagnóstico de osteopenia u osteoporosis en columna lumbar con los meses en hemodiálisis (HD) pre-TR (p = 0,025), los meses en diálisis peritoneal (DP) pre-TR (p = 0,030) y el aclaramiento de creatinina (ClCr) post-TR (p = 0,042). Mientras que en el cuello femoral se correlacionó con los meses de tratamiento con micofenolato mofetilo (MM) (p = 0,006), los meses en hemodiálisis pre-TR (p = 0,048) y con el uso de rapamicina (RM) (p = 0,043). Presentaron una o más fracturas 17 pacientes (16%), la mayoría mujeres y posmenopáusicas; predominaban en el esqueleto periférico (70,5%), y en el 82,3% de los casos se produjeron después del TR, con una media 76,5 meses (rango 4-204 meses). Se encontró una correlación entre la presencia de fractura y la disminución de la DMO en el cuello femoral (p = 0,023). El 47% de las fracturas se produjo en pacientes con diabetes mellitus (DM).

Conclusiones: La osteopenia y la osteoporosis son frecuentes en pacientes con TR (66%), con una distribución similar entre columna y cuello femoral. En nuestro estudio los factores que se relacionan con el diagnóstico de osteoporosis u osteopenia en columna o cuello femoral son los meses en HD y DP pre-TR, el ClCr post-TR, los meses de tratamiento con MM y el uso de RM. Las fracturas son más frecuentes tras el TR, en mujeres posmenopáusicas, en pacientes con DM y predominan en el esqueleto periférico. A la vista de estos resultados proponemos medidas generales de prevención de la osteoporosis en pacientes con insuficiencia renal crónica y la realización periódica de una DEXA a los pacientes tras el TR, para valorar el uso de tratamiento con antiresortivos.

PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS EN PACIENTES ADULTOS CON FIBROSIS QUIÍSTICA

J.A. García Vadillo, S. Castañeda Sanz, E. de Vicente Rabaneda, A. Herranz Varela, J. Ancochea Bermúdez* y R.M. Girón Moreno*

S. de Reumatología. Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Los objetivos de este trabajo son valorar la DMO de los pacientes adultos con FQ y la evolución de la masa ósea tras la instauración de un protocolo de prevención y tratamiento de la osteoporosis.

Material y métodos: Estudio prospectivo realizado en 21 pacientes adultos con FQ (10 mujeres) con una edad media de 24,3 años (r: 19-44). Se recogieron en cada paciente variables socio-demográficas y clínicas que incluían: índice de masa corporal, actividad física, fracturas, dosis de glucocorticoides, colonización bacteriana pulmonar, presencia de insuficiencia pancreática e historia ginecológica en las mujeres. La gravedad de la enfermedad se valoró anualmente por la puntuación clínica de Shwachman-Kulzycky y la radiológica mediante la puntuación de Brasfield. Se realizó basal y anualmente un balance metabólico que incluía: niveles séricos de calcio, fósforo, fosfatasa alcalina y 25-OH vitamina D, calciuria en orina de 24 horas y reabsorción tubular de fosfatos. Se determinó inicialmente la DMO en columna lumbar y cadera no dominante mediante DXA con un Hologic QDR-1000. Los estudios densitométricos se repetían a los 4 años cuando eran inicialmente normales y cada 2 años si eran patológicos. Se calculó el cambio relativo anual en el porcentaje de la DMO, IMC, FVC, FEV1 y puntuaciones de Schwachman y Brasfield. Desde el punto de vista terapéutico los pacientes se incluyeron en 3 grupos en función del estudio densitométrico basal. Grupo I densitometría normal ($T > 1$ DE), ejercicio físico, abundantes lácteos y un complejo polivitamínico con 1.660 UI de vitamina D diarias. Grupo II hipovitaminosis D (< 15 ng/ml de 25-OH vitamina D) y/o osteopenia (T entre -1 y $-2,5$ DE) las medidas generales del grupo I + suplementos diarios de 1000 mg de calcio y de 800 UI de vitamina D. Grupo III osteoporosis ($T < -2,5$ D) las medidas del grupo II + 10 mg/día de alendronato. Los estudios estadísticos se calcularon con el programa SPSS versión 11,5 considerándose estadísticamente significativos los valores de $p < 0,05$.

Resultados: Inicialmente el 14,2% de los pacientes con FQ presentaban una disminución acusada de la DMO respecto a la población control de su misma edad y sexo con puntuación $Z < -2$ DE en columna lumbar y/o cadera. Otro 38% presentaban puntuaciones Z entre -1 y -2 DE. La disminución anual de la DMO durante los 3 años de seguimiento fue progresiva en las áreas anatómicas analizadas: $-0,52 \pm 1,8$ en columna lumbar, $-1,17 \pm 1,9$ en cadera y $-2,16 \pm 2,6$ en cuello femoral. El porcentaje de cambio anual de la DMO en cadera sólo se relacionó con el volumen espirado en el primer segundo (FEV1) $p < 0,05$. Los pacientes del grupo III (alendronato) no sufrieron pérdidas progresivas de masa ósea y el tratamiento instaurado disminuyó de forma significativa la pérdida de masa en cadera respecto a los otros 2 grupos.

Conclusión: Los adultos jóvenes españoles con FQ presentan una disminución de la DMO respecto a la población control de su misma edad y sexo. A lo largo de la enfermedad se produce una pérdida progresiva de la masa ósea. Esta pérdida no se previene con medidas generales ni con suplementos de calcio y vitamina D. Únicamente en los enfermos tratados con alendronato se produce un aumento de la DMO.

43

CRIBADO POBLACIONAL CON EQUIPO ACCUDEXA. REPERCUSIÓN EN LA INCIDENCIA DE FRACTURA DE CADERA

M. Ciria, J. Fernández, M. Coll, I. González, L. Pérez-Edo, J. Blanch, P. Benito y M.J. Robles
Hospital del Mar y de La Esperanza.

Objetivo: Valorar la disminución de la incidencia de fractura de cadera en una población cribada mediante equipo densitométrico periférico de falange (accuDEXA) y cuestionario FRACTURE, frente a población no cribada.

Material y métodos: Estudio prospectivo de base poblacional, randomizado. *Universo:* mujeres ambulatorias mayores de 65 años de un Centro de Atención Primaria urbano (CAP). Se realiza cribado de la mitad de la población, escogida de forma randomizada según su médico de familia. Se realiza encuesta estructurada incluyendo, entre otros, datos antropométricos, ingesta de calcio, hábitos tóxicos, fármacos osteopenizantes, edad de menarquia y menopausia y tratamiento antiresortor previo. Se realiza cálculo del cuestionario FRACTURE sin incluir densidad mineral ósea. Se realiza densitometría en segunda falange de mano no dominante. Mujeres con alto riesgo de fractura de cadera: accuDEXA $< -2,5$ desviaciones estándar (DE) respecto de la población joven (T-score), o T-score $< -1,6$ DE e índice FRACTURE superior a 4 unidades. Todas las mujeres con "alto riesgo de fractura de cadera" inician tratamiento con risedronato. Se recogen las fracturas de cadera ingresadas en el hospital de referencia provenientes de dicho CAP. Se realiza estudio estadístico mediante Chi cuadrado.

Resultados: Población diana al inicio del estudio (agosto de 2002): 1390 mujeres; al finalizar el cribado (diciembre de 2003): 1650 mujeres. Pacientes contactadas: 1.077 (77,5%). Realizadas: 789 (73,3%). Negativas a participar: 7%, exitus: 1,1%, no ambulatorias: 18,6%. No contacto: 313; errores de censo: 7,6%. Población del grupo control al finalizar el estudio: 1990 mujeres. Pacientes identificadas como de "alto riesgo de fractura de cadera": 284 (36%). Fracturas de cadera en 2003: 14 (3 en cupos cribados, 11 en cupos no cribados; $p = 0,072$). Fracturas de cadera en 2004: 13 (5 en cupos cribados, 8 en cupos no cribados; $p = 0,62$). Número de fracturas durante los dos primeros años de seguimiento: 8 en cupos cribados, 19 en cupos no cribados; $p = 0,1$). Todas las fracturas identificadas en mujeres cribadas ocurrieron al menos 6 meses después de iniciar el tratamiento antiresortor. De las fracturas identificadas en los cupos cribados, cuatro (50%) ocurrieron en mujeres que se negaron a realizar el cribado. Al repetir el estudio estadístico con la población efectivamente cribada, no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas, posiblemente por el bajo número de pacientes realmente cribadas. De las fracturas observadas en mujeres cribadas, tres de ellas (75%) fueron identificadas como de alto riesgo de fractura, mientras que la cuarta fue identificada como de riesgo intermedio.

Conclusiones: La incidencia de fractura de cadera en la población cribada, durante el primer año de seguimiento, tiende a ser menor que en el grupo control. Esta tendencia desaparece el segundo año. Posiblemente, esta disminución pueda ser explicada, al menos en parte, por el abandono de tratamiento. El equipo accuDEXA, junto con el cuestionario FRACTURE, se han mostrado como herramientas útiles para detectar población con riesgo de fractura de cadera y para indicar un tratamiento antiresortivo.

44

FRACTURAS ÓSEAS EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

J. del Blanco, A. Champer, A. Ramos, N. Albertí y A. Tena
Hospital Comarcal Sant Jaume de Calella.

Objetivo: El objetivo de este trabajo es evaluar la prevalencia, características y localización de fracturas óseas vertebrales o periféricas, en un grupo de pacientes con espondilitis anquilosante.

Método: Se revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas y las radiografías de columna dorsal y lumbar de 32 pacientes afectos de espondilitis anquilosante que se controlan en consultas externas del hospital. Se recogieron los datos de edad, tiempo de

evolución de la enfermedad, ingesta de esteroides y presencia de fracturas espontáneas o por traumatismos de baja intensidad.

Resultados: De los 32 pacientes, 24 eran varones y 8 eran mujeres. La edad media fue de 51 años (DE 20,06). La media de evolución de la enfermedad fueron 17 años. Un 22% de los pacientes era consumidor habitual de esteroides (dosis media 5,7 mg/día). 3 pacientes (9,3%) presentaban fracturas: 2 fracturas vertebrales (D12 y L2) y 2 fracturas periféricas (húmero y radio distal). *Paciente 1:* varón de 52 años con 15 años de evolución de la enfermedad e ingesta crónica de esteroides (fractura D12 y fractura humeral). *Paciente 2:* varón de 79 años con 21 años de evolución de la espondilitis. No ingesta de esteroides (fractura distal de radio). *Paciente 3:* varón de 46 años con espondilitis de 25 años de evolución e ingesta habitual de esteroides (fractura vertebral L2). Ninguna de las fracturas vertebrales tuvo complicaciones neurológicas.

Conclusión: Encontramos que un 9% de los pacientes con espondilitis anquilosante presentan fracturas por fragilidad ósea y que éstas aparecen cuando la enfermedad tiene más de 15 de años de evolución. La presencia de fracturas se relaciona con la ingesta crónica de esteroides.

45

DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN NIÑOS Y ADULTOS CON FIBROSIS QUÍSTICA

D. Madruga Acerete, R.M. Girón, P. Sánchez Molini, D. García Novo y J.C. López Robledillo

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús y Hospital Universitario de la Princesa. Madrid.

Objetivo: Estudiar la densidad mineral ósea (DMO) en niños y adultos con fibrosis quística (FQ) y analizar los factores que podrían estar asociados con el desarrollo de una masa ósea patológica.

Pacientes y métodos: Se incluyeron en el estudio un total de 70 pacientes con FQ. 37 pacientes (26 varones) tenían menos de 18 años (11,3 ± 2,88) y 33 (18 varones) eran mayores de 18 (23,06 ± 6,12). La duración de la enfermedad en el grupo pediátrico era de 9,7 ± 3,26 años. En todos los pacientes se determinó la densidad mineral ósea en columna lumbar L2-L4 mediante densitometría dual fotónica de Rx (DEXA) Hologic 2000. Los valores DMO se relacionaron con la edad, género, genotipo FQ, tiempo de evolución, parámetros antropométricos, estado nutricional, presencia de insuficiencia pancreática y hepatopatía, función pulmonar y gravedad (score clínico de Shwachman y score radiológico de Brasfield).

Resultados: La DMO promedio en los niños fue de 0,800 ± 0,150 g/cm² (Zpromedio = -0,660 ± 1,120) y en los adultos de 0,950 ± 0,110 g/cm² (Zpromedio = -0,796 ± 1,000). Se objetivó una DMO alterada en el 35% de los pacientes pediátricos y en el 54,5% de los adultos. Las variables asociadas con una masa ósea potencialmente patológica fueron: estado nutricional, tiempo de evolución de la enfermedad, presencia de hepatopatía, índices clínico y radiológico de gravedad y función pulmonar (adultos).

Conclusiones: Un porcentaje importante de pacientes con FQ desarrollan osteoporosis, que se inicia en la edad pediátrica dependiendo fundamentalmente de factores nutricionales. Otros factores asociados son el tiempo de evolución de la enfermedad y la gravedad de la misma. El estudio y tratamiento de la patología metabólica ósea en pacientes con FQ debe iniciarse en la edad pediátrica con el objetivo de alcanzar un capital óseo adecuado en la edad adulta.

46

ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET: DIFERENCIAS CLÍNICAS ENTRE CASOS FAMILIARES Y ESPORÁDICOS

L. Corral Gudino*, J. García Aparicio*, C.A. Montilla*, J. Blanco*, R. González Sarmiento** y J. del Pino Montes*
*Hosp. Universitario de Salamanca; **Unidad de Medicina Molecular, Departamento de Medicina, Universidad de Salamanca.

El aumento de la frecuencia de casos familiares en la enfermedad ósea de Paget (EOP) ha llevado a la conclusión de que existe un factor genético transmitido de un modo autosómico dominante con penetrancia variable. Sin embargo en la clínica son más frecuentes los casos aparentemente esporádicos. Por otro lado la expresión clínica de la enfermedad se debe a la estimulación de los osteoclastos, siendo la IL-1 y la IL-6 factores humorales relacionados con la osteoclastogénesis.

Objetivo: Valorar las diferencias clínicas y genotípicas en relación con los genes que codifican la IL1 y la IL-6 entre los casos familiares y esporádicos de un grupo de pacientes con EOP.

Métodos: Se estudiaron las características clínicas, de imagen y de laboratorio de un grupo de 211 pacientes con EOP. En una muestra de 118 (22 casos familiares) pacientes se determinaron los polimorfismos -511C/T de la región promotora y el +3953 TC en el exón 5 del gen IL1B, el Hinfi del 5'UTR en el intrón 2 del gen IL1R1, el número variable de tandem repetidos (NVTR) en el intrón 2 del gen IL1RN y el -74 G/C SNP en la región promotora del gen IL6.

Resultados: Entre los 211 casos de EOP, en 38 (18%) existían antecedentes familiares, 58% eran varones, con una edad media de 69 años en el momento del diagnóstico. Los pacientes con historia familiar eran más jóvenes en el momento del diagnóstico (64 vs. 70 años, p = 0,00), tenían más huesos afectados (3 vs. 2 huesos, p = 0,002), menos frecuencia de casos monostóticos (8% vs. 31%, p = 0,002), una mayor puntuación en índice anatómico de Renier (20,4% vs. 15,7%, p = 0,08), afectación de la extremidad superior más frecuente (44% vs. 22%, p = 0,03) y tenían mayor elevación de fosfatasa alcalina en el momento del diagnóstico (7 vs. 5 veces por encima de límite superior de la normalidad). No hubo diferencias en el número de complicaciones, fracturas, coxartrosis, sordera o respuesta a los bisfosfonatos. No hubo diferencias en los 5 polimorfismos estudiados entre los casos esporádicos y familiares.

Conclusión: No hubo diferencias clínicas importantes entre los casos de EOP familiares y esporádicos excepto en la precocidad del diagnóstico y el grado de extensión esquelética. Los polimorfismos de la IL-1 e IL-6 no juegan un papel importante en la génesis de los casos familiares. Los descubrimientos de futuros marcadores genómicos pueden clarificar el conocimiento de la etiología de la EOP.

47

DENSITOMETRÍA ÓSEA CON ULTRASONIDOS DE CALCÁNEO EN PACIENTES CON FRACTURA DE CADERA OSTEOPORÓTICA

C. Bohórquez, A. Torrijos, O. Macho, C. Ojeda, R. Ghiglini y E. Martín Mola

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivos: Analizar los valores densitométricos obtenidos mediante ultrasonidos de calcáneo en pacientes con fractura de cadera osteoporótica, y describir los factores de riesgo previos.

Material y métodos: Se incluyeron 387 pacientes con fractura de cadera osteoporótica ingresados en nuestro hospital. Se utilizó un ultrasonógrafo Hologic® Sahara® de calcáneo, y se midieron los siguientes parámetros: densidad mineral ósea estimada (est DMO), la velocidad del sonido (SOS), el coeficiente de atenuación de banda ancha (BUA) y el QUI/Stifness.

Resultados: Se realizó la densitometría en 160 de los 387 pacientes, de los que 132 (82,5%) eran mujeres y 28 (17,5%) eran varones. La causa de no realización de esta prueba fue por encamamiento del paciente, úlceras en los talones y otras causas. Se analizaron los resultados según el sexo. Para las mujeres, la media de DMO obtenida fue de 0,314 g/cm² (VN 0,575 ± 0,116), para el BUA 52,11 dB/MgHz (VN 77 ± 15), para el Stifness 61,85 (VN103 ± 18) y para la SOS 1488 m/sg (VN 1565 ± 30). En hombres, la DMO media fue de 0,4700 g/cm² (VN 0,594 ± 0,127), el BUA 71,54 dB/MgHz (84 ± 18), el Stifness 82,75 (VN 106 ± 20) y la SOS 1521 m/sg (VN 1567 ± 33). Una DMO de 0,519 para mujeres y de 0,630 para hombres (lo que supone valores normales) incluiría el 90% de las fracturas de cadera en nuestro estudio. No existen diferencias estadísticamente significativas entre realizar los ultrasonidos en el lado ipsi o contralateral al de la fractura en ambos sexos (p = 0,474 en mujeres y p = 0,480 en hombres). Respecto a los valores de DMO clasificados según los parámetros de normalidad en la población española, se obtienen los resultados que aparecen en esta tabla:

T*	>0	0 a -1,5	-1,5 a -1,8	-1,8 a -2	-2 a -2,5	<-2,5
Mujeres (%)	5,4	18,2	6,1	6,1	15,2	49,3
Hombres (%)	17,9	39,2	7,1	3,6	17,9	3,6

*Tscore correspondiente a la DMO de calcáneo

Conclusiones: Encontramos una T para la densidad mineral ósea por debajo de -1,5 en el 80% de las mujeres y en el 32,2% de los varones. Destacamos el alto porcentaje de varones con masa ósea por encima de -1,5 (73,8%) y que no existan diferencias entre realizar los ultrasonidos en el talón del lado de la fractura o realizarlo en el contralateral. La elevación de la DMO por encima de la normalidad en pacientes con fractura de cadera nos sugiere que existen otros factores que determinan el riesgo de fractura, como la calidad ósea. Es preciso realizar estudios más amplios para clarificar el papel de los ultrasonidos.

48

EFFECTO DEL TRATAMIENTO CON BISFOSFONATOS EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET CON AFECTACIÓN DE CALOTA CRANEAL

P. Peris, L. Álvarez, S. Vidal, A. Monegal, C. Moll, A. Martínez, H. Solberg, P.A.C. Cloos, F. Pons, J.L. Bedini y N. Guañabens
Servicios de Reumatología, Bioquímica, Medicina Nuclear, Hospital Clínic de Barcelona. Nordic Bioscience, Herlev, Denmark.

Los pacientes con enfermedad de Paget (EP) con afectación de calota craneal suelen presentar un marcado aumento de los marcadores de remodelado óseo. Sin embargo, se desconoce su efecto sobre la respuesta al tratamiento (tto).

Objetivo: Valorar la respuesta al tratamiento en pacientes con EP con y sin afectación de calota craneal y comparar la utilidad de los nuevos marcadores de remodelado óseo en la valoración de estos pacientes.

Metodología: Se incluyeron 47 pacientes con EP (12 con afectación de calota) que fueron tratados con tiludronato (400 mg/d x 3

m) y 26 controles sanos. Se determinaron los siguientes marcadores de formación: FAT, FAO y PINP, y de resorción ósea: a-a CTX, b-bCTX y NTX en orina, al mes y 6 m de finalizar el tratamiento. Se realizó una gammagrafía ósea cuantificada al inicio y a los 6 m. Los pacientes fueron clasificados en 3 grupos: pacientes con afectación de calota (grupo 1), pacientes sin afectación de calota (grupo 2) y pacientes sin afectación de calota pero con similar actividad gammagráfica que los pacientes con afectación de calota (grupo 3).

Resultados: Los pacientes con afectación de calota tenían unos valores significativamente más altos en todos los marcadores analizados comparados con los del grupo 2 y similares a los del grupo 3 (excepto para el NTX, que era más alto en el grupo1). El a-a CTX fue el marcador que estaba más aumentado en este grupo de pacientes. A los 6 meses de finalizar el tratamiento el porcentaje de pacientes con normalización de los marcadores fue: en pacientes del grupo 1: 25% para FAT, 18% para FAO, 11% para PINP, 30% para NTX, 17% para a-a CTX y 17% para b-b CTX; en pacientes del grupo 2: 71% para FAT, 71% para FAO, 63% para PINP, 54% para NTX, 48% para a-a CTX y 52% para b-b CTX; en pacientes del grupo 3: 60% para FAT, 73% para FAO, 50% para PINP, 33% para NTX, 31% para a-a CTX y 38% para b-b CTX.

Conclusión: Los pacientes con EP con afectación de calota craneal presentan un marcado aumento del recambio óseo y una menor respuesta al tratamiento con bisfosfonatos. Estos resultados sugieren que estos pacientes probablemente deben tratarse con dosis más altas de bisfosfonatos o durante un tiempo más prolongado.

49

EVALUACIÓN DE PACIENTES CON OSTEOPOROSIS POSMENOPÁUSICA EN TRATAMIENTO CON RISEDRONATO DURANTE TRES AÑOS

D. Peiteado, C. Bohórquez, R. Ghigliano, M. Bernad, M.E. Martínez y E. Martín Mola

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Objetivo: Evaluar la respuesta al tratamiento de pacientes con osteoporosis posmenopáusica tratados con Risedronato durante 3 años. Valorar la aparición de nuevas fracturas, la modificación de parámetros de resorción y los efectos secundarios

Pacientes y métodos: Se evaluaron en forma consecutiva, 90 pacientes (64 ± 5,7 años) con osteoporosis posmenopáusica (T-score -2,9 en columna lumbar, y -2,2 en CF). Se determinó la densidad mineral ósea (DMO) mediante absorciometría dual de rayos X (DXA) en situación basal y a los 12, 24 Y 36 meses, además de PTH, calcidiol y D-piridinolina basal y a los 6, 12, 24 y 36 meses. El diagnóstico de fracturas vertebrales se realizó en base a pruebas radiológicas. Las pacientes recibieron tratamiento con risedronato (5mg/día ó 35mg/semana), junto con suplemento de calcio y vitamina D.

Resultados: En situación basal, el 58,3% de las pacientes presentaba una fractura, de éstas 9 pacientes (1%) presentaban más de una; el 75,6% presentaba deficiencia de vitamina D, el 77,8% tenía una baja ingesta de lácteos, el 85% exposición solar baja y el 66% no practicaba ejercicio. Únicamente un 2,4% eran ex fumadoras o fumadoras activas. 16 pacientes (8%) suspendieron el tratamiento a lo largo de los tres años, 5 sin causa justificada, 2 por ineficacia y el resto por efectos secundarios: estreñimiento, diarrea, molestias gástricas, cefalea, hemorragia digestiva alta y aumento de transaminasas, siendo un total de nueve pacientes

(12%) quienes presentaron efectos secundarios. Respecto al valor basal, la DMO de columna lumbar mostró un aumento significativo: 3,26%, $p = 0,000$ a los 12 y 4,17%, $p = 0,000$ a los 24 meses. La DMO de cuello femoral mostró cambios significativos a los 12 meses: 1,97% ($p = 0,03$) y aumentó un 2,74% ($p = 0,011$) a los 24 meses. Entre el primer y segundo año también se produjo un aumento de DMO de cuello de fémur estadísticamente significativo (3,28% con $p = 0,01$). Existe una disminución significativa de piridinolina ($p = 0,02$) y de PTH ($P = 0,01$) a los dos años. Existe una correlación significativa ($r = 0,51$, $p = 0,04$) entre la disminución de la D-piridinolina y el aumento de masa ósea en los dos primeros años. A los 24 meses se produjeron 19 nuevas fracturas, todas en pacientes con fracturas previas, no hubo nuevas en los pacientes que llegaron a 36 meses de tratamiento.

Conclusión: El tratamiento con risedronato aumenta la densidad mineral ósea tanto a nivel vertebral como en cuello de fémur, disminuye los marcadores de resorción y puede disminuir el riesgo de nuevas fracturas en pacientes con osteoporosis posmenopáusica.

50

ANÁLISIS EPIDEMIOLÓGICO Y ABORDAJE CLÍNICO DE OSTEOPOROSIS EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA (AMPLIACIÓN DEL ESTUDIO A 1.230 PACIENTES)

I. Möller, C. Moragues, J. Sánchez y N. Martí

Instituto Poal de Reumatología.

Objetivos: Evaluar las características epidemiológicas, clínicas, densitométricas y factores de riesgo asociados en una población de pacientes diagnosticados de Osteoporosis (OP) que acuden a una consulta ambulatoria de reumatología.

Métodos: Mediante un programa informático específico de seguimiento de pacientes con OP se han evaluado todos los pacientes con diagnóstico densitométrico de OP visitados en una consulta de Reumatología durante un período de 16 meses. La recogida de datos incluyó: edad, factores de riesgo de osteoporosis, asociación de fracturas vertebrales, no vertebrales y de cadera, presencia de patologías concomitantes y valores densitométricos obtenidos mediante DEXA.

Resultados: Se han estudiado un total de 1230 pacientes. Todas las pacientes eran mujeres. El 22,69% eran menores de 56 años y 2,21% eran mayores de 80 años. El 26,7% no referían factores de riesgo asociados. El 25,9% presentaban antecedente de fractura por fragilidad, de las que el 33,57% eran vertebrales, 3,25% de cadera y 63,18% no vertebrales. El 19,97% tenían antecedente de menopausia precoz. De los pacientes que presentaban fractura vertebral un 61,29% tenían un DEXA con valores de $T < -2,5$ en col lumbar. De los pacientes con fractura de cadera un 55,56% tenía un DEXA con $T < -2,5$ en cadera. Entre los pacientes con fractura no vertebral un 30,29% tenían un $T < -2,5$ en col lumbar y en cadera. Las patologías concomitantes más prevalentes fueron: hiperlipemia 14,55%, HTA 13,25% y nódulos interfalángicos 11,74%.

Conclusiones: El mayor porcentaje de enfermos con osteoporosis visitados en una consulta ambulatoria de reumatología es menor de 56 años. La asociación de fractura osteoporótica con valores de DEXA dentro del rango de osteoporosis es baja. EL 11,74% de los pacientes con osteoporosis presentaban nódulos interfalángicos.

Soporte técnico: MSD, Silvia Lobato.

51

VALIDEZ DE LA DENSITOMETRÍA PERIFÉRICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE OSTEOPOROSIS EN LA POBLACIÓN FEMENINA DE RIESGO. ESTUDIO DE SU USO COMO PRUEBA DE CRIBADO. ANÁLISIS DE COSTE-EFECTIVIDAD

I. Ferraz-Amaro, M.I. Joyanes, E. Fuentes, T. Fraga, T. González y E. Trujillo

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias. Santa Cruz de Tenerife.

Los criterios diagnósticos de osteoporosis (O) se basan en la densitometría ósea (DEXA) de columna lumbar y fémur (DEXA axial). Sin embargo, algunos estudios han mostrado una relación consistente entre la pérdida ósea en un sitio del esqueleto y la pérdida ósea en otro lugar del mismo, lo que puede sustentar la utilización de la densitometría periférica (DP). La DP tiene grandes ventajas para su uso en Atención Primaria (AP): menor tamaño, escasa radiación/nula radiación, no precisa personal especializado, es más rápida y barata.

Objetivos: 1. Determinar la validez del DEXA de calcáneo, DEXA de falange y ultrasonidos (US) de calcáneo para el diagnóstico de osteoporosis en la población femenina de riesgo. 2. Analizar sus posibilidades como prueba de cribado, y disminuir el número de densitometrías axiales a realizar. 3. Estudio de coste-efectividad de la DP para su uso como screening en AP.

Material y métodos: Se realizó el estudio en 300 mujeres con factores de riesgo para osteoporosis, de 9 municipios de la Isla de Tenerife. Se realizó simultáneamente a cada paciente, en su Centro de Salud, las 3 técnicas de DP (DEXA de calcáneo, DEXA de falange y US de calcáneo) y, posteriormente, una DEXA axial en su Hospital de referencia. Se determinó la prevalencia de O y osteopenia (OP) según la densitometría axial (gold standard). Se determinó la sensibilidad y especificidad para distintos cortes de la t-score, de cada aparato de DP respecto al gold standard, utilizando la metodología ROC (receiver operating characteristic). Se realizó un análisis de costes comparando el uso directo del DEXA axial con el cribaje previo con DP.

Resultados: La prevalencia de O fue de 31,7% y de OP de 53,3%. La sensibilidad del DEXA de calcáneo fue del 76% y del DEXA de falange del 73%. En pacientes mayores de 70 años, la sensibilidad de ambos aparatos superó el 90%. Observamos que el ultrasonido de calcáneo en pacientes con edema de tobillo tiene una nula correlación con el DEXA axial. Una vez excluidos estos pacientes la sensibilidad del ultrasonido de calcáneo es del 71%. Si realizamos el DEXA axial solo cuando en el cribaje con DP es patológico (O ó OP) ahorramos el 58% de los DEXA axiales.

Conclusiones: La sensibilidad de los DEXA periféricos para el diagnóstico de O/OP supera el 70%. Esta correlación aumenta con la edad de las pacientes, alcanzando el 90% en mayores de 70 años. Los ultrasonidos de calcáneo no son útiles en pacientes con tobillos edematosos o hinchados por presentar interferencias. Los densitómetros periféricos pueden ser útiles en AP como cribaje para seleccionar candidatos a estudios con DEXA axial en pacientes de riesgo menores de 70 años y como método único en pacientes mayores de 70 años. La densitometría periférica es coste efectiva en el cribado de O y OP en el ámbito de Atención Primaria. Como prueba de cribado permite ahorrar un alto porcentaje de densitometrías axiales.

ARTRITIS REUMATOIDE Y OSTEOPOROSIS

L. Cunha Miranda, M. Parente, E. Simões, C. Silva, M.J. Mediavilla, H. Santos, J. Saraiva Ribeiro, A. Faustino y J. Vaz Pato

Instituto Português de Reumatologia.

Objetivo: Analizar la presencia y la orientación terapéutica de la Osteoporosis en enfermos con Artritis Reumatoide (AR) en la consulta de reumatología del IPR, identificando los posibles factores predetivos clínicos.

Material y métodos: Fueron seleccionados de forma aleatoria 373 enfermos de la consulta de reumatología del IPR con AR y que cumplían los criterios de ACR. De forma retrospectiva se analizaron los procesos clínicos y se determinó la edad, el sexo, el tiempo de evolución, la menopausia (en meses desde el inicio), DEXA, diagnósticos asociados, uso de corticoides, tratamiento de la osteoporosis (antireabsortivos; calcio, calcio y vitamina D) y ejercicio físico.

Resultados: De los 373 enfermos evaluados, 83% eran de sexo femenino (n = 310) y con edad media de 59,13 ± 12,95 (22-84) años, con una duración media de la enfermedad de 156,82 ± 103,81 (17-528) meses. Solo el 10,5% de los enfermos realizaban ejercicio físico. 74,3% de los enfermos habían realizado Dexa para evaluación de osteoporosis. El 89% de los enfermos estaban medicados con corticoides, siendo que el 63,8% realizaban terapéutica con calcio o calcio más vit.D. Un 40,5% hacían terapéutica antireabsortiva y un 34,6% no realizaban ningún tratamiento para osteoporosis. De las correlaciones realizadas queremos señalar: 1. La osteoporosis no se relaciona con la corticoterapia (p = 0,054 chi cuadrado) ni con la solicitud de DEXA. 2. La osteoporosis y el pedido de DEXA se correlaciona con el sexo, la edad y la menopausia y su duración. 3. La osteoporosis aisladamente se correlaciona con el tiempo de evolución de la AR (193 meses OP vs. 178 osteopenia, 134 meses normal y sin valoración con DEXA 117 meses). 4. El pedido de DEXA se correlaciona estadísticamente con el tiempo de evolución de AR. 5. La prescripción de bisfosfonatos se relaciona con el sexo femenino y con la menopausia (p = 0,05 chi cuadrado).

Conclusión: Los factores clínicos, sexo, edad, duración de AR y menopausia son los más importantes en la decisión para pedir DEXA en nuestra consulta, siendo igualmente estos factores los que se correlacionan estadísticamente con la presencia de osteoporosis. Encontramos un elevado número de enfermos con baja DMO (72,2%) y el 40% de los enfermos con osteoporosis por lo que el diagnóstico y el tratamiento de osteoporosis deben ser reforzados, como es sugerido internacionalmente.

EVALUACIÓN DE LAS DENSITOMETRÍAS REALIZADAS EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA

G. Díaz-Cordoves, J.M. Martos, S.A. Sánchez, M.A. López, I. Ureña, M. Rodríguez, M.V. Irigoyen, A. Fernández, A. Ponce y E. Calero

Servicio de Reumatología. C.H. Carlos Haya. Málaga.

Objetivos: Evaluar las características de los pacientes enviados al servicio de Reumatología para la determinación de masa ósea mediante DEXA así como los servicios que las solicitan y las sospechas diagnósticas que motivan estas solicitudes.

Material y métodos: Se realiza estudio descriptivo, retrospectivo, mediante la revisión de los resultados de las densitometrías realizadas en nuestro servicio a pacientes con sospecha de osteoporosis desde septiembre hasta diciembre de 2004. Se analiza el servicio que demanda la realización de la prueba y el motivo de ésta. El análisis estadístico se realizó con SPSS 12.0 (SPSS Inc., Chicago, IL). Los datos descriptivos cuantitativos se presentan como media desviación típica y rango. Las variables cuantitativas fueron comparadas con la T-Student y las cualitativas con Chi-cuadrado para dos colas. Se utilizó ANOVA de un factor para la comparación múltiple siguiendo el procedimiento de Bonferroni.

Resultados: Se realizaron un total de 765 densitometrías (DMO), el 99,3% se realizaron sobre columna lumbar, el 28% sobre cadera y el 27,3% sobre ambas. La edad media de los pacientes explorados fue de 68,9 ± 0,484 (35-95) años. Los diagnósticos densitométricos fueron: osteopenia 46,5% (356 casos), normal 28,1% (215 casos) y osteoporosis 25,4% (194). El valor de la T-Score lumbar fue de -1,95 ± 0,09 (-6,1-4,0) DE y a nivel de cuello femoral fue de -1,37 ± 0,06 (-4,0-1,8) DE. Reumatología con un 59,4% fue el servicio que más DEXA solicitó, seguido de Ginecología con un 11%, Traumatología con 10,6%, Endocrinología con 5,8%, Rehabilitación con 4,7% y otros con 8,5%. Entre los motivos más frecuentes de solicitud se encuentra la menopausia precoz con 41,5% (247 exploraciones), fractura vertebral única con 13,3% (102) y tratamiento con corticoides con 11,4% (87). Comparando el valor medio de las DE de T-Score a nivel lumbar entre los diferentes servicios se observó diferencias estadísticamente significativas entre Reumatología y Ginecología con una p = 0,000 y entre Reumatología y Endocrinología con una p = 0,018.

Conclusiones: Ante la sospecha de osteoporosis el diagnóstico densitométrico más frecuente independientemente del servicio que solicita la DEXA es el de osteopenia. El motivo más frecuente de demanda de realización de DEXA es la menopausia precoz (por parte de Ginecología) aunque este motivo no se corresponde posteriormente con una densidad ósea mineral más baja en comparación con otros motivos y servicios.

EFECTO DEL INFLIXIMAB SOBRE LA MASA ÓSEA EN ARTRITIS REUMATOIDE Y ESPONDILOARTROPATÍAS

E. Vicente, E. Tomero, R. Gómez, J.A. García Vadillo, M. Quintana, A. Laffón y S. Castañeda

Hospital de la Princesa.

Introducción: Se ha descrito una mayor incidencia de osteoporosis de carácter multifactorial en la artritis reumatoide y otras enfermedades inflamatorias crónicas. Existen pocos estudios que demuestren el efecto de los tratamientos biológicos sobre la masa ósea en estas enfermedades.

Objetivo: Evaluar el efecto del infliximab (IFX) sobre la masa ósea en un grupo de pacientes con artritis reumatoide (AR) y espondiloartropatías (EA).

Material y métodos: Se seleccionaron de forma retrospectiva 20 pacientes (14 AR y 6 EA) de la UMA en tratamiento con IFX, de los que se disponía de DXA basal en cadera total (CT), cuello femoral (CF) y columna lumbar L2-L4 (CL) y DXA de control al menos 2 años después del inicio del tratamiento. Las mediciones DXA se realizaron con un densitómetro Hologic QDR 4500. En todos los pacientes se recogieron variables demográficas, de actividad (DAS28 y BASDAI) y funcionalidad (HAQ y BASFI) de acuerdo al protocolo seguido en nuestro Hospital. Se analiza-

ron las variaciones en la masa ósea de forma conjunta mediante la prueba de la t de student para datos apareados, previa comprobación de la normalidad de la distribución de las diferencias por la prueba de Shapiro-Wilks. Se utilizó para el análisis estadístico el programa Stata 7.

Resultados: La edad media fue de $48,1 \pm 9,5$ años; 15 eran mujeres (75%). El tiempo de evolución fue de $11,8 \pm 8,8$ años y la duración del tratamiento de 3 ± 1 años. El DAS28 inicial en los pacientes con AR fue $5,5 \pm 1$ y el HAQ $1,4 \pm 0,7$. Los pacientes con EA presentaban al inicio un BASDAI de $50,7 \pm 16,8$ y un BASFI de 49 ± 18 . La DMO basal fue de: $0,934 \pm 0,139$; $0,709 \pm 0,094$ y $0,779 \pm 0,100$ g/cm² en CL, CF y CT respectivamente. Nueve pacientes (45%) presentaban osteopenia y 5 (25%) osteoporosis según criterios de la OMS. La tasa anual de cambio de BMD fue de: 0,004 (IC 95%: -0,018; 0,026) en CL; 0,001 (IC 95%: -0,016; 0,019) en CF y 0,014 g/cm² (IC 95%: 0,003; 0,025) en CT. El cambio porcentual global fue: 3,6 (IC 95%: -2,8; 10) en CL; 0,4 (IC 95%: -6,1; 6,8) en CF y 5,3% (IC 95%: 1,5; 9,1) en CT. Dichos cambios fueron exclusivamente significativos a nivel de cadera total ($p < 0,05$).

Conclusiones: En el presente estudio hemos observado una leve ganancia de la masa ósea en las tres regiones analizadas, aunque exclusivamente significativa a nivel de cadera total. Las tasas de pérdida de masa ósea encontradas en nuestros pacientes tratados con IFX son inferiores a las descritas en la literatura para AR y EA en tratamiento exclusivo con FMEs.

55

EFFECTOS DE LA OSEÍNA-HIDROXIAPATITA VERSUS CARBONATO CÁLCICO EN EL METABOLISMO ÓSEO DE MUJERES CON OSTEOPOROSIS SENIL

M. Ciria, J. Blanch, P. Lisbona, M. Coll, M.J. Robles, A. Díez-Pérez, X. Nogues, J. Carbonell y L. Pérez-Edo
URFOA. Institut Municipal d'Investigacions Mèdiques. Barcelona.

Objetivo: Evaluar el efecto de dos tipos de suplementación de calcio en el metabolismo óseo de mujeres con osteoporosis senil.

Material y métodos: Estudio abierto, randomizado y prospectivo. Se incluyen mujeres con osteoporosis primaria diagnosticada mediante densitometría, sin fracturas asociadas. Las participantes se randomizaron en dos grupos. El grupo 1 (G1) recibió complejo oseína-hidroxiapatita (4 comprimidos de 830 mg) con 800 unidades de vitamina D3 diario. El grupo 2 (G2) recibió carbonato de calcio (1.000 mg) y 800 unidades de vitamina D3 diarias. Se recogieron las siguientes variables, al inicio del estudio y con una periodicidad anual: calcemia, fosforemia, parathormona intacta (PTH-i), vitamina D3, fosfatasas alcalinas totales (FAT), osteocalcina (GLA) y fosfatasa ácida tartrato resistente (FATR), excreción de calcio urinara corregida por excreción de creatinina en orina y densidad mineral ósea en columna lumbar y en cuello femoral con equipo DEXA Hologic QDR 1000.

Resultados: 115 mujeres fueron incluidas en el estudio (G1 = 55, G2 = 60). Los dos grupos fueron comparables en todas las variables (índice de masa corporal, edad, edad de menopausia, variables analíticas y densitométricas). Ciento ocho mujeres completaron el primer año de seguimiento (G1 = 52, G2 = 56), noventa y dos completaron dos años (G1 = 44, G2 = 48) y cincuenta y cuatro completaron tres años (G1 = 25, G2 = 29). Los niveles de GLA en suero aumentan durante los tres años de tratamiento en el G1 (1 año = $0,4 \pm 3,11$, 2 años = $0,84 \pm 3,12$, 3 años = $1,86 \pm 2,77$). En el otro grupo (G2), los niveles de GLA se redujeron durante el

primer y segundo año, aumentando el tercero (1 año = $-0,26 \pm 1,85$, 2 años = $-0,39 \pm 1,4$, 3 años = $0,31 \pm 2,25$). Las diferencias intergrupos fueron estadísticamente significativas en el segundo año de tratamiento (G1 = $3,71 \pm 3,2$ G2 = $2,54 \pm 1,37$, $p = 0,038$) y el tercer año (G1 = $4,63 \pm 2,8$ G2 = $3,32 \pm 2,29$, $p = 0,05$). No se apreciaron diferencias en las otras variables estudiadas.

Conclusiones: el uso de complejo oseína-hidroxiapatita se relaciona con un aumento de la formación ósea medida mediante los niveles séricos de GLA. Esta estimulación de la formación es mayor con oseína-hidroxiapatita que con carbonato cálcico. Este efecto beneficioso puede durar, al menos, tres años.

56

LEFLUNOMIDA EN ARTRITIS PSORIÁSICA

J.M. Sánchez Burson, J. Rodríguez Barrera
y J. González de la Vera
Hospital de Valme y Virgen Macarena. Sevilla.

Diseñamos un estudio prospectivo en pacientes con Artritis psoriásica (APS) moderada y severa con afectación periférica los cuales fueron tratados con leflunomida, durante seis meses, valorando la eficacia y la seguridad sobre la artritis y sobre las lesiones cutáneas. Los criterios de inclusión fueron pacientes con APS que al menos presenten 3 articulaciones periféricas inflamadas, con un DAS superior a 3,2 y con al menos un 3% de afectación cutánea. Las variables principales fueron el DAS para la artritis y el PASI para las lesiones cutáneas. La dosis de tratamiento fue de 20 mg de leflunomida sin dosis de carga. En total incluimos 48 pacientes, el 52% eran varones y la edad media fue de 52 años (27-75). El DAS inicial tenía una media de 5,49 (3,50-7,20) y el PASI de 16,06 (4-56). Otras variables secundarias iniciales fueron el MHAQ era de 8,58 (1-17), VSG 39,7 (9-101) o el EVA 6,27 (3-10). De estos 34 pacientes (70%) cumplieron totalmente el tratamiento y 14 (30%) lo suspendieron: 5 (10,4%) retirada voluntaria, 9 (18,7%) por reacciones adversas, siendo sólo una grave con Síndrome De Steve-Jhonson. Realizamos estudio estadístico siendo el DAS final de 3,81 con una ($p < 0,0005$), con resultados también significativos para el EVA $p < 0,0005$ y el MHAQ ($p < 0,0005$). También objetivamos que el PASI al final de período era significativo ($p < 0,0005$). Realizamos la prueba de Friedman para valorar el seguimiento durante este período y su resultado también es significativo desde el primer mes analizados, análisis intermedio a los tres meses y hasta el final para el DAS, EVA y MHAQ ($p < 0,0005$), no así para el PASI. Nuestros resultados sugieren que la leflunomida es eficaz en el tratamiento de la APS a seis meses, que esta mejoría es tanto en la artritis, que se obtiene al mes, como en las lesiones cutáneas, aunque esta hay que esperar al menos seis meses.

57

¿CÓMO TRATAR LA UVEITIS REFRACTARIA SECUNDARIA A ESPONDILOARTROPATIAS?

S. Muñoz Fernández, L. Carmona y E. Martín Mola
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz.

Objetivo: Evaluar mediante una revisión sistemática de la Literatura (RSL) cuál es el tratamiento más apropiado para las uveítis refractarias secundarias a espondiloartropatías.

Métodos: En primer lugar se analizó la pregunta mediante la estrategia "PICO" definiendo: *Población:* uveítis refractaria en cualquier tipo de espondiloartropatía, entendiendo como refractaria

aquella resistente al tratamiento convencional o con un alto número de recidivas a pesar de él. *Intervención:* tratamientos inmunosupresores o no con efecto conocido sobre la uveítis. *Comparador:* se buscaron ensayos clínicos que compararan fármacos con placebo pero se admitió cualquier tipo de estudio que comunicara un efecto beneficioso sobre la uveítis en espondiloartropatías. *Resultado (outcome):* mejoría de la uveítis (agudeza visual, fenómeno de Tyndall anterior o vítreo, signos de vasculitis, etc.) o del número de recidivas de la misma. Se definió una estrategia de búsqueda sistemática en Pubmed, Embase, Cochrane Database of Systematic Reviews y Cochrane Central Register of Controlled Trials sin limitaciones de ningún tipo. La búsqueda se cerró el 15 de enero del 2005.

Resultados: Se identificaron un total de 119 citas no repetidas en las distintas bases. Además se seleccionaron otras 5 en búsquedas secundarias, resultando un total de 124 citas bibliográficas revisadas. De éstas, se eliminaron 49 al leer el título y 44 al leer el resumen, examinándose 31 artículos completos. De éstos últimos, se desecharon otros 18 por distintas razones, quedando incluidos en el análisis final 13. De los 13, en 5 se evaluaba la eficacia de la salazopirina (3 ensayos clínicos, un estudio retrospectivo de cohortes y una serie de casos clínicos retrospectiva), demostrándose un efecto beneficioso fundamentalmente en la prevención de recidivas de los brotes de uveítis. Cuatro estudios retrospectivos y con un número muy limitado de casos (el mayor de $n = 3$) muestran un efecto beneficioso del infliximab en la uveítis refractaria secundaria a espondiloartropatías. En un estudio retrospectivo amplio de 160 pacientes, el metotrexate demuestra un efecto beneficioso sobre la uveítis crónica aunque de la serie tan sólo 9 casos presentaban una espondiloartropatía. Existe una serie retrospectiva de 6 casos con uveítis (tan solo uno de ellos con espondiloartropatía) que mejoraron con clorambucilo. Finalmente encontramos dos ensayos clínicos aleatorizados y controlados con placebo que no demuestran eficacia del ciprofloxacino ni de la indometacina en la uveítis.

Conclusiones: La información científica disponible acerca del tratamiento de estos pacientes es muy escasa. En este contexto, la salazopirina es eficaz para la prevención de la uveítis anterior aguda recidivante unilateral (UAARU) en pacientes con espondilitis anquilosante (EA) (grado de evidencia IIb, grado de recomendación B). El infliximab y el metotrexato pueden ser eficaces en el tratamiento de la UAARU o de la uveítis crónica en la EA o en otros tipos de espondiloartropatías (grado de evidencia III, grado de recomendación B en ambos casos). Existe la necesidad de llevar a cabo ensayos clínicos controlados en este tipo de pacientes.

58

PREVALENCIA DE ESPONDILOARTRITIS EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

M. Fernández-Castro, J.L. Andreu, J. Sanz, P. Muñoz, L. Silva, C. Isasi, C. Barbadillo, M. Jiménez-Palop y J. Mulero
Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Objetivo: Estudiar el cumplimiento de los criterios diagnósticos actuales de espondiloartropatías seronegativas (EspA) en pacientes diagnosticados de enfermedad inflamatoria intestinal.

Métodos: Estudio transversal de una cohorte de pacientes no seleccionados incluidos en la base de datos de enfermedad inflamatoria intestinal -colitis ulcerosa (CU) y enfermedad de Crohn (EC)- del Servicio de Gastroenterología de nuestro centro. Se realizó una valoración preestablecida clínica (anamnesis y examen físico), analítica y de imagen. Se aplicaron los instrumentos de

medida BASDAI, BASFI, BASRI, BAS-G, ASQoL y SF-12. Se evaluó el cumplimiento de los criterios de Nueva York modificados (NYM) y los del Grupo Europeo de Estudio de Espondiloartropatías (GEEE). El estudio fue aprobado por el comité de ética y ensayos clínicos de nuestro centro.

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes; 13 (35,1%) con CU y 24 (64,9%) con EC. La edad media fue de $42 \pm 10,5$ años. La duración media de la EII fue de $8 \pm 6,7$ años. El número de pacientes con dolor vertebral inflamatorio en segmento cervical fue de 3 (8,1%), ninguno en segmento dorsal y 8 en segmento lumbar (21,6%). Presentaban artralgias 25 pacientes (67,6%), 15 tumefacción articular (40,5%) y 16 entesitis (43,2%). El número de pacientes con rigidez fue de 7 (18,9%); con afectación de la pared anterior del tórax 6 (16,2%); con psoriasis 1 (2,7%); con uretritis/cervicitis no gonocócica y/o gastroenteritis bacteriana ninguno; y con antecedentes familiares 2 (5,4%). Sólo un paciente cumplía los criterios de NYM (2,7%) y 18 (48,6%) los del GEEE. Los 8 pacientes (21,6%) que presentaban dolor axial inflamatorio cumplían los criterios del GEEE, pero solo un paciente de los 8 (12,5%) los de NYM. El 71,4% de los pacientes con dolor en nalgas cumplía los criterios del GEEE y ninguno los de NYM. El 60% de los pacientes con artralgias cumplía los criterios del GEEE y el 4% los de NYM. El 31,25% de los pacientes con entesitis cumplía los criterios del GEEE y ninguno los de NYM.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que los criterios del GEEE son más sensibles que los de NYM para detectar EspA en pacientes no seleccionados con EII.

59

FUNCIÓN FÍSICA EN ESPONDILOARTROPATIAS SERONEGATIVAS: ¿QUÉ PARÁMETROS DE LA ANAMNESIS, EXPLORACIÓN FÍSICA Y PRUEBAS DE LABORATORIO SE CORRELACIONAN MEJOR CON LA FUNCIÓN FÍSICA?

R. Mazzucchelli, R. Almodóvar, J. Quirós, J. Quirós, P. Zarco y N. Crespi

Unidad de Reumatología. Fundación Hospital Alcorcón.

Objetivos: 1. Analizar la función física en los diferentes tipos de espondiloartropatía y establecer si existen diferencias entre los distintos tipos de espondiloartropatía. 2. Analizar que parámetros de la anamnesis, exploración física y pruebas de laboratorio se están asociados con deterioro función física.

Sujetos y métodos: *Estudio de corte:* todos los pacientes diagnosticados de espondiloartropatía seronegativa (espondiloartropatía indiferenciada (EInd), espondilitis anquilosante (EA), artropatía psoriásica forma espondilítica (EA-Pso), artropatía psoriásica sin espondilitis (APso), espondiloartropatía asociada a enfermedad inflamatoria intestinal con espondilitis (EA-EII), espondiloartropatía asociada a enfermedad inflamatoria intestinal sin espondilitis (A-EII), artritis reactiva (ARe) y espondiloartropatía juvenil (EJuv) y censados en nuestra base de datos, se les invitó a través de comunicación telefónica a participar en el estudio que consistía en una visita donde se recogieron datos de filiación (edad, sexo, y otros) función física (BASFI, QOL, SF-36 y otros), actividad de la enfermedad (BASDAI), datos de exploración (Schober, distancia dedos suelo, expansión torácica, distancia, occipucio-pared, y otros) y pruebas de laboratorio (BASRI, BASRI-total, VSG, PCR, y otros). Como medida de la función física se utilizó el BASFI. Se analizaron los índices de correlación (IC) bivariante entre las diferentes variables y el BASFI. Se consideró que existía una IC positivo bueno si era $> 0,7$, moderado entre 0,4-0,7 y

malo si era inferior a 0,4. Para los IC negativos se consideró bueno si era inferior a -0,7, moderado entre -0,4 y -0,7 y malo si era superior -0,4. El estudio estadístico realizó con SPSS 10.

Resultados: Del total de 243 individuos recogidos en nuestra base de datos, se consiguió realizar la entrevista a 193 (tasa de respuesta del 79%). 117 fueron hombres y 75 mujeres. La media de edad fue de 46,4 +/- 14 años. La media del BASFI en los diferentes subtipos de espondiloartropatía queda descrita en la tabla. Las diferencias observadas no alcanzan a tener significación estadística excepto la diferencia entre EA-EInd.

BASFI (cm)

Tipo Esp.	N	Media	Std. Deviation
EA	78	3,58	2,78
EA-Pso	7	4	2,83
EA-EII	6	2,33	2,07
A-Pso	51	2,94	2,41
ARe	3	0	0
AEII	1	0	
EInd	42	2,14	2,37
EJuv	4	1,75	1,26
Total	192	2,96	2,61

Los parámetros que presentaron un IC bueno fueron: BASDAI y ASQoL. IC moderado: EVA dolor última semana, EVA actividad global, componente físico del SF-12 y la distancia dedos suelo. IC malo: Edad, peso, altura, expansión torácica, schober, distancia occipucio-pared, flexión de columna lateral, rotación cervical y el nº de entesis dolorosas.

Conclusiones: La función física está deteriorada de forma importante en los pacientes con espondiloartropatía, siendo este deterioro más marcado en las formas con afectación axial. Existen gran cantidad de parámetros asociados a la función física, pero en general, todos muestran un grado asociación moderada. De los diversos parámetros medidos en la exploración física, la medida de la distancia dedos-suelo es la que mejor se correlaciona con la función física.

60

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS EN LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE. ESTUDIO DE PREVALENCIA Y FACTORES DETERMINANTES

X. Juanola, C. Pallarés, J. Rodríguez-Moreno, J. Valverde-García, D. Roig-Escofet, M. Jordana y J.M. Nolla
Hospital Universitari de Bellvitge.

Introducción: En los últimos años se ha reconocido la importancia de los factores psicológicos en las enfermedades articulares de naturaleza inflamatoria como la artritis reumatoide o el lupus eritematoso sistémico. En la espondilitis anquilosante (EA) se ha prestado poca atención a estos factores y apenas existen estudios en los que se valore la presencia de depresión y de ansiedad en esta enfermedad.

Objetivos: Conocer la prevalencia de síntomas de ansiedad y de depresión en pacientes afectos de EA y determinar las variables demográficas, clínicas, analíticas, metrológicas y radiológicas que pueden condicionar su presencia.

Pacientes y métodos: Estudio transversal realizado en 160 pacientes afectos de EA controlados y visitados de forma protocolizada. Se recogieron las siguientes variables: edad, género, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, tiempo de evolución, edad de inicio, presencia de artritis periférica, escala analógica vi-

sual (EAV) del dolor, dolor nocturno, actividad de la enfermedad valorada por el paciente (EAV), presencia de uveítis, cirugía previa del aparato locomotor, comorbilidad, hábito tabáquico, BASFI, HAQEA, BASDAI, HLA B27, VSG, PCR, prueba de Schober modificada, expansión torácica, distancia occipucio pared, grado radiológico de sacroileitis y BASRI de columna cervical, lumbar y caderas. La depresión se valoró mediante la versión adaptada al castellano del Inventario de Depresión de Beck (BDI). Se consideró que presentaban síntomas de depresión los pacientes con una puntuación igual o superior a 18. La ansiedad se valoró mediante el State Trait Anxiety Inventory (STAI) incluyendo las subescalas de estado (E) y rasgo (R). Se consideró que presentaban síntomas de ansiedad los pacientes con una puntuación igual o superior a 8. Las variables cuantitativas se expresaron mediante media y desviación típica, y las cualitativas mediante porcentaje. La relación entre variables cuantitativas se estudió mediante la prueba de la Chi cuadrado. Se utilizó la correlación de Pearson para el estudio de las correlaciones entre variables cuantitativas. La diferencia de medias en las variables categóricas se estudió mediante la prueba de la t de Student y el Análisis de la Varianza. Las variables estadísticamente significativas, así como las de importancia clínica, fueron introducidas en un modelo de regresión lineal múltiple para explicar la relación entre la presencia de síntomas psicológicos con las diferentes variables.

Resultados: El 23% de los pacientes presentaron síntomas de depresión y de ansiedad E y el 24,4% de ansiedad R. La presencia de síntomas psicológicos se relacionaron con el dolor, el dolor nocturno, la actividad de la enfermedad valorada por el paciente, el BASFI, el HAQEA y el BASDAI. El BDI se relacionó además con el BASRI en columna lumbar y el STAI E y R. La puntuación de STAI E se relacionó además con el BDI y el STAI R y la puntuación de STAI R con la comorbilidad, la VSG, la prueba de Schober, el BDI y el STAI E. En el estudio de correlación, las variables significativas para las tres escalas de síntomas psicológicos fueron el dolor, la actividad valorada por el paciente y la VSG. El STAI R tenía correlación además con la expansión torácica. En el modelo de regresión lineal múltiple las variables significativas fueron para el BDI el dolor nocturno, el STAI E y el STAI R, para el STAI E el dolor nocturno, la actividad de la enfermedad valorada por el paciente, el BDI y el STAI R y para el STAI R la prueba de Schober modificada, el BDI y el STAI E.

Conclusiones: La presencia de síntomas psicológicos, tanto de depresión como de ansiedad, son frecuentes en pacientes con EA y se relacionan con variables de actividad y de capacidad funcional. La presencia de síntomas de depresión se relaciona con síntomas de ansiedad.

61

LUPUS INDUCIDO POR FÁRMACOS EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE CON AFECTACIÓN AXIAL EN TRATAMIENTO CON INFILIXIMAB

C. Pérez-García, J. Maymó Guarch, M.P. Lisbona Pérez, M. Almirall Bernabé y J. Carbonell Abelló
Servicio Reumatología IMAS. Hospital del Mar y Hospital de la Esperanza.

Introducción: Se han descrito, asociado al tratamiento con infliximab (INF), episodios de poliartritis, fiebre, títulos elevados de anticuerpos antinucleares (ANA), anticuerpos anti-DNA positivos y rash cutáneo, en pacientes afectos de artritis reumatoide o enfermedad de Crohn. Se ha asociado el cuadro clínico al aumento de ANA que se produce en el tratamiento anti-TNF-alfa. 1,2

Múltiples estudios han objetivado el aumento de los ANA en los pacientes con espondilitis anquilosante (EA) pero este aumento no se ha asociado, hasta el momento, con episodios compatibles con lupus inducido por fármacos (LIF). 3,4 No existe consenso con los criterios para definir el LIF, pues lo más importante es la relación temporal con el fármaco. Por ello presentamos un caso de LIF asociado al tratamiento con infliximab en una paciente afecta de EA de afectación axial.

Caso clínico: Mujer de 65 años diagnosticada de EA en 1997 según los criterios de New York modificados (1984) con afectación axial de 15 años de evolución, HLA B 27 positivo y uveítis. Refractaria al tratamiento con AINE a dosis máximas, 2 g/día de SZP durante 3 años retirada por ineficacia y 15 mg/semana de MTX durante 1 año retirado por ineficacia e intolerancia. Por ello, se inició tratamiento con INF a dosis de 3 mg/Kg según protocolo. Al inicio del tratamiento la paciente presentaba raquialgia nocturna, BASFI 65 y BASDAI 51, Shöber 2 cm., expansión caja torácica 2 cm y occipucio-pared 10 cm. Durante toda su evolución la paciente no había presentado afectación de articulaciones periféricas. La paciente presenta una buena respuesta con el tratamiento con INF tal como muestra la tabla 1. Presenta a las 48 h. de la 5 infusión, mialgias, poliartritis aguda en MCF, IFP, muñecas, codos, hombros asociada a rigidez generalizada de más de 1 hora de evolución y fiebre. No presentó lesiones cutáneas. Se realiza analítica que muestra ANA 1/ 5120, anti-DNA 38,7, ac. Anti-histona negativos PCR 8,8 mg/dl VSG 38 y linfopenia. Se inicia tratamiento con glucocorticoides con mejoría a los 15 días del cuadro clínico (tabla).

Conclusiones: El lupus inducido por fármacos es una entidad frecuente, de 5-10% de los LES son por LIF. Nuestra paciente presentó poliartritis, ANA positivos, linfopenia a las 48 horas de la exposición a INF. Describimos el que creemos, el primer caso de lupus inducido por INF en paciente afecto de EA.

62

¿CÓMO TRATAR LA AMILOIDOSIS SECUNDARIA A LAS ESPONDILOARTROPATÍAS?

S. Muñoz Fernández, L. Carmona y E. Martín Mola
Hospital Universitario La Paz.

Objetivo: Evaluar mediante una revisión sistemática de la literatura (RSL) cuál es el tratamiento más apropiado para la amiloidosis secundaria a las espondiloartropatías.

Métodos: Se analizó la pregunta mediante la estrategia "PICO" definiendo: *Población:* pacientes con amiloidosis secundaria a espondiloartropatías. *Intervención:* Tratamiento farmacológico de la amiloidosis secundaria, independientemente del tratamiento de la enfermedad primaria. *Comparador:* Se buscaron ensayos clínicos que compararan fármacos con placebo pero, dada la escasez de éstos, se admitió cualquier tipo de estudio que comunicara un efecto beneficioso de la terapia sobre la amiloidosis secundaria a espondiloartropatías. *Resultado ("outcome"):* Evolución de la amiloidosis (proteinuria renal principalmente) con el tratamiento. Se definió una estrategia de búsqueda sistemática en Pubmed, Embase, Cochrane Database of Systematic Reviews y Cochrane Central Register of Controlled Trials sin limitaciones de ningún tipo. La búsqueda se cerró el 24 de enero del 2005. Además, se realizó una búsqueda en los congresos SER, EULAR y ACR de 1999 a 2004.

Resultados: Se identificaron un total de 221 citas bibliográficas no repetidas en las distintas bases, un resumen en el congreso ACR 2002 y otro en el de la SER 2003. Ambos resúmenes eran

del mismo grupo de autores por lo que se incluyó en esta revisión aquel con mayor número de casos. En total, de las 222 citas, se eliminaron 42 al analizar el título, otras 7 se eliminaron porque el idioma no permitía analizarlas (japonés, alemán, ruso o polaco) y otras 138 se eliminaron al analizar el resumen. Se seleccionaron 34 citas de las que, tras su análisis pomenorizado, se desecharon otras 18, incluyéndose en el estudio final 16 y el resumen citado anteriormente del congreso ACR 2002. De estos 17, ninguno era un ensayo clínico que diera respuesta a la pregunta. Todos los estudios tenían una baja calidad en la escala de Jadad y todos eran series retrospectivas de casos clínicos excepto uno (el resumen del congreso) que era un estudio prospectivo descriptivo y no controlado. En 5 series retrospectivas con un número muy limitado de casos se comunicó el efecto beneficioso principalmente sobre la proteinuria y la función renal de pacientes tratados con citostáticos (sobre todo clorambucilo pero también ciclofosfamida). En otras 3 series (dos retrospectivas y una prospectiva no controlada) se comunicó el efecto beneficioso del infliximab en estos pacientes. Existe otro estudio retrospectivo en el que se trata a 10 pacientes con infliximab y 4 con etanercept comunicando en ambos casos mejoría de la proteinuria y la función renal. Además se han comunicado efectos beneficiosos en casos aislados de pacientes con amiloidosis secundaria a espondiloartropatías tratados con colchicina, etretinato con PUVA y rayos ultravioleta B, dimetil-sulfóxido y octeotride.

Conclusiones: No existe una respuesta clara a la pregunta planteada al no existir estudios de calidad suficiente para contestarla. Los citostáticos (principalmente clorambucilo), los antagonistas del TNF (principalmente infliximab) y la colchicina son los fármacos en los que existe mayor experiencia, aunque ésta sigue siendo limitada, y se pueden recomendar para el tratamiento de estos pacientes con un nivel de evidencia III y grado de recomendación B.

63

INFLUENCIA DE LA AFECTACIÓN PERIFÉRICA EN LOS PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍA ANQUILOSANTE

R. Almodóvar, P. Zarco, R. Mazzucchelli y F.J. Quirós
Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

Objetivo: Analizar retrospectivamente la influencia de la afectación periférica en la evolución de la enfermedad axial de los pacientes con espondilitis anquilosante (EA), seguidos en un hospital universitario durante un período de 7 años (1998-2005).

Material y métodos: Se incluyeron 78 pacientes con una edad media de 45 ± 13 años, diagnosticados de EA primaria según los criterios modificados de New York. Los pacientes se dividieron en dos grupos: con y sin afectación periférica. Las caderas y los hombros se consideraron articulaciones periféricas. De las historias clínicas se recogieron: datos demográficos (sexo, tiempo de evolución, antecedentes familiares de EA, actividad e incapacidad laboral), clínicos (tipo de afectación, nº articulaciones inflamadas, nº entesis dolorosas, necesidad de prótesis cadera), antropométricos (Schober, ET,OP, DDS flexión lumbar lateral y rotación cervical), medidas de actividad de la EA (EVA dolor noche, BASDAI, BASFI,SF-12,ASQol), evaluación radiológica (BASRI total),datos de laboratorio (VSG, PCR) y tratamientos usados. Para el estudio estadístico, se utilizó el odds ratio (OR) con intervalo de confianza del 95% para medir la fuerza de asociación entre variables cualitativas y el test de Student para analizar las variables cuantitativas.

Resultados: Quince (19,2%) pacientes (11v, 4m) tenían afectación periférica y 63 (81%) pacientes (44v, 19m) sin afectación periférica. El tiempo medio de evolución de la enfermedad era de 25 ± 14 años en el grupo con afectación periférica y 19 ± 11 años en el otro grupo ($p = 0,7$); con un retraso en el diagnóstico de $9,6 \pm 12$ años y $8 \pm 9,7$ años ($p = 0,8$), respectivamente. El 18% de los pacientes sin afectación periférica tenían antecedentes familiares de EA ($p = 0,1$). Tres (20%) pacientes del grupo con afectación periférica tenían incapacidad laboral y 11 (17,5%) del otro grupo ($p = 0,5$). La lumbalgia inflamatoria fue la primera manifestación en ambos grupos de pacientes (53,3% vs. 85,7%). El patrón de afectación articular en la mayoría de los casos era asimétrico y mono/oligoarticular con predominio en extremidades inferiores. Todos los pacientes con afectación periférica y un 89% del otro grupo tenían HLA B27 positivo ($p = 0,2$). En ambos grupos, el 40% realizaban ejercicio de forma habitual ($p = 0,5$). Cuatro pacientes del grupo con afectación periférica precisaron prótesis de cadera (0,7). Respecto a los datos antropométricos, evaluación radiográfica y respuesta a los AINEs, no hubo diferencias significativas entre los grupos. Los pacientes con EA sin afectación periférica presentaban mayor nº de entesis dolorosas (OR 1,42; CI95% -1,73-4,40; $p = 0,04$). El grupo de pacientes con afectación periférica presentaban un valor más elevado en el componente físico SF-12 (OR 2; CI95% -6,42-1,53; $p = 0,04$) y tendían a tener una PCR mayor (OR 3,4; CI95% -1,15-2,76; $p = 0,06$).

Conclusión: Nuestros pacientes tienen un patrón de afectación articular similar a lo publicado previamente. En ambos grupos de pacientes la evolución, tanto clínica como radiológica, de la enfermedad espinal era similar.

64

¿LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE JUVENIL ES LA MISMA ENFERMEDAD QUE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE DEL ADULTO?

R. Almodóvar, P. Zarco, R. Mazzucchelli y F.J. Quiros
Unidad de Reumatología. Fundación Hospital Alcorcón.

Objetivo: Analizar retrospectivamente la influencia de la edad de inicio de los síntomas en las características clínicas, antropométricas y en las medidas de actividad de la enfermedad de los pacientes con EA, seguidos en un hospital universitario durante un período de 7 años (1998-2005).

Material y métodos: Se incluyeron 78 pacientes con una edad media de 45 ± 13 años, diagnosticados de EA según los criterios modificados de New York. Los pacientes se dividieron en dos grupos: con inicio de los síntomas antes de los 17 años (EA juvenil) y después de los 17 años (EA del adulto). De las historias clínicas se recogieron: datos demográficos (sexo, tiempo de evolución, antecedentes familiares de EA, actividad e incapacidad laboral), clínicos (tipo de afectación, nº articulaciones inflamadas, nº entesis dolorosas, necesidad de prótesis de cadera), antropométricos (Shober, ET, OP, DDS flexión lumbar lateral y rotación cervical), medidas de actividad de la EA (EVA dolor noche, BASDAI, BASFI, SF-12, ASQol), evaluación radiológica (BASRI total), datos de laboratorio (VSG, PCR) y tratamientos usados. Para el estudio estadístico, se utilizó la odds ratio (OR) con intervalo de confianza del 95% para medir la fuerza de asociación entre variables cualitativas y el test de Student para analizar las variables cuantitativas.

Resultados: Doce (15,3%) pacientes (8v, 4m) tenían EA de inicio juvenil y 66 (84,6%) pacientes (47v, 19m) EA de inicio adulto. El tiempo medio de evolución de la enfermedad era de 30 ± 12 años

en el grupo de EA juvenil y 19 ± 11 años en el grupo de EA adulto ($p = 0,06$); con un retraso en el diagnóstico de $13,5 \pm 14$ años y $7,3 \pm 9,3$ años ($p = 0,8$), respectivamente. El 17,2% de los pacientes con EA del adulto tenían antecedentes familiares de EA ($p = 0,4$). Dos pacientes (17%) del grupo juvenil tenían incapacidad laboral y 12 (18%) en el grupo adulto ($p = 0,6$). En el grupo de EA juvenil 6 pacientes (50%) tenían afectación axial y 6 (50%) afectación mixta, por el contrario en el grupo adulto 57 pacientes (86,4%) presentaban afectación axial y 9 (13,6%) afectación mixta ($p = 0,009$). En ambos grupos, el 91% tenían HLA B27 positivo ($p = 0,3$). El 50% de los pacientes con EA juvenil realizaban ejercicio habitual y un 40% del otro grupo ($p = 0,3$). Un paciente del grupo adulto precisó prótesis de cadera ($p = 0,6$). Respecto a las medidas de actividad de la EA, radiológicas y los datos de laboratorio no hubo diferencias significativas entre los grupos. Los pacientes con EA del adulto presentaban más afectación axial (OR 0,1; CI95% 0,04-0,5, $p = 0,009$) mientras que los pacientes con EA juvenil presentaban una mayor DDS (OR 5,57; CI 95% -0,8 - 25,16; $p = 0,03$) y tendían a un mayor uso de AINEs (OR 0,3; CI 95% 0,09-1,2; $p = 0,09$) con una mayor respuesta también a estos (OR 0,2; CI 95% 0,06-1,1; $p = 0,06$).

Conclusión: En nuestros pacientes la afectación axial era más frecuente en el grupo adulto, coincidiendo con lo publicado hasta el momento. Los pacientes con EA de inicio juvenil tendían a consumir más AINEs pero con una mejor respuesta a estos.

65

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE FEMENINA Y FIBROMIALGIA

R. Almodóvar, P. Zarco, F.J. Quiros y R. Mazzucchelli
Unidad de Reumatología. Fundación Hospital Alcorcón. Madrid.

Introducción: La fibromialgia tiene una prevalencia en la población general que varía entre el 2%-4%. En las consultas de reumatología constituye el 15,7% de las primeras consultas. La edad de aparición oscila entre los 30-50 años y predomina en el sexo femenino (80-90% de los casos). En ocasiones coincide con enfermedades reumáticas como la artritis reumatoide o el lupus eritematoso sistémico, sin demostrarse una relación directa con estos procesos. La asociación entre fibromialgia (FM) y espondilitis anquilosante (EA) es desconocida y en determinados casos puede plantear dudas diagnósticas.

Objetivo: Determinar la prevalencia de FM en las mujeres con espondilitis anquilosante y evaluar las características clínicas y la respuesta al tratamiento en este grupo de pacientes.

Material y métodos: Se incluyeron de manera retrospectiva, todas las pacientes mujeres diagnosticadas de Espondilitis Anquilosante (según los criterios modificados de New York), seguidas en la unidad de Reumatología de un hospital universitario desde 1998 hasta 2004. De las historias clínicas se obtuvieron: datos demográficos (edad, tiempo seguimiento, actividad e incapacidad laboral), clínicos (rigidez, existencia de trastornos del sueño, parestias, cefalea, colon irritable, depresión, psoriasis cutánea, uveítis y artritis periférica), datos de evaluación de la actividad (EVA dolor, EVA paciente, EVA médico, BASDAI y BASFI), antropométricos (Shober, DDS, OP, ET), analíticos (PCR, VSG y HLA B27), y de tratamiento (respuesta a AINES y uso de FAME y/o agentes biológicos). Se evaluó en esta cohorte de pacientes, la asociación de FM acorde a los criterios del American College of Rheumatology (ACR) de 1990. Se usó el test de Fisher para calcular la diferencia entre las frecuencias, y la odds ratio con un IC del 95% para medir la fuerza de asociación entre variables.

Resultados: Un total de 30 pacientes mujeres diagnosticadas de espondilitis anquilosante con una edad media de $47,4 \pm 9,5$ años y un tiempo de seguimiento de $4,6 \pm 1,3$ años fueron evaluadas. Doce pacientes (40%) cumplían criterios de la ACR para fibromialgia. En dos de ellas (16,6%) el diagnóstico de fibromialgia fue previo al de espondilitis anquilosante. El grupo de pacientes con espondilitis anquilosante y fibromialgia tenían más trastornos del sueño (75%), parestesias (33,3%), cefalea (16,7%), síndrome de colon irritable (8,3%), depresión (25%), presencia de psoriasis cutánea (8,3%), un valor elevado de EVA del paciente (62,5%) y un BASFI por encima de 4 (58,3%), todo ello con significación estadística ($p < 0,05$). Respecto a las medidas antropométricas y los parámetros analíticos (VSG y PCR) no hubo diferencias significativas entre los grupos estudiados. La respuesta al tratamiento con AINEs fue peor en los casos con espondilitis anquilosante y fibromialgia, respondiendo solo un 25% de los casos frente a un 66,7% de pacientes del grupo con espondilitis anquilosante ($p < 0,001$).

Conclusión: En nuestra área la asociación de espondilitis anquilosante femenina y fibromialgia es frecuente. Los cuestionarios que valoran la calidad de vida y la función, como el BASFI y la EVA, presentan en este grupo de pacientes (EA+FM) unos valores elevados. Además responden peor al tratamiento AINE. Todo ello condiciona el manejo clínico de este tipo de pacientes, pudiendo ocasionar dudas de diagnóstico y/o tratamiento en algunos casos.

66

PREVALENCIA Y VARIABLES QUE PREDICEN INCAPACIDAD LABORAL EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE. RESULTADOS PRELIMINARES EN UNA COHORTE PROSPECTIVA

R. Ariza-Ariza, B. Hernández-Cruz, G. López-Antequera y F. Navarro-Sarabia

Hospital Universitario Virgen Macarena.

Introducción: La Espondilitis Anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria crónica que genera incapacidad funcional y laboral en las personas que la padecen.

Objetivos: Conocer la prevalencia e incidencia de incapacidad laboral en una cohorte de pacientes con EA. Identificar factores que predicen incapacidad laboral en esos pacientes.

Métodos: Estudio de casos y controles anidado en una cohorte de pacientes con EA (criterios de Nueva York modificados) en seguimiento desde 1997 hasta 2003. Los pacientes fueron evaluados al inicio y cada 3 años (en total 3 visitas). Se registraron variables demográficas y relacionadas con la enfermedad, incluyendo valoraciones globales de médico y paciente en escalas visuales análogas (EVA) de 0 (muy bien) a 10 (muy mal); valoración del dolor por el paciente en EVA de 0 (sin dolor) a 10 (dolor máximo), índice de actividad (BASDAI), índice funcional (BASFI), índice metrológico (BASMI), expansión torácica en cms y cuestionarios de calidad de vida (SF36). Las variables de actividad laboral se recabaron mediante un cuestionario estructurado. En este trabajo se presentan resultados preliminares de prevalencia e incidencia de incapacidad laboral. Con el fin de identificar las variables que predicen incapacidad laboral, se compararon las variables registradas en la visita inicial entre los pacientes que tenían actividad laboral al inicio de la cohorte y adquirieron el estatus de incapacidad laboral durante el seguimiento (casos) frente a pacientes que continuaron con actividad laboral (controles). El análisis estadístico se efectuó con pruebas no paramétricas. Se consideró significativa una $p < 0,05$, de dos colas.

Resultados: En la cohorte integrada en 1997 se incluyeron 92 pacientes de los que 59 fueron estudiados en la visita 3, 42 hombres (71,2%), con edad ($X \pm DE$) de $41,1 \pm 9$ años. De ellos, 34 eran laboralmente activos en la visita basal, 8 de los cuales adquirieron el estatus de incapacidad laboral durante el seguimiento (casos) y 27 continuaron en activo (controles). Esto supone una incidencia de 3,92% de casos nuevos de incapacidad laboral/año. Al comparar las variables registradas en la visita basal en los casos frente a los controles se encontraron diferencias significativas en: valoración global del médico ($4,4 \pm 2,3$ vs. $2,3 \pm 1,5$, $p = 0,01$), índice metrológico BASMI ($4,7 \pm 1,4$ vs. $3,6 \pm 1,1$, $p = 0,04$) y los componentes de dicho índice distancia trago-pared ($2,7 \pm 1,8$ vs. $0,9 \pm 0,5$, $p = 0,007$), flexión lateral ($5,7 \pm 2,05$ vs. $3,3 \pm 2,5$, $p = 0,01$) y rotación cervical ($4,62 \pm 1,6$ vs. $3,1 \pm 1,7$, $p = 0,03$). La diferencia en flexión lumbar (Shober) puntuada según el índice BASMI tuvo significación estadística marginal, con una tendencia a mayor limitación en los casos vs. controles ($7 \pm 2,1$ vs. $5,8 \pm 1,4$, $p = 0,06$). En el corte transversal de la visita 3, treinta pacientes (51%) tenían algún grado de incapacidad laboral, de ellos 8 (27%) incapacidad parcial, 8 (27%) total y 14 (46%) absoluta.

Conclusiones: la prevalencia de incapacidad laboral en pacientes con EA es elevada, con una incidencia anual del 4%. Una peor valoración global del médico y una mayor limitación en la movilidad espinal medida por el índice BASMI predicen incapacidad laboral en pacientes con EA.

67

ETANERCEPT EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE PREVIAMENTE TRATADOS CON INFLIXIMAB

D. Reina, E. Sirvent, O. Codina, C. García, X. Juanola y J. Valverde

Hospital de Bellvitge.

Objetivos: Evaluar la respuesta a Etanercept en pacientes con Espondilitis Anquilosante (EA) tratados previamente con Infiximab.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de 4 pacientes con EA en tratamiento con Etanercept, después de discontinuar Infiximab, por respuesta insuficiente o efectos secundarios al tratamiento. Todos los pacientes cumplían los criterios de Nueva York y se encontraban activos pese a tratamiento con AINE. Los pacientes habían seguido tratamiento con Infiximab a dosis de 5 mg/kg en las semanas 0, 2, 6 y posteriormente cada 8 semanas. Se registraron datos demográficos de cada enfermo y en cada visita datos clínicos prueba de Shober, expansión torácica), analíticos (VSG, PCR), cuestionarios de funcionalidad y de actividad (BASDAI, BASFI) y valoración de la enfermedad por parte del enfermo (EVA). Los pacientes que presentaron una respuesta insuficiente al tratamiento o efectos adversos iniciaron Etanercept 25 mg/ 2 veces a la semana después de un período sin tratamiento. Se registraron los datos a las 0, 6 y 30 semanas de tratamiento.

Resultados: De 12 enfermos con Espondiloartritis en tratamiento con Infiximab, 4 (3 varones y 1 mujer) discontinuaron el tratamiento. La edad media era de 47 ± 8 años, con una edad de inicio de $26,5 \pm 13$ y un tiempo de evolución de 20 ± 15 años. Dos de los enfermos discontinuaron por efectos adversos (reacción alérgica) y dos por ineficacia. Todos los enfermos habían respondido inicialmente a Infiximab y el tiempo de tratamiento fue de 93 semanas. Las medias de los parámetros recogidos en las semanas 0,6 y 30 con este tratamiento se recogen en la Tabla 1.

Los pacientes que abandonaron el tratamiento con Infliximab y después de un período de interrupción de 15 semanas iniciaron Etanercept. A las 6 y 30 semanas, mejoraron los valores analíticos y de funcionalidad, de forma similar al inicio de tratamiento con Infliximab. No se observaron mejorías significativas en los parámetros clínicos.

Tabla 1. Comparativa de los tratamientos con Infliximab i Etanercept a las semanas 0, 6 y 30.

	Infliximab 0	Infliximab 6	Infliximab 30	Etanercept 0	Etanercept 6	Etanercept 30
VSG	46 ± 16	10 ± 8	36 ± 28	58 ± 27	15 ± 19	5 ± 4
PCR	23 ± 9	2,5 ± 10	1 ± 14	15 ± 19	3 ± 4	0,7 ± 0,3
BASDAI	49 ± 26	33 ± 9	24 ± 14	45 ± 21	13 ± 9	19 ± 16
BASFI	92 ± 12	57 ± 39	45 ± 33	55 ± 63	50 ± 56	28 ± 36
EVA	70 ± 21	57 ± 20	35 ± 34	62 ± 20	22 ± 11	20 ± 22

Datos expresados en media y desviación estándar.

Conclusiones: Los pacientes afectados de EA tratados inicialmente con Infliximab, pero que deben abandonar este tratamiento por ineficacia o efectos secundarios, presentan mejoría al iniciar tratamiento con Etanercept.

68

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA DE ACUERDO AL TIPO DE PSORIASIS CUTÁNEA: RESULTADOS FINALES

J.L. Fernández Sueiro, A. Willisch, J.A. Pinto, S. Pértega, M. Rodríguez, M. Freire, L. Fernández, A. Atanes, F.J. de Toro, F. Galdo y F.J. Blanco

Servicio de Reumatología Hospital Universitario Juan Canalejo, La Coruña. C.H. Cristal Piñor. Orense.

Objetivos: De acuerdo a la edad de presentación pueden establecerse dos tipos de psoriasis cutánea; psoriasis tipo I <40 años y psoriasis tipo II mayor o igual a 40 años. En este estudio se amplía el número de casos ya comunicados con el objetivo de evaluar y confirmar los resultados previos sobre la influencia del tipo de psoriasis en las manifestaciones clínicas de la artritis psoriásica (APs).

Material y métodos: Revisión de las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de APs (criterios de Moll y Wright) en dos servicios de reumatología: Hospital Cristal Piñor de Orense y Hospital Universitario Juan Canalejo, La Coruña. Los datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio fueron recogidos de acuerdo a un protocolo preestablecido, se obtuvieron los datos en el momento del diagnóstico de la APs y en su situación actual. Se dividieron los pacientes de acuerdo a la edad de presentación de la psoriasis cutánea. Para el estudio estadístico se utilizó el test Chi-cuadrado para la asociación entre dos variables categóricas, y el test t de Student o test de Mann-Whitney para la comparación de valores numéricos entre muestras independientes.

Resultados: Un total de 428 pacientes fueron estudiados, de estos en 383 se identificó el tipo de psoriasis, 247 tipo I y 136 tipo II. La edad al diagnóstico de psoriasis fue 25 ± 9,6 años tipo I y 52,4 ± 9,7 tipo II (p < 0,001). La edad al diagnóstico de APs fue de 41 ± 12,1 años tipo I y 56,5 ± 10,5 tipo II (p < 0,001). Historia familiar de psoriasis se presentó en el 47,9% en el tipo I y 23,9% en el tipo II (p < 0,001), artritis previa a psoriasis en el 3,6% del tipo I frente al 20,6% en el tipo II (p < 0,001). El tiempo medio de seguimiento fue de 9,1 ± 7,1 y 6,7 ± 5,8 años para el tipo I y el tipo II respectivamente. No hubo diferencias significativas en cuanto a la forma de presentación articular; oligoarticular (49,4%, 45,6%), poliarticular (34%, 43,4%), distal aislada (1,6%, 1,5%) espondili-

tis (15%, 9,6%). No se observaron formas mutilantes al inicio. La forma poliarticular simétrica fue más frecuente en el tipo II (17,9%, 45,8%- p < 0,001-). La afectación articular a la recogida fue: oligoarticular (22,6%, 27,5%), poliarticular (11,9%, 11,5%), mutilante (2,9%, 0%), distal (2,1%, 0,8%), espondilitis (11,9%, 6,9%), no artritis (48,6%, 53,4%). La media de la VSG mm1^h fue 27,1 tipo I inicio y 31,9% tipo II inicio (p 0,006). La PCR mg/dl fue de 4,3 al inicio en el tipo I y de 5,6 (p 0,029). Al inicio se utilizaron FAME solos o asociados a AINEs en el 55,9% de los pacientes en psoriasis tipo I y en el tipo II en el 56,6% de los pacientes, AINEs solo en el 43,2% y el 41,9% respectivamente. En el momento actual el 66% y el 67, 5% estaban con FAME solo o asociado a AINEs respectivamente.

Conclusiones: Los pacientes con APs y psoriasis tipo I tienen una historia familiar positiva y presentan mayoritariamente psoriasis antes que artritis, estos resultados apoyan la diferencia existente entre los dos tipos de psoriasis cutánea. En los pacientes con psoriasis tipo II la artritis se presenta más frecuentemente antes que la psoriasis, además es más frecuente la afectación poliarticular simétrica. Esto puede originar una confusión diagnóstica con otras poliartritis. Los parámetros inflamatorios están más elevados al inicio en los pacientes con psoriasis tipo II. Más de la mitad de los pacientes con APs, independientemente del patrón cutáneo, en el momento actual están en tratamiento con FAMES, lo que apoya la idea de que la APs es una enfermedad grave.

69

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA DEL ANCIANO: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 55 PACIENTES

J.L. Fernández Sueiro, A. Willisch, J.A. Pinto, S. Pértega, M. Rodríguez, M. Freire, L. Fernández, G. Graña, F.J. de Toro, F. Galdo y F.J. Blanco

Servicio de Reumatología Hospital Universitario Juan Canalejo. La Coruña. CH Cristal Piñor. Orense.

Objetivos: Estudiar las manifestaciones clínicas de la artritis psoriásica (APs) en el anciano (mayor o igual a 60 años) y compararlos con la APs de las personas jóvenes (<60 años). Completar y finalizar los estudios preliminares con una muestra más amplia de pacientes.

Pacientes y métodos: Revisión de las historias de los pacientes diagnosticados de APs (criterios de Moll y Wright) en dos servicios de reumatología: Hospital Cristal Piñor de Orense y Hospital Universitario Juan Canalejo. Los datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio fueron recogidos de acuerdo a un protocolo. La APs del anciano fue definida cuando se diagnosticó por un reumatólogo en personas de una edad mayor o igual a 60 años siendo el tiempo de evolución de la artritis antes de su diagnóstico menor o igual a 12 meses y el Factor Reumatoide <60UI/L. Los datos fueron analizados comparando las características en la presentación clínica y en el momento de la recogida. En el estudio estadístico se utilizó el test Chi-cuadrado para estudiar la asociación entre variables categóricas y los test t de Student o Mann-Whitney para la comparación de variables numéricas entre muestras independientes.

Resultados: De un total de 405 pacientes con APs, 55 (13,6%) pacientes cumplían los criterios establecidos para la APs del anciano. La edad media al diagnóstico fue 68 ± 5,3 años, y en el momento actual 73,8 ± 6,1 años. El 40,5% presentó historia familiar de psoriasis, artritis previa a psoriasis se presentó en el 9,1% de los pacientes. No se encontraron diferencias significati-

vas con los pacientes <60 años. El patrón de psoriasis cutáneo tipo II fue más frecuente en los pacientes con APs del anciano 77,1% frente a 28% ($p < 0,001$). Las formas clínicas de presentación fueron las siguientes: mayor o igual a 60 años - <60 años, oligoartricular 36,4%, 48,3%, poliarticular 54,5%, 35,7%, dentro de esta forma la poliarticular simétrica fue 46,7% frente al 24,8% ($p < 0,018$), distal aislada 1,8%, 1,4%, espondilitis 7,3%, 14,6%, no se encontraron formas mutilantes al inicio. En el momento actual el patrón articular fue: oligoartricular 22,6%, 22,8%, poliarticular 11,3%, 12%, distal aislada 0%, 1,8%, mutilante 0%, 2,3%, espondilitis 3,8%, 11,4%, sin artritis activa 62,3%, 49,7%. Al diagnóstico la VSG mm1^h fue 33 y 28,1 y la PCR mg/dl fue 6,7 y 4,5 ($p = 0,046$), en el momento actual la VSG fue 28,3 y 18,5 ($p = 0,025$) y la PCR fue 3,2 y 3,6 respectivamente. El 57,2% se trataron al inicio con FAMEs solo o asociados a AINEs frente al 58%. En el momento actual el 52,9% y el 67,7% están con FAMEs solo u asociado a AINEs respectivamente.

Conclusiones: En nuestra opinión, habiendo consultado la bibliografía, esta es la serie más amplia de APs del anciano comunicada. Los datos son consistentes con nuestros resultados preliminares. El patrón de psoriasis cutánea tipo II es más frecuente en la APs del anciano, siendo la forma clínica poliarticular la presentación más frecuente, además es más frecuente la poliartritis simétrica. En el debut y durante la evolución existe una tendencia a presentar parámetros inflamatorios más elevados. En cuanto al pronóstico, no parecen existir diferencias de acuerdo a la edad, en el momento actual más de la mitad de estos pacientes están en tratamiento con FAMES, lo que sugiere que el pronóstico desde el punto de vista clínico no está influido por la edad.

70

CONSULTA MONOGRÁFICA DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LA COHORTE DE PACIENTES A SU INICIO. PRIMERA PARTE

J.L. Fernández Sueiro, A. Willisch, J.A. Pinto, M.J. López Armada, S. Pérttega, J.A. Mosquera, M. Freire, A. Atanes, G. Graña, F.J. de Toro, F. Galdo y F.J. Blanco
Servicio de Reumatología y laboratorio de investigación. Hospital Universitario Juan Canalejo. CH Cristal Piñor. Orense.

Objetivos: Debido a la creciente especialización y complejidad en la valoración de las enfermedades reumáticas en general y en las espondiloartritis en particular, se decidió, al objeto de realizar una valoración adecuada con los instrumentos actuales de medida, establecer una consulta monográfica con pacientes que presentan una espondilitis anquilosante (EA). El objetivo a largo plazo es establecer una cohorte de seguimiento con estos pacientes, siendo el objetivo del presente trabajo mostrar en un corte transversal la descripción de la cohorte en la primera consulta.

Pacientes y métodos: a) *Pacientes:* todos los pacientes seguidos en el servicio de reumatología con el diagnóstico de EA fueron identificados, a estos pacientes se les invitó a participar en la consulta monográfica mediante una carta explicativa sobre las intenciones de la creación de la consulta. b) *Métodos:* todos los pacientes que acudieron a la cita fueron consultados por el mismo reumatólogo (JLFS). En todos los pacientes se realizó una recogida de datos epidemiológicos así como metrología, recuento articular y de entesis, evaluación global del médico, paciente, dolor espinal nocturno y total, BASDAI, BASFI, BASRI, AsQoL, SF12, VSG y PCR. En todos los pacientes, durante la consulta, se tomaron muestras de sangre y suero al objeto de construir una sero y geno-

teca. Se realizó un análisis eminentemente descriptivo de todas las variables recogidas.

Resultados: Desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2004 102 pacientes fueron consultados. 81 pacientes tenían todos los datos. Por sexo el 18, 5% fueron mujeres y el 81,5% hombres. La edad media fue 48,4 ± 13,1 (Rango 18-77) años con un tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas de 21,6 ± 13,9 (Rango 2-61) años. El 45,7% de los pacientes presentaba algún tipo de incapacidad laboral. El 100% cumplían los criterios del Grupo de estudio europeo para las espondiloartritis. El síntoma de presentación más frecuente fue lumbalgia (55%). Uveítis se presentó en el 35,8%. Historia familiar positiva en el 21%. El 23,5% de los casos presentaron afectación periférica. Los datos metrologicos fueron (centímetros) expansión torácica 2,1 ± 1,7, Schober 1,7 ± 1,5, occipucio pared 7,1 ± 22,1, flexión lateral columna 59,8 ± 48,2, rotación cervical >70°, 20-70° y <20° el 42%, 32,1% y el 25,9% respectivamente. BASRI columna 7,2 ± 3,5, BASRI total 8,3 ± 4,4. Actividad enfermedad global paciente 4 ± 2,6, global médico 2,8 ± 2,2, dolor espinal nocturno 2,8 ± 2,7, dolor espinal total 3 ± 2,7. BASDAI 2,9 ± 1,9, BASFI 3,4 ± 2,4, ASQoL 6,8 ± 4,9, SF12 componente físico 37,7 ± 6,4, SF12 componente mental 48,4 ± 11,4. En cuanto a los parámetros biológicos, VSG mm1^h 15,9 ± 14,5. PCR mg/dl 1,4 ± 1,6. En 54 pacientes se determinaron los ASCAS, IgA positivo se presentó en 24,1%, IgG en el 61,1% de la serie.

Conclusiones: En este corte transversal de pacientes con pacientes con espondilitis anquilosante destacan el alto porcentaje de pacientes con algún tipo de incapacidad laboral por la enfermedad 48,4%. En conjunto se observa un grado de deterioro estructural importante BASRI total 8 (la mitad de la puntuación total), que se corresponde con un impacto de la enfermedad en el componente físico del SF12. En conjunto la calidad de vida de estos pacientes parece aceptable ASQoL 6,8. Los ASCAS IgG podrían ser un marcador serológico en los pacientes con espondilitis anquilosante.

71

CONSULTA MONOGRÁFICA DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: EVALUACIÓN DE LAS MEDIDAS Y LOS PARÁMETROS DE ACTIVIDAD EN LA ENFERMEDAD. SEGUNDA PARTE

J.L. Fernández Sueiro, A. Willisch, J.A. Pinto, M.J. López Armada, S. Pérttega, J.A. Mosquera, M. Freire, A. Atanes, G. Graña, F. Galdo, F.J. de Toro y F.J. Blanco
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Juan Canalejo, CH Cristal Piñor Orense.

Objetivos: Una vez realizada la valoración de los pacientes con espondilitis anquilosante con los instrumentos actuales de medida en la consulta monográfica. El objetivo en esta segunda parte fue evaluar la utilidad de las medidas de actividad y valorar la influencia de los parámetros biológicos, incluidos los ASCAS, en la actividad de la enfermedad.

Pacientes y métodos: a) *Pacientes:* todos los pacientes seguidos en el servicio de reumatología con el diagnóstico de EA fueron identificados, a estos pacientes se les invitó a participar en la consulta monográfica mediante una carta explicativa sobre las intenciones de la creación de la consulta. b) *Métodos:* todos los pacientes que acudieron a la cita fueron consultados por el mismo reumatólogo (JLFS). Se establecieron comparaciones entre los pacientes de acuerdo a los parámetros de actividad actualmente recomendados, actividad global de la enfermedad por el paciente, actividad global

del médico, dolor espinal nocturno última semana, dolor espinal total última semana, media de ambos dolores, BASDAI. En todos los parámetros se consideró actividad si los valores eran ≥ 4 cm en una escala numérica. Se establecieron correlaciones con el BASRI, BASFI, ASQoL, SF12, VSG y PCR, ASCAS IgA, IgG. Para comparar la presencia de ASCA IgA e IgG en los pacientes activos y no activos se utilizó el test chi-cuadrado. La comparación de las escalas numéricas entre grupos se realizó mediante el test de Mann-Whitney.

Resultados: Se estudiaron 81 pacientes. De estos el 27,2% presentaban un BASDAI ≥ 4 , global del paciente 54,3%, dolor espinal nocturno 38,3%, dolor espinal total 45,7%, media de ambos dolores 39,5%. Correlacionando el BASDAI y la actividad global del paciente con dolor espinal nocturno, última semana y media, el número de pacientes identificados con enfermedad activa no cambia, se observaron con enfermedad activa 16, 17 y 17 pacientes, respectivamente. Realizando la misma correlación con la actividad del médico el número de pacientes fue de 10, 11 y 11 pacientes respectivamente. 17 pacientes fueron considerados con actividad no existiendo diferencias significativas con los pacientes con enfermedad no activa en los siguientes parámetros: VSG 16,8 mm1^h actividad, VSG no actividad 15,6, PCR mg/dl 0,9 actividad, 1,5 no actividad. BASRI total actividad 8,3, no actividad 8,2. ASCAS IgA e IgG. Si existieron diferencias significativas con el BASFI 5,3 versus 2,9 ($p < 0001$), el ASQoL 11,1 versus 5,7 ($p < 0001$), y el componente mental del SF12 39,7 versus 50,6 ($p = 0,040$), en el componente físico existía una tendencia al empeoramiento en la enfermedad activa sin alcanzar diferencias estadísticas. 2 pacientes con enfermedad activa tenían 20 años de evolución.

Conclusiones: Cualquier tipo de valoración del dolor espinal en pacientes con espondilitis anquilosante es útil para discriminar la actividad de la enfermedad. La evaluación global del médico no parece ser suficiente para discriminar entre pacientes con y sin actividad, la relativa novedad de la implantación de estos criterios podría influir en esta evaluación. El daño estructural y los parámetros biológicos incluidos los ASCAS, no influyen en la valoración de la actividad de la enfermedad. Independientemente del tiempo de evolución de la enfermedad, cualquier paciente, si está activo de acuerdo a las actuales recomendaciones, es susceptible de terapia biológica.

72

EL HLA-B27 NO INFLUYE EN LA PRESENCIA DE ANTICUERPOS ANTI-SACHACCAROMYCES CEREVISIAE EN LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

J.L. Fernández Sueiro, A. Willisch, M.J. López Armada, S. Pértiga, S. Relaño, J.A. Pinto, F. Galdo y F.J. Blanco
Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Juan Canalejo. La Coruña.
CH. Cristal Piñor. Orense.

Objetivos: El HLA-B27 se asocia a la espondilitis anquilosante, de forma que el 95% de los pacientes con EA son HLA-B27 positivos, en la actualidad diversos estudios sugieren que los anticuerpos anti-shaccaromyces cerevisiae (ASCAS), pueden ser un marcador serológico en la EA. Para investigar el papel del HLA-B27 en la presencia de ASCAS, independientemente de su asociación a la Espondilitis Anquilosante, se valoraron la presencia de ASCAS en controles sanos HLA-B27 positivos y negativos.

Material y métodos: a) *Material:* se recogieron sueros de pacientes en seguimiento en el servicio de reumatología que presentaban los siguientes diagnósticos: Espondiloartritis n = 76 (EA "prima-

ria" 65, EA asociada a enfermedad inflamatoria intestinal 6, EA psoriasis 3, E. Indiferenciada 2), Artritis Psoriásica (APs) n = 76, Artritis Reumatoide (AR) n = 60, sujetos sanos n = 86 (HLA-B27+ 35, HLA-B27 negativos 51). b) *Métodos:* La determinación de ASCAS IgA e IgG, se realizó mediante ELISA con el kit comercial GA generic assays®. Siguiendo las instrucciones del fabricante se realizó una interpretación cuantitativa de los resultados, considerándose los valores positivos tanto para IgA como IgG una determinación = 20 U/ml. En cada grupo se determinó la presencia de ASCA IgG e IgA, con su 95% intervalo de confianza. Para contrastar si existían diferencias significativas en la presencia de ASCAS entre los distintos diagnósticos se utilizó un modelo de regresión logística usando como control el grupo de pacientes sanos.

Resultados: Un total de 298 muestras fueron analizadas para la presencia de ASCAS, los resultados para la valoración de IgA fueron los siguientes; en pacientes con EA 27,6% de las muestras presentaron niveles = 20 U/ml., 19,7% APs, 5,7% AR, sujetos sanos 19,85% (HLA-B27+ 11,4%, HLA-B27- 25,5%). En conjunto, la presencia de ASCA IgA fue significativamente más baja en muestras de pacientes con AR ($p = 0,031$; OR = 0,24), no existiendo ninguna diferencia entre el resto de enfermedades y sujetos sanos. Los resultados en la valoración de IgG fueron los siguientes: pacientes con EA 61,8% = 20 U/ml, APs 34,2%, AR 11,9%, sujetos sanos 8,1% (HLA-B27+ 14,3%, HLA-B27- 3,9%). En conjunto la presencia de IgG fue significativamente más alta en pacientes con EA ($p < 0,001$; OR = 18,29) y APs ($p < 0,001$; OR = 5,87) comparándolo con AR y la población sana. Cuando se realizó el análisis con los pacientes con EA "primaria" los resultados han sido similares.

Conclusiones: La presencia de ASCA IgG pero no IgA se asocia a la espondilitis anquilosante y, en menor medida a la artritis psoriásica, comparándolo con la artritis reumatoide y la población sana. El HLA-B27 no parece influir en la presencia de ASCA IgG en la espondilitis anquilosante, en los controles sanos HLA-B27 positivos la presencia de ASCAS es significativamente menor que en la espondilitis anquilosante.

73

PREVALENCIA DE ESPONDILOARTROPATÍAS EN PACIENTES CON UVEÍTIS ANTERIOR AGUDA RECIDIVANTE UNILATERAL

M.C. Fernández-Espartero, D. Díaz-Valle, R. Miguélez, J. Usón y M. Morcillo
Unidad de Uveítis. Hospital de Móstoles. Madrid.

Objetivo: Analizar la prevalencia de espondiloartropatías cuyo patrón de afectación ocular es el de uveítis anterior aguda recidivante unilateral (UAARU).

Material y métodos: Se evaluaron retrospectivamente 145 pacientes con uveítis endógenas no infecciosas procedentes de la Unidad de Uveítis del Hospital de Móstoles (Madrid), realizando una exploración oftalmológica y pruebas complementarias concretas basadas en la anamnesis y el patrón de afectación ocular en cada caso.

Resultados: El patrón de afectación tipo UAARU se encontró en 54 pacientes (37%), de los que 28 (51,85%) presentaban alguna forma de espondiloartropatía. La distribución de las diferentes formas de espondiloartropatía fue: 23 pacientes (82,1%) presentaron una espondilitis anquilosante (EA), 4 una artritis reactiva (14,28%) y 1 paciente (3,57%) una artritis enteropática asociada a una colitis ulcerosa. Cuatro pacientes (7,4%) presentaron o han

desarrollado una enfermedad inflamatoria intestinal crónica (EII) sin espondiloartritis y en 22 casos no se ha objetivado una enfermedad sistémica asociada (40%). De estas formas idiopáticas, 12 fueron HLA B27+ (22%) y 10 fueron HLA B27-. Es de destacar que la uveítis fue el elemento guía que permitió el diagnóstico de la enfermedad de base en 18 pacientes (64,28%), mientras que en el 35,7% restante el diagnóstico de la espondiloartritis era previo al brote de uveítis que le llevó a ser estudiado en nuestra unidad.

Conclusiones: En nuestra experiencia el patrón de afectación ocular tipo UAARU se ha asociado a espondiloartritis en un 59% de los casos. También se asocia este patrón, aunque con menor frecuencia, a la EII. El establecimiento del patrón de afectación ocular, junto con una adecuada colaboración entre reumatólogos y oftalmólogos permite optimizar el abordaje diagnóstico de los pacientes con uveítis y diagnosticar precozmente un elevado número de pacientes con patología reumática.

74

CONSULTA MULTIDISCIPLINAR DE PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: MANIFESTACIONES REUMATOLÓGICAS

A. Rama Seráns, M. Alperi López, A. Rodríguez Pérez, P. Niño y L. Rodrigo Sáez

Hospital Universitario Central de Asturias.

Objetivo: Determinar la prevalencia de los distintos diagnósticos reumatológicos en una población no seleccionada de pacientes con Enfermedad Inflamatoria Intestinal.

Materiales y métodos: Entre Junio del 2002 y Diciembre del 2004, 490 pacientes diagnosticados de Enfermedad de Crohn (EC) o Colitis Ulcerosa (CU) en el servicio de Digestivo del HUCA, fueron remitidos al Servicio de Reumatología de forma consecutiva, independientemente de la presencia de síntomas articulares. A todos los pacientes se les realizó una historia clínica, exploración física, pruebas de laboratorio y estudio radiográfico (Rx pelvis de forma sistemática y TAC de sacroilíacas en caso necesario).

Resultados: De los 490 pacientes, 257 eran mujeres y 233 hombres, con una edad media de 34,6 años. El tiempo medio de evolución de la Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) fue de 10,5 años. 287 fueron diagnosticados de EC (58,6%) y 203 de CU (41,4%). Un total de 101 pacientes (20,6%) presentaron enfermedad reumática inflamatoria (axial y/o periférica), con predominio significativo estadísticamente de la enfermedad de Crohn (72 pacientes) vs. Colitis Ulcerosa (28 pacientes) ($p < 0,002$). Espondilitis Anquilopoyética (EA), según criterios de Nueva York, fue diagnosticada en 53 pacientes, 38 de ellos con EC (13,2%) y 15 con CU (7,4%), siendo la diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). La prevalencia total de EA en la EII fue del 10,8% con predominio de varones (71%) sobre las mujeres. El tiempo medio de la evolución de la EA fue de 15,5 años. Desde el punto de vista radiográfico, sacroileítis bilateral grados III-IV se objetivó en 49 pacientes (92,4%), afectación vertebral en forma de squaring o sindesmofitos en 26 (49%) y anquilosis vertebral en 5 (9,4%). Sacroileítis asintomática o subclínica, definida como sacroileítis radiológica grado II o más en ausencia de criterios clínicos, fue encontrada en 9 pacientes (1,8%), de los cuales 4 fueron unilaterales y 5 bilaterales. Artritis periférica, observada durante la exploración o referida por el paciente, fue diagnosticada en 40 pacientes, sugiriendo una prevalencia del 8,2%. Para el diagnóstico de Espondiloartritis se utilizaron los criterios del Grupo

Europeo: eliminando la EII como rasgo diagnóstico, 6 pacientes fueron diagnosticados de Espondiloartritis Indiferenciada (1,2%). Fibromialgia, de acuerdo a los criterios de la ACR, se diagnosticó en 52 pacientes (10,6%), prevalencia muy superior a la de la población general establecida en un 2-4%.

Conclusiones: 1) La patología reumática inflamatoria es frecuente en la EII, especialmente en la enfermedad de Crohn; 2) La prevalencia de EA es de un 10,8% en una población no seleccionada de 490 pacientes, siendo de forma estadísticamente significativa, más frecuente en la Enfermedad de Crohn (dato no referido en estudios previos); 3) La prevalencia de otros diagnósticos reumatológicos como artritis periférica asociada a EII, Espondiloartritis Indiferenciada y Sacroileítis Asintomática, no varían respecto a otros estudios; 4) La prevalencia de Fibromialgia es significativamente más alta que en la población general.

75

ANÁLISIS DE EFICACIA A 24 SEMANAS DE TRATAMIENTO CON ETANERCEPT EN ARTROPATÍA PSORIÁSICA

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

Introducción: El TNF α es una citoquina implicada en la patogénesis de la Artropatía Psoriásica (APs) cuyo bloqueo conduce a un beneficio clínico demostrado. El Etanercept es una proteína de fusión soluble del receptor del TNF humano. La potencia en el bloqueo de la actividad del TNF se ha demostrado en estudios clínicos con un perfil positivo de seguridad y eficacia en la reducción de la clínica inflamatoria, y una mejoría en la calidad de vida del paciente con APs.

Objetivo: Evaluación de la eficacia del tratamiento con Etanercept en 17 pacientes con APs que han alcanzado la semana 24 de tratamiento.

Material y métodos: Pacientes diagnosticados de APs que no respondieron a un mínimo de 2 FARAL solos o combinados. Todos los pacientes se trataron con Etanercept, a una dosis de 25 mg dos veces por semana, asociado a Metotrexato en el 83% de los casos (14/17) ó Leflunomida en el 17% (3/17). Las primeras dosis de tratamiento fueron administradas en el Centro de Salud correspondiente, con el objetivo de instruir a los pacientes en su correcta aplicación. Como criterio de eficacia se utilizó el DAS 28, con una reducción mayor de 1,2 sobre el registro basal realizado en la semana 0. Además, se analizó la evolución de la puntuación en la escala analógica visual para el dolor. Los controles fueron realizados a las 12, 24, 36 y 48 semanas. El seguimiento máximo fue de 48 semanas en 3 pacientes, de 36 semanas en 10 y de 24 semanas en 4.

Resultados: Se incluyeron en total 17 pacientes que alcanzaron la semana 24 de tratamiento, siendo 11 de ellos mujeres y 6 varones, con una edad media 48,8 años. El tiempo medio de evolución de la enfermedad antes del inicio de la terapia era de 69 meses. Todos los pacientes fueron tratados en algún momento con Metotrexato, en menor frecuencia con Leflunomida (5 casos) y Sulfasalacina (5 casos). Entre otros fármacos pautados cabe destacar la Cloroquina, Hidroxicloroquina, Ciclosporina A, Sales de Oro y la Azatioprina. La media del DAS 28 de la semana 0 fue de 4,23, alcanzando en la semana 24 un valor de 2,19. Analizando los datos individualizados del DAS 28 en cada paciente encontramos que en la semana 24 tenían una respuesta buena 13 pacientes. Esta respuesta viene definida por la reducción del DAS 28

mayor de 1,2 asociado a una baja actividad de la enfermedad (DAS 28 menor de 3,2). Se observó una respuesta moderada en 2 pacientes (reducción del DAS 28 mayor de 1,2, pero con DAS 28 mayor de 3,2). El resto de casos (2) resultaron no respondedores al presentar una mejoría en el DAS 28 menor de 0,6. La valoración del dolor mediante la escala analógica visual presentó una mejoría global del 49%, con una media en la semana 0 de 66 mm y en la semana 24 de 33 mm. No se presentaron efectos adversos ni abandonos del tratamiento durante este período.

Conclusiones: El tratamiento con Etanercept es clínicamente eficaz para tratar a pacientes con Artrropatía Psoriásica refractaria a FARAL. A pesar de presentar una serie pequeña de pacientes, con las limitaciones que de ello se derivan para la interpretación de los resultados, encontramos una respuesta clínica y analíticamente satisfactoria, valorada por el DAS 28, en el 76% de los pacientes (13/17) a las 24 semanas, siendo ineficaz en el 12% (2/17). Se alcanza además una mejoría media del dolor del 49%, obtenido por escala analógica visual. Por tanto, Etanercept se muestra como una terapia eficaz, sin haberse registrado en este período de efectos adversos.

76

ENFERMEDAD DESMIELINIZANTE SECUNDARIA AL USO DE ANTI-TNF POSIBLE RELACIÓN CON ANTECEDENTE FAMILIAR DE ESCLEROSIS MÚLTIPLE

T. Ruiz Jimeno, C. Mata, E. Aurrecochea, A. Rubial y J. Calvo Alén
Hospital Sierrallana.

Describimos un caso de inicio de enfermedad desmielinizante en una paciente de 47 años tratada con Infliximab por artrropatía psoriásica con una hermana diagnosticada de esclerosis múltiple (EM). La paciente había seguido tratamiento con Metotrexato y Leflunomida, suspendidos ambos por intolerancia y/o ineficacia. Ante un rebrote de la enfermedad se reintroduce el tratamiento con Metotrexato y ante la falta de respuesta se le asocia Infliximab (3 mg por kilo de peso) con mejoría espectacular. Tras la 4ª dosis la paciente empieza a notar acorchamiento de hemicara derecha, disminución severa de la agudeza visual bilateral y trastornos motores en extremidades superiores e inferiores, observándose lesiones desmielinizantes en nervios ópticos, mesencéfalo, y medula espinal en la RNM. La paciente fue tratada con bolos de corticoides y gammaglobulinas i.v., con mejoría importante, aunque mantiene limitaciones motoras en la extremidad superior izquierda e inferior derecha. Aunque no se ha podido establecer una relación etiopatogénica definitiva la observación de casos aislados de enfermedad desmielinizante asociada al uso de agentes anti-TNF (habitualmente con buena evolución tras la retirada del fármaco) ha hecho que se recomiende evitar la administración de estos agentes en pacientes con antecedentes personales de patología desmielinizante previa. Hasta ahora, no se había comunicado ningún caso asociado a la existencia de antecedentes familiares de EM. La existencia del llamado "rasgo de esclerosis múltiple" genéticamente determinado podría estar en la base del desarrollo de este efecto no deseado. Aunque un caso aislado por sí no constituye ninguna evidencia creemos que sería recomendable hacer de forma protocolizada despistaje de enfermedades desmielinizantes en familiares consanguíneos de primer grado antes de iniciar este tipo de tratamientos y en caso afirmativo al menos informar al paciente de los posibles riesgos de su utilización.

77

SÍNDROME SAPHO: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 18 CASOS EN EL HOSPITAL DE MÓSTOLES

M. Merlo, R. Miguélez, J. Usón, C. Fernández-Espartero, M. Morcillo, D. Díaz, O. Vázquez y J. Ruiz Galiana
Hospital de Móstoles. Madrid.

Introducción: El Síndrome SAPHO (SSP) describe la asociación de desordenes musculoesqueléticos y dermatológicos con hallazgos clínicos, radiológicos e histológicos característicos (clasificación de Schilling y Kessler). La afectación cutánea puede anticipar, ser simultánea o aparecer hasta veinte años después de la afectación osteoarticular.

Objetivos: Conocer la casuística del Hospital de Móstoles de SSP y describir las manifestaciones clínicas más frecuentes.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de los 18 casos de SSP diagnosticados en nuestro hospital en el período que comprende desde 1985 hasta 2004. Se analizaron características clínicas, demográficas, analíticas y de imagen.

Resultados: Del total de los 18 casos encontrados, 11 eran varones y 7 mujeres, con una edad media de 31 años (límites 15-65). El debut clínico predominante en nuestra serie fue la afectación cutánea (55%), siendo el hallazgo más frecuente el acné (50%) y en segundo lugar la pustulosis palmo-plantar (33%). En el 78% (14 casos) se afectaba el esqueleto axial y en el 50% (9 casos) referían dolor torácico anterior. Las manifestaciones sacroiliacas aparecieron en el 22% (4 casos) y la afectación periférica exclusiva en otro 22% (4 casos). La positividad del antígeno HLA-B27 apareció en un tercio de los pacientes. La gammagrafía ósea ("gold standard") evidenció aumento de captación en la pared anterior del tórax, sacroiliacas, esqueleto axial y articulaciones periféricas, siendo normal en el 23% de las realizadas. En el 39% el tratamiento de base con antiinflamatorios no esteroideos no fue suficiente, siendo necesario la administración de salazopirina y/o fármacos inmunosupresores (esteroides, metotrexate).

Conclusiones: En nuestro hospital destaca la prevalencia en pacientes varones, en la tercera década de la vida. Las manifestaciones más frecuentes son la afectación del esqueleto axial y el acné. De los pacientes que presentaban el antígeno HLA-B 27 positivo todos eran varones, y el 60% de ellos presentaban signos radiológicos de sacroileitis. En casi una cuarta parte de los pacientes la gammagrafía no fue determinante.

78

RESPUESTA Y SUPERVIVENCIA A ANTI-TNFs EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA

C. Fdez Carballido, J.J. Alegre, C. Chalmeta, N. Fdez-Llanio, R. Hortal, S. Muñoz, M.A. Pareja, J.A. Román, L. Abad y C. Alcañiz
Hospital Universitario Dr. Peset.

Objetivo: Evaluar las características clínicas de los pacientes con Artritis psoriásica (APs) que inician tratamiento con anti-TNFs (infliximab -IFL- y/o etanercept -ETN-). Analizar la respuesta a dichos tratamientos. Describir la supervivencia en el tratamiento y los motivos de abandono.

Pacientes y métodos: Estudio descriptivo observacional. Elección del anti-TNF a criterio de su médico. 32 pacientes con APs que han recibido anti-TNFs: 14 infliximab y 18 etanercept. Estudio comparativo de las características basales de los pacientes. Valoración de la respuesta mediante el índice de respuesta ACR para APs

(Clegg et al, 1996) y BASDAI/BASFI en las formas axiales. Análisis de la supervivencia en cada tratamiento y causas de retirada.

Resultados: Características basales: Los pacientes tratados con Infliximab presentaban más actividad de la enfermedad (NAD 16 vs. 8; $p = 0,01$, IC 95% 1,73-13 y EVA médico 67 vs. 42; $p = 0,000$; IC 11,1-34,1) y peor capacidad funcional (HAQ 1,4 vs. 0,88; $p = 0,03$ IC 0,6-1,01) que los pacientes asignados a Etanercept. En el resto de variables analizadas (edad diagnóstica, edad tratamiento, tiempo demora diagnóstica, sexo, nº DMARDs previos, erosiones pre-tratamiento o NAT, EVA pac, VSG/PCR basales) no se observaron diferencias significativas.

Respuesta (ACR): % respondedores/evaluados (y % en el grupo total)

	3 meses	6 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses
Etanercept	87,5% (58,3%)	62,5% (50%)	85,7% (60%)	100% (62,5%)	100% (66,7%)	50% (33%)
Infliximab	68,7% (61,1%)	85,7% (75%)	75% (64,2%)	70% (63,6%)	100% (85,7%)	100% (100%)

El tiempo medio de supervivencia en el tratamiento con Infliximab fue de 559 días (IC 95%: 449-668) y con Etanercept de 472 días (IC 95% 409-535). Retiradas: Infliximab: 5 (35,7%): 1 ineficacia, 3 acontecimientos adversos (1 hipertransaminasemia, 1 sdre sweet+celulitis, 1 reacción infusión) y 1 aparición lesiones de psoriasis. Etanercept: 3 (16,6%): 1 voluntaria, 1 acontecimiento adverso (anemia microcítica) y 1 ineficacia.

Conclusiones: En este grupo se asignaron a Infliximab pacientes con artritis psoriásica más activos y limitados que los asignados a Etanercept. Las tasas de respuesta a ambos anti-TNFs son muy similares. Se han producido más retiradas en el grupo de Infliximab si bien el tiempo de supervivencia en el tratamiento con éste es superior al de etanercept.

79

HIPEROSTOSIS ANQUILOSANTE VERTEBRAL Y SACROILITIS

J.A. Hernández Beriain, E. Girona, A. Rosas y D. Batista
S. de Reumatología. Hospital Insular de Gran Canaria. Universidad de las Palmas de Gran Canaria.

La hiperostosis anquilosante vertebral (HAV) o enfermedad de Forestier-Rotes Querol es una entesopatía degenerativa con hallazgos radiológicos característicos que incluyen las calcificaciones del ligamento común vertebral anterior y la conservación relativa del disco intervertebral. Se ha señalado que la ausencia de erosiones, esclerosis o anquilosis de la articulación sacroiliaca (SI) es otro rasgo habitual (Resnick). Ocasionalmente se ha comunicado la coexistencia de ambas situaciones: HAV y afección inflamatoria sacroiliaca, lo que supone un reto diagnóstico y plantea desde el punto de vista pronóstico y terapéutico otras consideraciones. El objetivo del presente trabajo es comunicar esta coexistencia en 3 pacientes. Los principales datos clínicos y radiológicos se exponen en la siguiente tabla:

Paciente	Sexo	Edad	Tiempo de evolución (años)	Síntomas
1	varón	52	5	lumbalgia/astenia
2	varón	49	10	Lumbalgia/rigidez
3	varón	56	6	Lumbalgia inflamatoria
Radiología vertebral	Rx sacroiliaca	TAC de sacroiliacas	Metrología	Tratamiento
HAV	Sacroilitis	Sacroilitis	Schöber: 4,5/ Occipucio-pared: 0	AINES
HAV	Fusión SI	Fusión SI	Schöber: 2/ Occipucio-Pared: 1	AINES
HAV	Fusión SI	Fusión SI	Schöber: 1	AINES

La HAV y la EA constituyen enfermedades que se plantean en el diagnóstico diferencial de cada una de ellas. En ocasiones surgen dificultades diagnósticas porque los cambios hiperostóticos son modestos en la HAV o porque aparecen cambios vertebrales marcados en la EA. Los casos descritos muestran los hallazgos radiológicos característicos de la HAV a excepción de la afección inflamatoria (erosiones y esclerosis) o anquilosis de las articulaciones SI. Tal como se ha señalado en observaciones previas la afección SI en la HAV obliga, como en los casos expuestos, a la realización de TAC de SI y estudio de articulaciones interapofisarias. La coexistencia de enfermedades reumáticas no es infrecuente. En los casos descritos se plantea una situación límite pues los hallazgos clínicos y radiológicos pueden ser, en ocasiones, superponibles.

80

RETRASO DIAGNÓSTICO EN LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

J.A. Hernández Beriain, D. Batista, E. Girona y A. Rosas
S. de Reumatología. Hospital Insular de Gran Canaria. Universidad de las Palmas de Gran Canaria.

La espondilitis anquilosante (EA) es una de las enfermedades reumáticas que se diagnostican con mayor retraso. Varios factores contribuyen a ello, por una parte el que su síntoma principal, la lumbalgia, sea una causa muy habitual de queja entre la población. También se ha señalado que la aparición tardía de los cambios radiológicos típicos contribuye al retraso. El objetivo del presente estudio es analizar el retraso diagnóstico de la EA en nuestro medio y evaluar los factores sociodemográficos y relacionados con la enfermedad que contribuyen a ello.

Pacientes y métodos: Se incluyeron un total de 76 pacientes diagnosticados de EA (se excluyeron los pacientes con psoriasis o enfermedad inflamatoria intestinal) de los que se recogieron datos demográficos (edad, sexo, hábitat), relacionados con el diagnóstico de la EA (edad de la 1ª consulta, tiempo de evolución de los síntomas, edad de los primeros síntomas, fecha del diagnóstico, retraso diagnóstico) y obtenidos en la 1ª o 2ª consulta (HLAB27; VSG, PCR, hallazgos radiológicos y datos de la exploración). Los datos se expresan como la media +/- desviación estándar. Las variables numéricas se compararon mediante la t de Student y los cualitativos mediante la Chi2. Se efectuó análisis de correlación entre variables cuantitativas.

Resultados: La edad media en la 1ª consulta fue de 39,89 +/- 13,39 (16 a 80) años; el 63% eran varones. El retraso diagnóstico medio fue de 11,25 +/- 11,73 años, siendo mayor en los varones (14,18 +/- 12,41 versus 6,35 +/- 8,6; $p = 0,003$) aunque los varones presentaron una mayor dispersión de los datos. La edad media de comienzo de los síntomas fue menor en los varones (24,04 vs. 31,83; $p = 0,0039$) por lo que la edad al diagnóstico fue similar (varón 37,52 vs. mujer 39,48). No hubo diferencias en cuanto al retraso en el diagnóstico en relación con el hábitat de los enfermos (rural o urbano), el tipaje HLAB27, la presencia de manifestaciones articulares periféricas o uveítis o el facultativo remitente (Medicina familiar; Traumatología; Medicina Interna u otros). Como era de esperar los pacientes que sufrieron un mayor retraso diagnóstico tenían cambios radiológicos más manifiestos: sindesmofitos lumbares ($p = 0,00056$); dorsales ($p = 0,0051$); vertebrae cuadradas lumbares ($p = 0,079$); dorsal ($p = 0,022$) o cervical ($p = 0,039$). El mayor retraso diagnóstico se asoció a una peor situación funcional (Schöber: coeficiente de correlación: - 0,45 (-0,68; -0,15)).

Conclusiones: El retraso diagnóstico de la EA es muy prolongado en nuestro medio. A diferencia de estudios previos fue mayor en los varones, siendo en éstos la edad de comienzo más precoz que en las mujeres. La positividad del HLA B27, la presencia de uveítis o artritis periférica no condicionaron un diagnóstico más precoz.

81

EVOLUCIÓN A UN AÑO DE LOS PACIENTES QUE PRESENTAN UNA OLIGO/MONOARTRITIS EN UNA CLÍNICA DE ARTRITIS DE INICIO (CARC). IMPLICACIÓN DEL HLA-B27 EN EL DIAGNÓSTICO DE ESPONDILOARTROPATÍA

E. Graell, G. Salvador, I. Vázquez, J.A. Gómez-Puerta, V. Hernández, J.D. Cañete y R. Sanmartí
Hospital Clínico Barcelona.

Objetivo: Analizar desde el punto de vista clínico la evolución de los pacientes con mono-oligoartritis en una clínica de artritis de inicio y valorar el papel del HLA-B27 en el diagnóstico de espondiloartropatía (Esp).

Pacientes y métodos: Se analizan todos aquellos pacientes, que independientemente del diagnóstico, presentan una mono u oligoartritis en la visita basal. Se analizan los diagnósticos de entrada utilizando los criterios de la ACR 1987 para la artritis reumatoide (AR) y los criterios del grupo Europeo (1991) para el diagnóstico de Esp. Se evalúa la frecuencia del HLA-B27 y de sacroileítis en todos ellos y la evolución de los diagnósticos (con especial énfasis en el de Esp) en un período de seguimiento de un año.

Resultados: De los 214 pacientes visitados en una consulta de artritis de inicio en un período de 5 años, 79 (52 M/27 H) (36,9%) se presentaron como oligo o monoartritis. La edad media de estos pacientes fue de $45,5 \pm 17,1$ años y el tiempo de evolución de la enfermedad fue de $4,3 \pm 4$ meses. Veinte (25,3%) tenían un HLA-B27 + y en 10 de ellos (12,7%) se objetivó una sacroileítis radiológica en el momento de la inclusión. Los diagnósticos de entrada fueron 2 AR (2,5%), 9 Artritis psoriasisica (Aps) (11,4%), 52 Artritis indiferenciada (INDIF) (65,8%), 11 Esp (13,9%) y 5 Autolimitadas (6,3%). En 49 de estos 79 pacientes se dispone de datos de seguimiento al año. Ocho de ellos (16,3%) presentaban una sacroileítis radiológica, 9 (18,4%) un Factor Reumatoide + y 17 (34,7%) tenían un HLA-B27 +. De estos 17 pacientes con mono-oligoartritis y B27+, 6 (35,3%) cumplían criterios de Esp al inicio, la misma frecuencia observada para el diagnóstico de artritis INDIF (35,3%). Ninguno de ellos cumplió criterios de AR ni al inicio ni a la valoración anual. Al año de seguimiento 9 pacientes cumplían criterios de Esp (52,9%), 4 (23,5%) seguían siendo INDIF y 3 fueron etiquetados de APs (17,6%). De los 32 pacientes con oligoartritis y ausencia del HLA-B27 con seguimiento a un año, 24 (75%) son etiquetados de INDIF en la visita basal, 3 Esp (9,4%), 3 Aps (9,4%) y 2 AR (6,3%). Al final del año del seguimiento los diagnósticos fueron: 5 AR (15,6%), 6 Aps (18,8%), 16 INDIF (50%), 3 Esp (9,4%) y 2 otras (6,2%).

Conclusiones: La mayor parte de pacientes que se presentan en una clínica de artritis de inicio con mono/oligoartritis son clasificados como indiferenciados en la visita basal. Si valoramos la presencia añadida al inicio del HLA-B27 +, los diagnósticos se reparten por igual entre Esp e INDIF aunque al año de seguimiento, mas de la mitad de estos pacientes son clasificados

como Esp. La presencia del HLA-B27 en esta forma de presentación excluye el diagnóstico de AR e incrementa la sensibilidad para el diagnóstico de Esp.

82

INCIDENCIA DE ARTRITIS REACTIVA Y SÍNTOMAS ARTICULARES POSTERIOR A UN BROTE ALIMENTARIO POR SALMONELLA ENTERITIDIS: FAGOTIPO 14 B

J. Beltrán Fabregat, A. Arnedo Pena, M.D. Tirado, J.B. Bellido Blasco, A. Fenosa, R. Pac Sa
Sección de Reumatología, Hospital General de Castellón.

Objetivos: Estimar la incidencia de artritis reactiva (ARe) y síntomas articulares entre las personas afectadas en un brote de toxoinfección por *S. enteritidis* fagotipo 14 b

Población y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo a partir de la población que asistió a una comida colectiva en Castellón, el 5 de Junio del 2004, tras la cual se produjo un brote de infección alimentaria. La población del estudio la formaron las 138 personas que asistieron o consumieron algún alimento, invitados o manipuladores. De los 125 invitados fueron entrevistados 112 (89,6%). Entre los manipuladores y sus familias se estudiaron todos los que consumieron algún alimento, trece. En total 63 personas padecieron gastroenteritis (expuestos a la infección por *Salmonella*), 55 no (no expuestos a la infección), y siete dudosos. Hubo 14 hospitalizados. Treinta y tres coprocultivos fueron positivos a *S. enteritidis* lisotipo 14 b. Para estimar la incidencia de ARe y otros procesos articulares entre expuestos a la infección y no expuestos se usó un cuestionario basado en Buxton et al (J Reumatol 2002) cumplimentado inicialmente por teléfono transcurridos 4 meses desde el brote. Posteriormente, un reumatólogo (JBF) valoró mediante anamnesis y examen clínico aquellos pacientes con sintomatología osteoarticular según el cuestionario telefónico, especificando mejor el perfil temporal y otras características de los síntomas. Se estimó el riesgo relativo (RR) y los intervalos de confianza al 95% con los dos criterios (cuestionario y examen clínico).

Resultados: Treinta personas (24%) de la población a estudio manifestaron en el cuestionario algún síntoma articular durante el período del estudio; de ellas, 28 fueron examinadas por un reumatólogo que precisó el diagnóstico en 9 pacientes, uno con ARe. Las incidencias de síntomas osteoarticulares declarados en cuestionario en los expuestos a la infección y lo no expuestos fueron 33,8% y 14,6% respectivamente, con un RR de 2,33 (1,13-4,81). Las incidencias de síntomas osteoarticulares una vez examinados por el reumatólogo fueron 11,1% y 3,6%, con un RR de 3,06 (0,66-14,1). El examen del reumatólogo detectó un caso de ARe entre el grupo de los previamente infectados por *Salmonella*, lo que supone una incidencia de ARe del 1,6% (1/63) en ese el grupo y 0% en el resto. Considerando exclusivamente los pacientes con coprocultivo positivo el riesgo de ARe fue del 3,0% (1/33).

Conclusiones: La incidencia de artritis reactiva fue baja comparada con otros estudios. Sin embargo, la incidencia de síntomas osteoarticulares estuvo en concordancia con otras publicaciones. La infección por *S. enteritidis* fagotipo 14 b conlleva un riesgo de aparición de síntomas articulares a medio plazo que probablemente cabe atribuir a esa infección y habría que añadir a las consecuencias de esta causa frecuente de infección alimentaria.

83

HALLAZGOS EN IRM REALIZADAS A PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (EA) CON ENFERMEDAD ACTIVA

J.A. Carrasco, J.M. Martos, V.C. Pérez, P. Font, E. Muñoz, M.C. Muñoz, M.D. Miranda, G. Morote, M.C. Castro, A. Cano y E. Collantes

Dpto. Reumatología y Radiología. H.U. Reina Sofía. Córdoba. España.

Introducción: La Imagen por Resonancia Magnética (IRM) es una técnica radiológica que en los últimos tiempos ha demostrado ser capaz de poner de manifiesto signos de actividad de la enfermedad en pacientes con EA activa.

Objetivo: Describir los hallazgos encontrados mediante IRM en columna, sacroiliacas (SI) y caderas y compararlos con la actividad de la enfermedad en pacientes con EA activa.

Pacientes y métodos: A 10 pacientes con EA, según los criterios de New York, se les realizó IRM en columna, SI y caderas. Todos cumplían criterios de enfermedad activa según el grupo ASAS (Assessment of Ankylosing Spondylitis). Se usó un equipo de RM con 1.5T. Realizamos secuencias en plano sagital T1 spin echo (T1SE), short-tau inversión recovery (STIR) y T1SE con supresión grasa y contraste paramagnético (Gd-DTPA) para columna y secuencias en plano coronal T1SE, STIR y T1 con supresión grasa y Gd-DTPA para articulaciones SI y caderas. Con estas técnicas detectamos focos de edema óseo e inflamación. También recogimos otras variables bioquímicas, clínicas y petrográficas como PCR, BASRI, BASMI, BASFI y escala visual analógica (EVA) subjetiva del paciente, del médico para actividad global de la enfermedad y de dolor lumbar.

Resultados: 8 pacientes presentaron imágenes múltiples de hiperintensidad y de edema óseo en columna dorsal; uno de ellos presentó afectación de segmentos posteriores de las vértebras sin compromiso de los cuerpos. 3 sujetos tenían señales hiperintensas en columna cervical y 4 en columna lumbar. 5 pacientes manifestaron imágenes compatibles con sacroilitis, 2 de ellos de forma asimétrica. 5 presentaron derrame articular en caderas pero solo 1 de ellos con edema óseo en cabeza femoral. Como hallazgo nuevo, no descrito hasta ahora, destacamos la presencia de señales hiperintensas y edema en núcleos de discos intervertebrales en columna dorsal en uno de los pacientes. Solo 2 sujetos no presentaron ningún signo de inflamación o edema óseo. El resto de variables recogidas, expresadas como media \pm desviación estándar, fueron las siguientes: PCR: $21,6 \pm 19,7$; BASMI: $4,6 \pm 2,5$; BASFI: $6,3 \pm 2,4$; BASDAI: $6,3 \pm 1,8$; EVA de dolor lumbar: $5,3 \pm 2,9$; EVA de actividad global subjetiva del paciente: $5,9 \pm 2,1$; EVA de actividad global del médico: $6,6 \pm 1,7$.

Conclusiones: La IRM de columna, SI y caderas, dirigida a detectar focos de edema óseo e inflamación, es una técnica útil para la detección y valoración de la actividad de la enfermedad en pacientes con EA.

84

¿TIENEN ALGÚN VALOR LOS ANTICUERPOS ANTI-CCP EN LA EA?

J. Giménez, L.F. Linares, C. Marras, P. Mesa del Castillo, D. Palma, F. Rodríguez y P. Castellón de Arce
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Los anticuerpos anti-péptidos citrulinados cíclicos (anti-CCP) se han relacionado con la Artritis Reumatoide (AR). Tienen una sensibilidad en nuestra población con AR que oscila entre el 66 y

el 82%. Su especificidad es, en cambio, mucho más elevada, llegando a un 90-98%. Son anticuerpos contra péptidos cíclicos citrulinados derivados de la filagrina. En estudios en modelos murinos de AR se demostró que la inducción de autoanticuerpos contra las proteínas citrulinadas en membrana sinovial es específica en los humanos. En el presente estudio se examinó la especificidad y la sensibilidad de los anti-CCP en pacientes afectados de Espondilitis Anquilosante (EA), así como su relación con la actividad de la enfermedad. Se examinaron 30 pacientes diagnosticados en nuestro servicio de EA según los criterios del Grupo Europeo para el estudio de las Espondiloartropatías (ESSG) y los de B. Amor. El 86,6% eran varones y el 13,3% restante mujeres. De estos 30 pacientes, 15 tenían afectación predominante axial y los otros 15 habían debutado con afectación periférica. En el grupo de afectación predominante axial, 6 de los pacientes presentaban síntomas leves y su diagnóstico se había realizado dos años antes de este estudio; los 9 restantes presentaban una afectación del esqueleto axial. En el grupo de los pacientes con afectación periférica, 7 habían sido diagnosticados en los últimos 12 meses, en cambio los 8 restantes presentaban cuadros articulares evolucionados, precisando 7 de ellos terapia biológica. La actividad inflamatoria se evaluó según los criterios ASAS. Los anticuerpos anti-CCP se determinaron mediante inmunoensayo, utilizando el estuche Quanta Lite (Inova Diagnostics Inc, San Diego, CA, USA). Como resultado se destaca que en ninguno de los 30 pacientes estudiados se observaron anticuerpos anti-CCP. En conclusión, los anticuerpos anti-CCP no tienen valor diagnóstico ni predictivo de enfermedad para la Espondilitis Anquilosante en nuestra población.

85

ARTRITIS PSORIÁSICA Y OSTEOPOROSIS

L. Pozo, M. Pérez García, A. López-Bernus, C.A. Montilla, J. Medina Luezas, J. Blanco, E. Martín y J. del Pino Montes
Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: La presencia de osteoporosis en algunas Espondiloartropatías, como la Espondilitis anquilosante, ha sido suficientemente documentada, pero existen pocos datos en relación a la Artritis psoriásica (APS). Dada la frecuencia de entesitis del calcáneo en estos pacientes puede existir una interpretación errónea de la densitometría en este lugar.

Objetivos: Determinar la presencia de Osteoporosis en pacientes con APS mediante densitometría radiológica de doble energía (DXA) central y en calcáneo.

Pacientes y métodos: Se incluyeron en el estudio 20 pacientes (11 varones, 9 mujeres; edad media 34,6) diagnosticados de APS (Criterios de Wright y Moll). El grupo control (C) estaba formado por 20 pacientes sin patología inflamatoria, ósea o articular, con edades y sexo similar a los del grupo APS. *Criterios de exclusión:* 1) edad igual o superior a 50 años, 2) enfermedades responsables de osteoporosis secundaria, 3) fármacos modificadores del metabolismo mineral y óseo, incluido glucocorticoides. Los pacientes con APS se separaron según la presencia de talalgia. Se recogieron protocolizadamente factores conocidos que influyen en la masa ósea y riesgo de fractura. A todos los pacientes se les realizó densitometría por DXA en columna lumbar y cadera (Hologic) y en calcáneo (PIXI).

Resultados: Aunque cinco pacientes con APS presentaron osteoporosis en columna lumbar, por ninguno del grupo control ($p = 0,07$), no se observaron diferencias en la DMO (g/cm^2) en ambos

grupos (columna y cadera). En el grupo control encontramos una correlación entre la DMO de cadera y calcáneo ($r = 0,73$; $p < 0,001$). En los pacientes con APS no obtuvimos correlación ni en las mediciones en cadera ni en las obtenidas en columna ($r = -0,034$ $p = 0,10$, $r = 0,145$ $p = 0,67$ respectivamente). En estos pacientes fueron similares al comparar los pacientes con y sin talalgia ($r = 0,67$ $p = 0,9$; $r = -0,61$ $p = 0,27$).

Conclusiones: La presencia de osteoporosis fue más frecuente en pacientes con APS, aunque no resultó significativo, probablemente por la pequeña muestra estudiada. No encontramos relación entre los resultados de DMO en cadera y columna comparados con los de calcáneo. Esta falta de correlación no se relacionó con la presencia de talalgia.

86

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DIFERENCIALES ENTRE DOS GRUPOS DE PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATÍAS CON Y SIN AFECTACIÓN ENTESÍTICA

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

Hospital Universitario Reina Sofía.

Introducción: La entesopatía o entesitis es el rasgo clínico más característico de las espondiloartropatías. Sin embargo, no todos los pacientes la presentan ni al comienzo ni durante la evolución de la enfermedad.

Objetivo: Conocer si los pacientes con espondiloartropatías que cursan con entesopatía muestran características clínicas diferenciales con respecto a aquellos que no la presentan.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 229 pacientes que cumplían criterios de espondiloartropatías del European Spondyloarthritis Study Group (ESSG) y/o de Amor, de los cuales 91 (39,7%) tenían diagnóstico de espondilitis anquilosante (EA), 92 (40,2%) de espondiloartropatía indiferenciada (SpAI) y 46 (20,1%) correspondían a otros tipos de espondiloartropatías. El 69,4% eran hombres, la edad media (DS) de 42 (11,5) años y un tiempo medio de evolución de la enfermedad de 17,6 (12) años. Se hicieron dos grupos atendiendo a la presencia o no de entesopatía: grupo A (con entesopatía), al que correspondían 97 pacientes (42,3%), 36 EA, 42 SpAI y 19 a otras SpA; y grupo B (sin entesopatía), con 132 pacientes (57,6%): 55 EA, 50 SpAI y 27 otras SpA. Se compararon las características clínicas, analíticas y metrológicas entre ambos grupos mediante test Ji-cuadrado (variables cualitativas) y Pruebas t de Student para datos independientes (variables cuantitativas).

Resultados: El grupo de pacientes con entesopatía (grupo A) muestran una mayor frecuencia de dactilitis con respecto a los pacientes sin entesopatía (grupo B) (16,7% frente a 3,8%; $p = 0,002$), así como de raquialgia inflamatoria (95,8% frente a 85,5%; $p = 0,02$) y de sinovitis (35,1% frente a 19,7%; $p = 0,014$). Entre ambos grupos no existieron diferencias significativas en cuanto al diagnóstico. Por otra parte, la edad media de inicio de la enfermedad de los pacientes cuyo primer síntoma es una entesitis es menor con respecto a aquellos pacientes que debutan con raquialgia inflamatoria, 16,7 (2,3) años frente a 25,2 (8,7) años ($p = 0,001$).

Conclusión: La presencia de entesopatía tanto al debut como durante la evolución de la Espondiloartropatía podría condicionar un diferente perfil clínico.

87

AUSENCIA DE ASOCIACIÓN ENTRE LA INFECCIÓN CRÓNICA POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C Y LA FIBROMIALGIA

J. Narváez, B. Bernad, C. Diaz-Torné, I. Castellví, L. Sánchez, J.M. Nolla y J. Valverde

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Bellvitge.

Introducción: La infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) puede asociarse a diversas manifestaciones musculoesqueléticas, entre ellas las artromialgias generalizadas. Además, en los estudios en los que se ha evaluado la frecuencia de infección crónica por el VHC en pacientes con fibromialgia (FM) se han comunicado prevalencias altas, de hasta un 15%. Todo ello ha llevado a plantear la posible implicación del VHC en la etiopatogenia de la FM.

Objetivo: Evaluar la prevalencia de la infección por VHC en una cohorte de pacientes con FM comparándola con la prevalencia en la población general, a fin de discernir si la relación entre la FM y la infección por VHC es casual o etiopatogénica.

Material y métodos: Estudio prospectivo de una cohorte de 115 pacientes con FM (criterios de clasificación propuestos por el ACR en 1990). En todos se determinó la presencia de anticuerpos anti-VHC mediante ELISA de tercera generación. En los casos en los que resultaron positivos, se confirmó la infección con técnicas de RIBA y se determinó la presencia de ARN-VHC por PCR. Las tasas de prevalencia de la infección por VHC en la población general se obtuvieron de 2 estudios realizados recientemente en Cataluña (Domínguez A et al. *J Med Virol* 2001; 65:688-93 y Solá R et al. *Med Clin (Barc)* 2002; 119:90-5). La comparación entre prevalencias se realizó mediante el test de Chi-cuadrado y el "binomial proportion test".

Resultados: De los 115 pacientes con FM, solamente en 3 casos (2,6%) se objetivó serología positiva para VHC. Dos de estos pacientes (1,74%) presentaban infección activa, detectándose la presencia de ARN-VHC por PCR. Ninguno de los 3 enfermos presentaba manifestaciones clínicas, y sólo en dos las transaminasas estaban ligeramente elevadas, presentando en su evolución valores muy fluctuantes e incluso períodos de normalidad. En la siguiente tabla se exponen los datos de comparación entre prevalencias:

Comparación entre prevalencias

	Pacientes con FM	Población general	p
25-44 años	2,22% (1/45)	1,74% (IC 95%: 1,62-1,86)	NS
45-64 años	2,85% (2/70)	2,54% (IC 95%: 2,37-2,71)	NS
Total	2,6% (3/115)	2,5% (IC 95%: 1,8-3,2) - 2,64% (IC 95%: 2,53-2,75)	NS

Si únicamente se consideran los pacientes con FM y evidencia de infección activa por VHC, las tasas de prevalencia que se obtienen son: 25-44 años 2,22% (1/45), 45-64 años 1,42% (1/70), y para el total de la muestra 1,74% (2/115).

Conclusión: La prevalencia de la infección por VHC en los pacientes con FM analizados es similar a la de la población general. De acuerdo con estos datos, la implicación del VHC en la etiopatogenia de la FM parece improbable.

88

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE LARGA DURACIÓN CON EJERCICIO FÍSICO EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA (FM)

T. González y J. Rivera

Instituto Provincial de Rehabilitación. Madrid.

Previamente ya ha sido demostrada la eficacia del ejercicio físico en los pacientes con FM, pero hasta la actualidad no existen en-

sayos clínicos controlados con programas de larga duración. Nuestros objetivos han sido valorar la eficacia de un programa de ejercicio físico de un año de duración en pacientes con FM y comparar los resultados obtenidos entre realizarlo en el medio hospitalario o en el domicilio del paciente.

Pacientes y métodos: Ensayo clínico prospectivo, controlado y aleatorizado, de un año de duración, que compara un programa de ejercicio físico en el medio hospitalario frente al mismo programa realizado en el domicilio del paciente. Se incluyeron pacientes diagnosticados de FM según los criterios de clasificación ACR y se excluyeron: <18 años, varones, enfermedades sistémicas y psiquiátricas. Para evaluar a los pacientes se usaron los siguientes cuestionarios: FIQ, HAQ, FHAQ, SCL90R, SF36; y el test de los 6 minutos marcha, test de la fuerza en extremidades superiores, test de flexibilización de c. lumbar, test de la fatiga post esfuerzo y la medición de la frecuencia cardíaca pre y post esfuerzo, para evaluar la capacidad para realizar ejercicios. Los pacientes fueron valorados basalmente, a los 3, 6, 9 y 12 meses. El programa de ejercicios aeróbicos fue diseñado con el criterio de alcanzar entre un 60-80% de la reserva cardíaca máxima.

Resultados: Se evaluaron 258 pacientes con FM, de los que se incluyeron 150 distribuidos aleatoriamente entre el grupo de ejercicios con 100 pacientes y el grupo control con 50 pacientes. No hubo diferencias en la evaluación inicial entre ambos grupos. Al finalizar el estudio, 51 pacientes entre ambos grupos seguían todavía dentro del protocolo, observándose una mejoría significativa en el número de puntos dolorosos ($15,4 \pm 2,6$ vs. $14,1 \pm 4,1$), EVA depresión ($6,3 \pm 3,2$ vs. $5,6 \pm 3,3$), estado de salud comparada con un año antes ($3,9 \pm 0,9$ vs. $3,4 \pm 1,1$), 6-minutos marcha ($361,4 \pm 63,4$ metros vs. $386,4 \pm 66,7$ metros) y flexibilización de c. lumbar ($13,0 \pm 7,0$ cm vs. $17,4 \pm 6,7$ cm). Sin embargo, hubo un empeoramiento del FHAQ ($1,1 \pm 0,6$ vs. $1,3 \pm 0,6$), y de la capacidad para hacer la compra ($1,04 \pm 1,0$ vs. $1,4 \pm 1,0$) y para hacer la comida ($0,5 \pm 0,8$ vs. $0,75 \pm 0,9$), ambos del FIQ. Así mismo, hubo una ganancia significativa de peso ($66,1 \pm 9,8$ Kg vs. $68,1 \pm 10,5$ Kg). Al final del ensayo, no existieron diferencias significativas entre ambos grupos.

Conclusiones: La realización de un programa de ejercicio de larga duración mejora la forma física de los pacientes con FM. Desde el punto de vista clínico, mejora alguna de las manifestaciones clínicas y los puntos dolorosos, pero empeora la capacidad funcional para realizar algunas actividades de la vida diaria. Aunque a los 3 y 6 meses la forma física del grupo de ejercicio era mejor que la del grupo control, al finalizar el estudio no hubo diferencias entre ambos grupos.

(Proyecto financiado por Obra Social de Caja Madrid y LIRE).

89

VIABILIDAD DEL FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (FIQ) EN LA POBLACIÓN ESPAÑOLA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

J. Esteve-Vives, F. Sivera, M.A. Belmonte, M.C. Bernabéu, E. Naredo, M.D. Gil y C. Orts
Hospital General Universitari d'Alacant, Hospital General de Castellón, Hospital Sant Vicent, Hospital de Alcoy y Hospital de Leganés.

Introducción: En el estudio para la adaptación a la población española del cuestionario FIQ, Rivera y González encuentran que el 96% de sus pacientes con fibromialgia (FM) fueron capaces de autocumplimentarlo. Estos resultados contrastan con otros que muestran un porcentaje de autoaplicación muy inferior.

Objetivos: Evaluar la viabilidad de una versión española del FIQ en una muestra de pacientes con fibromialgia de mayor tamaño y procedencias diversas.

Pacientes y método: Se incluyeron 116 pacientes consecutivos diagnosticados de FM que acudieron a 6 centros distintos: 4 consultas de reumatología (Babel de Alacant, Gran Vía de Castelló, Instituto Valenciano de Reumatología de Castelló y Centro de Especialidades M^a Ángeles López de Leganés) y 2 consultas terciarias (Unidad de Fibromialgia del Hospital de Sant Vicent y la Consulta de Enfermería que imparte un programa de educación para pacientes con FM en el Hospital de Alcoi). Se utilizó como cuestionario la versión española del FIQ de Rivera y González, a la cual se añadió el subítem de la escala de función física "cuidar las plantas" en sustitución del que había sido eliminado en el proceso de adaptación transcultural ("Do yard work"). Se evaluó: 1) la proporción de pacientes que fueron capaces de autocumplimentar el cuestionario tras una breve explicación de unos 30 segundos, 2) el tiempo necesario para cumplimentarlo y 3) la necesidad de explicaciones adicionales.

Resultados: Los 116 pacientes eran todos mujeres y con una edad media (\pm DE) de 53 (\pm 10,3) años. 105 (90,5%) fueron capaces de autocumplimentar el cuestionario en un tiempo medio de 5,1 (\pm 3,4) minutos, con un rango entre 1 y 16 minutos. El 56% precisaron explicaciones adicionales entre 0,5 y 5 minutos. Por grupos, se observó que los 70 pacientes procedentes de consultas de Reumatología eran de mayor edad, tenían menos experiencia en la cumplimentación de cuestionarios y requerían más explicaciones adicionales y más tiempo para cumplimentar la versión española del FIQ que los 46 pacientes procedentes de las consultas terciarias.

Viabilidad FIQ según la procedencia de los pacientes

	Consultas Reumatología	Consultas terciarias	Método estadístico
Porcentaje de autoaplicación	84,3%	100%	Pr exacta Fisher: $p < 0,003$
Tiempo medio de cumplimentación	$5,8 \pm 3$ min	$4,3 \pm 3,7$ min	ANOVA un factor: $p < 0,05$
Pacientes que requieren explicaciones adicionales	78%	28%	Chi cuadrado: $p < 0,001$
Experiencia previa en autocumplimentación de cuestionarios	16%	53%	Chi cuadrado: $p < 0,001$

Conclusiones: La autoaplicación de la versión española del FIQ utilizada ha mostrado ser viable en la mayoría de casos, sin embargo observamos diferencias según la procedencia de los pacientes. Consideramos recomendable la colaboración de una enfermera para las explicaciones adicionales que los pacientes suelen precisar durante la cumplimentación del cuestionario.

90

VALIDEZ DE CONTENIDO DE UNA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (FIQ): ESTUDIO MULTICÉNTRICO

J. Esteve-Vives, F. Sivera, M.A. Belmonte, M.C. Bernabéu, M.D. Gil, E. Naredo y L. González Puig
Hospital General Universitari d'Alacant, Hospital General de Castellón, Hospital Sant Vicent, Hospital de Alcoy y Hospital de Leganés.

Objetivos: Evaluar los siguientes aspectos de la validez de contenido de una versión española del FIQ: 1) de la respuesta 3 ("nunca capaz de hacerlo") de la escala de función física (FF), 2) del subítem "cuidar las plantas" de la escala FF, 3) de los ítems referidos a actividad laboral del paciente y 4) de las Escalas Visuales Analógicas (EVAs).

Cuestionario: La versión española del FIQ de Rivera y T. González a la cual se añadió el subítem “cuidar las plantas” correspondiente al subítem “do yard work” del FIQ original que fue eliminado en el proceso de adaptación transcultural.

Pacientes: consecutivos, con diagnóstico de fibromialgia y que fueron capaces de autocumplimentar el cuestionario, procedentes de seis centros distintos: cuatro consultas de Reumatología (CE Babel de Alacant (CEB) y tres Centros más) y dos consultas terciarias.

Método: Una vez cumplimentado el cuestionario, 1) se repasó la escala de FF y se preguntó al paciente si su respuesta “3” (nunca) se refería a verdadera incapacidad o a que no tenía costumbre de realizar esa actividad, este aspecto sólo se estudió en los 36 pacientes procedentes del CEB; 2) se evaluó qué porcentaje de pacientes había respondido cada uno de los subítems de la escala FF, con especial énfasis en el subítem “cuidar las plantas”, y se valoró si la adición de este subítem modificaba la puntuación de la escala FF; 3) se valoró el porcentaje de pacientes que habían respondido a los ítems de actividad laboral y 4) se determinó qué porcentaje de pacientes habían respondido las EVAs como si se tratara de variables dicotómicas (por ejemplo: “sin dolor” o “dolor muy fuerte”).

Resultados: Se incluyeron 105 pacientes, todos ellos mujeres, con una edad media de 51,9 años y una puntuación media del FIQ (0-100) de 63,2. La edad media del grupo del CEB fue ligeramente superior (55,4 años) a la del resto de centros (50 años), pero no se observaron diferencias significativas entre las puntuaciones del FIQ. 1) De los 36 pacientes del CEB, 9 (25%) contestaron al menos un subítem de la escala de FF con un “3” (nunca capaz de hacerlo) cuando en realidad no debieron contestar, ya que no tenían costumbre de realizar esa actividad. 2) Los porcentajes de respuesta de la escala de función física fueron del 90% en los subítems “utilizar transporte público” y “cuidar las plantas” y del 97 al 99% en el resto; la puntuación de la escala FF varió por la inclusión del subítem “cuidar las plantas” en el 85% de los casos (en el 34% de los casos esa diferencia fue superior a 4 décimas). 3) Sólo el 44% de los pacientes había respondido al ítem “días de trabajo perdidos” por tratarse en su mayoría de amas de casa, sin embargo el 68% respondieron al ítem “dificultad para trabajar” por entender algunas que el trabajo doméstico estaba incluido. Los restantes ítems del cuestionario fueron respondidos por más del 99% de los pacientes. 4) El 31% de los pacientes contestaron más de la mitad de EVAs como si se tratara de variables dicotómicas, al advertírseles, 9 de los 36 pacientes del CEB (25%) cambiaron su respuesta en al menos una de las EVAs.

Conclusión: La versión española del FIQ de Rivera y T. González puede ser mejorada añadiendo el subítem “cuidar las plantas” a la escala de FF, repasando los subítems con respuestas “3” de la escala FF con la ayuda de una enfermera, incluyendo el trabajo doméstico como actividad laboral y, posiblemente, añadiendo descriptores numéricos a las EVAs.

91

VALORACIÓN FUNCIONAL EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA PRIMARIA: S-FIQ

C. Vázquez, N. Chozas, I. Macías, F. Medina, S. García
Hospital Puerta del Mar. Cádiz.

Objetivo: Valorar el grado de incapacidad funcional en un grupo de pacientes diagnosticadas de “fibromialgia primaria” analizando la presencia de determinados síntomas y de determinadas situaciones sociolaborales aplicando la versión española del “Fibromyalgia Impact Questionnaire”(S-FIQ).

Material y métodos: Se tomó una muestra de 50 pacientes diagnosticados de “fibromialgia primaria” en nuestras consultas externas (siguiendo los criterios del American Collage of Rheumatology) durante el período comprendido entre Octubre del 2004 y Enero de 2005. A todos se les repartió el S-FIQ en la consulta y se les realizó una serie de preguntas sobre la presencia o no de determinados síntomas (tristeza, alteraciones del sueño, rigidez y nerviosismo), estado civil, edad, período de tiempo entre la aparición de los síntomas y el diagnóstico, situación laboral, así como la práctica o no de ejercicio físico y la necesidad o no de analgésicos. Tras la recogida de datos, se realizó un estudio transversal con análisis descriptivo de las distintas variables, valorando la frecuencia de aparición de cada una de ellas (variables cualitativas) así como el valor medio (en el caso de las variables cuantitativas).

Resultados: El valor medio del S-FIQ en nuestra muestra fue de 75,59 (teniendo en cuenta que 0 representa la capacidad funcional y la calidad de vida más altas y 100 el peor estado) con una desviación típica de 9,78. El tiempo medio que transcurrió desde la aparición de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 9,34 años con una desviación típica de 5,13 y la edad media de nuestros pacientes al diagnóstico fue de 50,02 años. Por otro lado el 96% fueron mujeres, el 70% estaban casadas siendo el 50% amas de casa. En cuanto a la presencia de determinados síntomas, la mayoría presentaban rigidez (76%), alteraciones del sueño (84%), tristeza (64%) y nerviosismo (78%). A la pregunta de si realizaban algún tipo de ejercicio físico la mayoría respondía afirmativamente (80%), pese a todo el 80% precisaba de la toma de analgésicos para mejorar su capacidad funcional.

Análisis descriptivo de variables

	Media	Mediana	Desviación típica
Edad	50,02	48,50	9,78
Tiempo hasta diagnóstico	9,34	9,00	5,13
S-FIQ	75,59	77,91	10,58
		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre / Mujer	2/8	96%/4%
Ejercicio	Sí/No	40/10	80%/10%
Estado civil	Soltero/casado/ viudo/separado	6/35/5/4	12%/70%/10%/8%
Situación laboral	Activo/desempleo/ jubilado/ama de casa/ baja	11/7/3/25/4	22%/14%/6%/50%/8%
Rigidez	Sí/No	38/12	76%/24%
Insomnio	Sí/No	42/8	84%/16%
Tristeza	Sí/No	32/18	64%/36%
Nerviosismo	Sí/No	39/11	78%/22%
Analgésicos	Sí/No	40/10	80%/20%

Conclusión: Los resultados obtenidos en nuestro estudio muestran una gran incapacidad funcional media (75,59/100 puntos). Además de la baja capacidad funcional, la presencia frecuente de alteraciones en el estado del ánimo, sueño poco reparador y rigidez, condicionan una mala calidad de vida percibida.

92

LA CAPILAROSCOPIA EN MUJERES CON FIBROMIALGIA

S. Ojeda Bruno, F.F. Hernández, A. Naranjo Hernández, I. Rúa-Figueroa Fernández de Larrinoa, C. Erasquin Arruabarrena y C. Rodríguez Lozano
Sección de Reumatología. Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín.

Introducción: La capilaroscopia (Cp) es el estudio por microscopía óptica de los capilares de la dermis papilar in vivo. Es un método incruento que nos permite visualizar la microcirculación su-

perforial de los dedos con el estudio morfológico y funcional de las asas capilares, el plexo venoso subpapilar y el entorno tisular. Hay muy pocos datos sobre los hallazgos de la Cp en la fibromialgia (FM), un trabajo encuentra un alargamiento leve de las asas capilares y variaciones en el calibre. Y otro, aumento de la permeabilidad transcapilar.

Objetivos: Analizar las alteraciones encontradas en la Cp de un grupo de mujeres con FM y compararlas con un grupo control sano (CS) y otro con artritis reumatoide (AR).

Métodos: Estudio transversal de las alteraciones de la Cp con un protocolo de recogida de datos sistemático, identificando anomalías morfológicas (desorganización capilar, áreas avasculares, longitud, diámetro y malformación capilar) y funcionales (vasolabilidad y trombosis) de las asas capilares, la presencia de plexo venoso subpapilar y el entorno tisular (halos y hemorragias). Las alteraciones se relacionaron con variables clínicas.

Resultados: Se realizaron 120 Cp, 64 (52,4%) mujeres con FM con una edad media de 48,2 años (rango 30-70), 30 (24,5%) CS con una edad media de 45,7 años (rango 28-65) y 26 (21,3%) AR con una edad media de 49,8 años (rango 23-61). No hubo diferencia significativa en la edad entre los grupos. Fenómeno de Raynaud lo presentaron 3 FM, 1 CS y 1 AR. En los 5 casos la Cp fue normal. No se encontraron anomalías morfológicas o funcionales de las asas capilares ni del entorno tisular, en las pacientes con FM ni en los CS. El 34,7% de las pacientes con AR presentó alteraciones morfológicas de los capilares (aumento de longitud y disminución o aumento leve del calibre) o plexos venosos visibles, que no se relacionaron con la presencia de fenómeno de Raynaud.

Conclusiones: Las pacientes con FM tienen una Cp normal, mientras que las pacientes con AR, presentan en un tercio de los casos alteraciones morfológicas de las asas capilares o plexos venosos visibles.

93

EVALUACIÓN DE LA GRAVEDAD DE LOS ENFERMOS CON FIBROMIALGIA

N. Busquets, I. Castellví, B. Bernad, C. Díaz-Torné, N. Montalà, L. Sánchez-Riera, D. Roig Vilaseca y J. Valverde García

Servei de Reumatologia, Hospital Universitari de Bellvitge; Unitat de Reumatologia, SAP Baix Llobregat Centre.

Introducción: La fibromialgia tiene importantes repercusiones sociolaborales. La subjetividad de los síntomas han dificultado la clasificación del proceso. En abril de 2004 el Servei Català de la Salut distribuyó un documento para el diagnóstico, evaluación y tratamiento de este trastorno en asistencia primaria. En él se sugiere una clasificación del trastorno en leve, moderado y grave, en función de la intensidad referida por el paciente en la esfera del dolor, el estado de ánimo y la ansiedad, teniendo en cuenta, además, aspectos laborales y de funcionalidad personal y la opinión del médico.

Objetivo: Conocer las características de los pacientes con fibromialgia de acuerdo con los criterios de gravedad propuestos en el documento del Servei Català de la Salut sobre diagnóstico, evaluación y tratamiento de este trastorno en asistencia primaria.

Material y métodos: Se recogieron las características propuestas en el documento en los pacientes que, atendidos como primera visita, incluían en la orientación diagnóstica del volante de derivación los términos 'polialgias' o 'fibromialgia', o en aquellos que, durante la anamnesis, referían un cuadro clínico sugestivo de fi-

bromialgia. En concreto, se preguntó sobre la intensidad del dolor y el grado de tristeza y de ansiedad percibidos por el enfermo, en una escala de 0 (nulo o inexistente) a 10 (máximo), el grado de funcionalidad (0: No interferencia de las molestias en la actividad; 10: Interferencia total), la situación de baja laboral en la última semana, el porcentaje de labores del hogar no realizadas por culpa de la fibromialgia y el grado de valoración subjetiva del médico (leve, moderada o intensa-grave). Asimismo, se contabilizaron los puntos dolorosos y la intensidad del dolor en cada uno de ellos (0 No dolor; 1: Dolor leve; 2: Dolor con mueca; 3: Dolor intenso con retirada). La fibromialgia se clasificó en leve, moderada o grave-intensa según los criterios expuestos en el documento.

Resultados: Entre el 29-9-04 y el 11-1-05 se recogieron datos de 117 pacientes atendidos como primera visita en una Unidad de Reumatología de asistencia primaria que cumplían los criterios de inclusión. De ellos, 90 (todas mujeres) cumplían criterios de fibromialgia y fueron incluidas en el estudio. En un caso se recogieron los datos de forma incompleta. La edad media fue de 54,0 ± 10,3 años (21-75). El número de puntos dolorosos medio fue de 16,3 ± 2,0, con una intensidad media de 1,48 ± 0,81. La intensidad media del dolor percibido en la última semana fue de 8,0 ± 1,8, del estado de ánimo 7,3 ± 2,7 y de la ansiedad 7,2 ± 2,8, con un grado de interferencia percibido con las actividades habituales de 6,4 ± 3,2. En 58 casos (64,4%) las molestias habían obligado a reducir las tareas domésticas un 50% o más, y 15 (16,7%) pacientes estaban en baja laboral. En total 36 casos (40,0%) se clasificaron como graves, y el resto como moderados o leves. A criterio (subjetivo) del médico evaluador, sólo 5 casos eran graves.

Conclusión: Una elevada proporción de pacientes con fibromialgia atendidos en una consulta de Reumatología de asistencia primaria se clasificarían como graves según la valoración de su estado de dolor, anímico y de ansiedad sugerida por el Servei Català de la Salut, con las potenciales repercusiones socioeconómicas que ello puede conllevar.

94

ESTUDIO SOCIO-EPIDEMIOLÓGICO DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON FIBROMIALGIA ATENDIDOS EN CONSULTAS EXTERNAS DE REUMATOLOGÍA

M. Romero Jurado, P. Font Ugalde, M.A. Hernández, C. García, N. Garrido Puñal y C. Fernández Crisóstomos
Hospital de Jaén.

Introducción: Fibromialgia es una forma de reumatismo no articular de etiología desconocida, que se caracteriza por dolor musculoesquelético crónico y difuso, además de otras manifestaciones tales como fatiga, trastornos del sueño, y afectivos. Se considera un problema importante de salud por su elevada prevalencia, morbilidad, alto índice de consumo de recursos sanitarios y grado de repercusión en la vida social del paciente.

Objetivos: Describir LAS principales características socioepidemiológicas de una población de pacientes con fibromialgia atendida en consultas externas de reumatología (CER). Así como, aspectos referentes al diagnóstico, grado de conocimiento e información y estrategias terapéuticas.

Material y métodos: Estudiamos 30 pacientes con fibromialgia (29 mujeres y 1 hombre), revisados en CER en un período de 90 días, cuya edad media fue de 46,11 +/- 7,38 años. Se analizaron un total de 34 variables referentes a datos epidemiológicos, aspectos sociales, culturales, clínicos y al grado de información de los pacientes sobre su enfermedad.

Resultados: Destacamos algunos de los datos del estudio: el 86,7% (n 26) estaban casados; el 53,3% (n 16) tenían nivel académico bajo; el 50% trabaja fuera de casa; el 43,3% (n15) no había oído hablar nunca de la enfermedad antes del diagnóstico; el 87,7% (n 26) pasaban menos de 8 h solos; el 56,7% (n 17) habían consultado alguna vez al psicólogo y el 40% (n 12) al psiquiatra; el 73% (n 22) consideraban su enfermedad como grave; el 80% (n 24) consideraba no tener problemas graves familiares; el 36% (n 11) consideraban sus relaciones de pareja malas o regulares. Entre las manifestaciones clínicas destaca el dolor 100%, astenia 100%, tristeza 76,7% (n 23). El 83,3% (n 25) consideraban que no se les prestaba atención en su entorno familiar. En cuanto a los tratamientos, el 83% tomaban habitualmente analgésicos; el 60% AINES y el 76,7% antidepressivos.

Conclusiones: En nuestro medio, la fibromialgia se puede considerar como una entidad compleja, con gran repercusión en la vida social y afectiva de los enfermos que la padecen. Debido a la alta incidencia de manifestaciones propias de los trastornos afectivos, cabe hacerse la pregunta: ¿en que medida podría tratarse de una enfermedad psicosomática?

95

HOMBRO DOLOROSO. BLOQUEO DEL NERVO SUPRAESCAPULAR

F.F. Hernández, S. Ojeda Bruno, A. Bilbao Cantarero, A. Naranjo Hernández, C. Erasquin Arruabarrena, I. Rúa-Figueroa Fernández de Larinoa y C. Rodríguez Lozano
Sección de Reumatología del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín.

Introducción: El hombro doloroso afecta al 15-30% de la población adulta en algún momento de su vida por diversas patologías. El nervio supraescapular suministra fibras sensitivas al 70% de la articulación del hombro (regiones superior y posterosuperior de la cápsula y articulación del hombro y a la articulación acromioclavicular).

Objetivo: Evaluar de forma retrospectiva los resultados del tratamiento con bloqueos del nervio supraescapular (BNSE) a largo plazo en el tratamiento del dolor refractario o severo en el hombro.
Métodos: Se incluyeron los pacientes que a lo largo del año 2003 presentaban dolor severo en el hombro o a los que se les había aplicado diferentes modalidades de tratamiento (mediana 4) sin presentar mejoría del dolor. Para el bloqueo del nervio se empleó la técnica de Dangoisse (1) y anestésicos locales con o sin corticoides. La localización del nervio se realizó con ayuda de un neuroestimulador. Se recogieron variables demográficas, enfermedad de base, diagnóstico, tiempo de evolución, tratamientos realizados, resultados evaluados por médicos y pacientes, y los efectos secundarios.

Resultados: Se realizaron 394 BNSE a 113 pacientes con una mediana de 3 bloqueos por hombro (1-3). En el lado derecho se realizó en 46 pacientes (40,7%), en el izquierdo en 36 pacientes (31,9%) y bilateral en 31 pacientes (27,4%). La edad media de los pacientes fue de 65,4 años (DE 13,89; 21-94 años). La mayoría eran mujeres (65,5%). Los trabajos más frecuentes fueron amas de casa (51,3%), obreros de la construcción (7,1%), conductores-repartidores (6,2%) y agricultores (5,3%). Estaban activos 40,7%, jubilados 71,6%, en ILT 9,7% y en ILP 7,1%. En cuanto a la enfermedad de base, 32 pacientes (28,3%) padecían de artritis reumatoide, 16 pacientes (14,2%) de artrosis y 33 pacientes (29,2%) no tenían ninguna enfermedad. Las patologías diagnosticadas con más frecuencia fueron capsulitis adhesiva (30,1%), rotura del manguito de los rotadores (30,1%) y artrosis (19,5%). La mediana del tiempo de evolución fue de 24 meses (1-376). La mayoría de los pacientes se encontraban en una clase funcional 2 (60,2%) o 3

(34,5%) del ACR. Los tratamientos realizados fueron AINES 80,5%, analgésicos 77%, tramadol 38,1%, opioides mayores 13,3%), rehabilitación 58,4%, infiltraciones 61,1%, ácido hialurónico 4,4%, FAME 26,5% y corticoides 43,4%. La mediana de los diferentes tratamientos aplicados fue 4 (1-7). Después del tratamiento, el seguimiento fue de 7 (1-12) meses de mediana. La valoración del resultado del tratamiento por los médicos y pacientes se muestran en la tabla:

Valoración del tratamiento

	Valoración por el médico	Valoración por el paciente
Mejoría total	19 (16,8%)	18 (15,9%)
Mejoría parcial	64 (56,6%)	65 (57,5%)
Sin cambios	25 (22,1%)	23 (20,4%)
Algo peor	3 (2,7%)	3 (2,7%)
Mucho peor	1 (0,9%)	3 (2,7%)

Conclusiones: El BNSE es otra opción terapéutica en los pacientes con hombro doloroso refractario a los tratamientos convencionales. El médico y el paciente encuentran mejoría del dolor en más del 70% de los casos, al menos durante 7 meses. Las complicaciones del BNSE son muy escasas, pero la técnica debe ser realizada por personal entrenado, pues el riesgo de complicaciones locales es mayor que con las infiltraciones habituales. Recomendamos el entrenamiento de los reumatólogos en la técnica del BNSE.

(1) Dangoisse MJ, Wilson DJ, Glynn CJ. MRI and clinical study of an easy safe technique of suprascapular nerve blockade. *Acta Anaesth Belg* 1994; 45: 49-54.

96

FIBROMIALGIA Y OSTEOPOROSIS

F.F. Hernández, S. Ojeda Bruno, I. Rúa-Figueroa Fernández de Larinoa, C. Erasquin Arruabarrena, A. Naranjo Hernández y C. Rodríguez Lozano

Sección de Reumatología del Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín.

Objetivos: Estudiar si la fibromialgia (FM) es un factor de riesgo para padecer osteoporosis (OP) como lo es otra enfermedad dolorosa crónica, la artritis reumatoide (AR).

Métodos: Se incluyeron en el estudio pacientes que cumplían los criterios de clasificación de FM del ACR sin litigio laboral; controles pareados sanos de su mismo ambiente social; y pacientes con AR sin criterios de FM. Se utilizó un cuestionario de recogida de datos protocolizada, entre otros múltiples factores de riesgo de OP, el FIQ, el HAQ, el SF-36 y se realizó densitometría ósea con DEXA Hologic QDR 4500 en columna lumbar y cuello femoral. Los pacientes firmaron un consentimiento informado.

Resultados: Se incluyeron 129 mujeres con las características observadas en la tabla:

	Artritis reumatoide (n = 29)	Fibromialgia (n = 68)	Controles (n = 32)	p
Mediana edad años (rango)	52 (24-62)	49 (31-71)	46,5 (29-66)	0,24
IMC (DE)	27,41 (5,69)	28,01 (6,29)	27,34 (4,22)	0,82
Horas ejercicio/sem (DE)	3,19 (3,51)	3,10 (4,56)	4,30 (6,15)	0,48
Postmenopausia (n)	16 (55,2%)	33 (48,5%)	12 (37,5%)	0,369
T menopausia (DE) años	8,19 (4,39)	7,18 (6,46)	8,58 (8,49)	0,764
Fracturas (n)	2	7	1	0,449
Mediana f. de riesgo (rango)	5 (2-8)	3 (1-7)	3 (1-8)	0,001
DMO cuello femoral (DE)	0,788 (0,124)	0,858 (0,130)	0,873 (0,143)	0,028
T score cuello femoral (DE)	-0,346 (1,210)	0,327 (1,265)	0,466 (1,389)	0,029
DMO columna (DE)	0,957 (0,162)	1,019 (0,114)	1,062 (0,181)	0,015
T score en columna (DE)	-0,738 (1,535)	-0,162 (1,096)	0,244 (1,551)	0,017
Osteopenia/ OP cuello	9 (31,0%)	7 (10,3%)	5 (15,6%)	0,040
Osteopenia/OP columna	14 (48,3%)	12 (17,6%)	6 (18,8%)	0,004

Los factores de riesgo evaluados y los tratamientos para la OP no son más frecuentes en la FM respecto a los controles. En aquella predomina la depresión, mayor EAV del dolor, peor valoración en el EAV global por el paciente y el médico, FIQ, HAQ, SF-36 y un mayor consumo de analgésicos, AINEs y antidepressivos. El número de factores de riesgo fue mayor en la AR que en la FM y los controles. Al realizar el análisis de regresión, se observó que, tras eliminar los medicamentos modificadores de la densidad mineral ósea (DMO), los pacientes con FM tomaban menos el sol que los controles, sin modificarse el resto de los factores de riesgo.

Conclusiones: Los pacientes con FM tienen más dolor, peor capacidad funcional y de salud que los pacientes con AR y controles sanos. Los clásicos factores de riesgo de padecer OP y los tratamientos para la misma no son más frecuentes en pacientes con FM respecto a los controles; mientras que éstos son más frecuentes en la AR en comparación con los otros dos grupos. El diagnóstico de OP u osteopenia no es más frecuente en la FM. Sin embargo, la DMO y el T score de columna L2-L4 y cuello femoral fueron significativamente menores en pacientes con AR y FM con respecto a los controles y, menores aun, en FM posmenopáusicas al compararlas con las premenopáusicas. No parece que la FM sea un factor de riesgo de OP, pero se precisan más estudios que lo avalen.

97

ESTUDIO PILOTO DE LA EFICACIA, TOLERABILIDAD Y SEGURIDAD DE LA MESOTERAPIA EN LOS REUMATISMOS DE PARTES BLANDAS

G. Sequeira, C. Macieira, F. Ramos, F. Saraiva, J.C. Romeo y M. Viana de Queiroz
Hospital de Santa Maria, Servicio de Reumatología, Lisboa, Portugal.

Introducción: La mesoterapia es una alternativa terapéutica que consiste en la administración tópica intradérmica de pequeñas cantidades y en concentraciones elevadas de fármacos en cortos intervalos de tiempo. Hay pocos estudios sobre este método terapéutico.

Objetivo: Evaluar la eficacia, tolerabilidad y seguridad de la mesoterapia en el tratamiento de los reumatismos de partes blandas.

Métodos: Entre noviembre de 2002 y enero de 2004, 42 enfermos con dolor localizado en las partes blandas se incluyeron en un estudio abierto que consistió en una sesión de mesoterapia por semana, durante 4 semanas consecutivas. Solo un enfermo suspendió el tratamiento por una reacción alérgica autolimitada, quedando el grupo reducido a 41 enfermos. Los pacientes fueron evaluados semanalmente y 3 meses después de la última sesión de mesoterapia usando una Escala Visual Analógica (EVA) y una escala de Likert del dolor, en la que los enfermos respondían si se sentían mejor o no después del tratamiento. El análisis estadístico se realizó usando el test de Student. Valores de $p < 0,05$ se consideraron significativos.

Resultados: La mayor parte de los enfermos, 33 (78,6%) eran de sexo femenino, la edad media era de $54,1 \pm 13,8$ (20-80) años. La duración de la enfermedad era de $29,1 \pm 37,0$ (1-120) meses. Veintidós enfermos (53,7%) tenían tendinitis. El valor medio de la EVA al principio era de $42,6 \pm 22,6$ (3-81) mm y fue bajando progresivamente hasta la cuarta semana en la que era de $27,4 \pm 14,2$ (2-55) mm ($p = 0,004$). Al final del tratamiento [$40,3 \pm 22,2$ (5-64) mm] no hubo diferencias estadísticamente significativas con los valores de la EVA iniciales. El número de pacientes que

indicaron sentirse mejor después de las 4 semanas de tratamiento, 13/22 (59,1%), fue similar al del final del estudio, 12/22 (54,5%). Diecisiete enfermos (41,5%) tenían raquialgias. La media inicial de la EVA era de $51,0 \pm 27,6$ (2-92) mm y fue disminuyendo a lo largo del estudio, siendo de $36,5 \pm 27,2$ (6-91) mm en la tercera semana ($p = 0,02$), de $30,7 \pm 26,6$ (6-91) mm en la cuarta ($p < 0,001$) y de $28,6 \pm 29,7$ (8-81) mm 3 meses después del tratamiento ($p = 0,001$). Catorce enfermos (82,4%) señalaron que se sentían mejor después de las 4 sesiones frente a los 10 (58,8%) al final del estudio. Solo 2 enfermos (4,9%) fueron tratados por bursitis. Los efectos adversos registrados fueron, por orden decreciente de frecuencia, equimosis, hematomas de pequeñas dimensiones, reacción inflamatoria local, reacción vagal, parestesias en los miembros inferiores, disestesia en el territorio del nervio cubital, síndrome vertiginoso y toxidermia al piroxicam. Ninguna de las reacciones adversas registradas dejó secuelas, desapareciendo antes de la sesión siguiente. El número total de sesiones registradas fue de 166, apareciendo reacciones adversas en 29 (17,5%). El número de enfermos que tuvieron alguna reacción adversa a lo largo del tratamiento fue de 23 (54,7%).

Conclusiones: La mesoterapia parece ser eficaz en el tratamiento de enfermos con reumatismos de partes blandas, sobre todo en las raquialgias. A mesoterapia, siendo un método invasivo, origina pocos efectos adversos e de baja gravedad. Sin embargo, por consistir en un número elevado de sesiones, el porcentaje de enfermos que a lo largo de las mismas tienen algún efecto adverso es relativamente elevado. Es necesario realizar estudios aleatorizados y a doble ciego y con un número más elevado de enfermos.

98

EFFECTOS DE DIFERENTES TERAPIAS EN EL SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO SOBRE LA ESCALA DE CALIDAD DE VIDA SF-36

D. Ly-Pen, J.L. Andreu, G. de Blas, A. Sánchez-Olaso y M.A. Salinero

Hospital Universitario Puerta de Hierro, Centro de Salud Gandhi, Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Objetivo: Investigar el efecto del tratamiento del STC mediante infiltración con corticoide (I) o cirugía descompresiva (C) sobre las puntuaciones de la escala de calidad de vida SF-36 validada para la población española.

Métodos: Ensayo clínico, aleatorizado y abierto, comparando C e I. Podían ser incluidos pacientes con síntomas sugestivos de STC de al menos 3 meses de evolución, con confirmación neurofisiológica. Se excluyeron los pacientes con afectación motora clínicamente aparente. La evaluación subjetiva de los síntomas se realizó mediante escala analógico-visual (EAV) de dolor. Se realizaron revisiones clínicas a los 3, 6 y 12 meses del tratamiento. Cada paciente completó el cuestionario SF-36 y una EAV para dolor a 0, 3, 6 y 12 meses. La significación estadística se estableció mediante la prueba de la t de Student de comparación de medias o para muestras relacionadas. El comité de ética del centro aprobó el ensayo.

Resultados: Se incluyeron 65 pacientes. Se asignaron aleatoriamente 35 al grupo C y 30 al grupo I. No existían diferencias significativas basales entre los grupos en la duración e intensidad del dolor, edad, género, afectación ENG o valores de las ocho dimensiones del cuestionario SF-36. Ambos grupos mejoraron significativamente en relación con los valores basales de la EAV de dolor, en las revisiones a los 3, 6 y 12 meses, no existiendo dife-

rencias significativas entre I y C. Las puntuaciones del SF-36 también mejoraron significativamente en ambos grupos. A los 3 meses, la mejoría fue similar en ambos grupos. A los 6 meses, el grupo C obtuvo una significativamente mejor puntuación para las dimensiones "salud general" (66,00 vs. 55,30; $p = 0,026$) y "salud mental" (74,32 vs. 66,40; $p = 0,021$). A los 12 meses, el grupo C obtuvo una significativamente mejor puntuación en la dimensión "rol físico" ($p = 0,041$).

Conclusiones: El tratamiento del STC mediante cirugía o infiltración se traduce en una mejoría significativa de las puntuaciones de la escala SF-36. Aunque ambas terapias son similarmente eficaces, la cirugía parece superior a medio plazo en algunos dominios de la escala SF-36.

99

IMPACTO DE LA FIBROMIALGIA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO

R. Belenguier, M. Ramos-Casals, J. del Pino, P. Brito-Zeron, N. Nardi, S. Aguiló y J. Font

Hospital Clínico de Barcelona, Hospital de La Ribera, Hospital Clínico de Salamanca.

Objetivo: Evaluar la presencia de fibromialgia y sintomatología relacionada en una amplia serie de pacientes diagnosticados de síndrome de Sjögren (SS) primario.

Metodología: Se incluyeron en el estudio 110 pacientes con SS primario (105 mujeres y 4 hombres, con una edad media de 56 años) visitados consecutivamente en consultas externas de nuestro Servicio. La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud se realizó mediante la aplicación del cuestionario SF-36. El diagnóstico de fibromialgia se realizó de acuerdo a los criterios clasificatorios del ACR propuestos en 1990.

Resultados: Treinta y cuatro (31%) pacientes con SS primario cumplieron los criterios clasificatorios de fibromialgia. No observamos diferencias estadísticamente significativas en la prevalencia de las principales manifestaciones clínicas, analíticas e inmunológicas relacionadas con el SS respecto a la presencia o no de fibromialgia asociada. En cambio, sí observamos una mayor frecuencia de manifestaciones no autoinmunes en aquellos pacientes con SS primario y fibromialgia, incluyendo una mayor prevalencia de dolor diario (77% vs. 33%, $p < 0,001$), cefalea (74% vs. 42%, $p = 0,004$), alteraciones en el sueño (38% vs. 15%, $p = 0,007$), depresión (59% vs. 25%, $p = 0,001$) y una mayor intensidad de fatiga (media de la E.V.A. de 6,85 vs 5,09, $p = 0,02$) en comparación con los pacientes con SS sin fibromialgia. La evaluación de la calidad de vida mediante el cuestionario SF-36 en ambos grupos de pacientes mostró puntuaciones significativamente inferiores para la función física ($p = 0,002$), papel físico ($p = 0,003$), vitalidad ($p < 0,001$), salud mental ($p < 0,001$), función social ($p = 0,005$), dolor corporal ($p < 0,001$) y salud general ($p < 0,001$) en aquellos pacientes con SS primario y fibromialgia asociada.

Conclusión: Un tercio de nuestros pacientes con SS primario cumplen criterios clasificatorios de fibromialgia. Estos pacientes presentan una mayor frecuencia de dolor diario, alteraciones en el sueño, depresión y fatiga, que conducen a una peor calidad de vida objetivada por bajas puntuaciones en 7 de los 8 subescalas del cuestionario SF-36. Recomendamos una evaluación exhaustiva de la coexistencia de fibromialgia en el paciente con SS primario debido al gran impacto que su presencia origina en la calidad de vida del paciente.

100

CONSUMO DE RECURSOS Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

M.R. González-Crespo, P. Fernández-Dapica, C. Herrero, C. Mingote, A. Cabello, M.A. Martín, Y. Campos, M. López e I. Mateo

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivo: estudiar el consumo de recursos en pacientes con fibromialgia según su calidad de vida y compararlo con el de pacientes con una enfermedad inflamatoria crónica.

Métodos: Estudio sobre costes y calidad de vida en 30 mujeres con fibromialgia y 30 con artritis reumatoide en un Hospital Universitario de Madrid. Se revisaron sus historias y se les hizo una entrevista para recoger datos de costes directos incluyendo visitas médicas, medicamentos, ingresos, cirugías, visitas a urgencias y visitas no programadas. Se recogieron datos de costes indirectos relacionados con bajas laborales y percepción de compensación económica. Se recogieron datos de calidad de vida basados en una escala analógica visual (EVA) 0-100 mm de estado general de salud (EuroQol). Se analizaron los datos mediante análisis bivariante con pruebas no paramétricas (Mann-Whitney, Chi cuadrado).

Resultados: La edad media y el tiempo de evolución de los pacientes con fibromialgia fue similar a la de los pacientes con artritis reumatoide (edad media 49 en ambos grupos y tiempo de evolución 9 y 6 años respectivamente). Los pacientes con artritis reumatoide tenían una enfermedad severa y estaban tratados al menos con un fármaco modificador de enfermedad y 6 de ellos con terapias biológicas. La calidad de vida fue considerada peor por los pacientes con fibromialgia (Mann-Whitney, $p = 0,031$). No hubo diferencias en la utilización de los servicios sanitarios (visitas especialistas/médico general, no programadas, ingresos, cirugías, urgencias). Los pacientes con Artritis reumatoide trabajaban significativamente menos fuera del hogar y los que trabajaban están menos veces de baja laboral ($p < 0,01$, Chi cuadrado). La calidad de vida no se relacionó con los datos de consumo de recursos.

Conclusiones: La calidad de vida es definida como peor por los pacientes con fibromialgia que por los que tienen una enfermedad articular crónica severa. La utilización de servicios sanitarios fue similar en ambos grupos aunque los pacientes con artritis reumatoide utilizaban medicamentos más costosos. Los pacientes con Artritis reumatoide trabajaban menos fuera del hogar, pero los pacientes con fibromialgia estaban con más frecuencia de baja laboral.

101

FIBROMIALGIA: SUCESO VITAL IMPACTANTE AL COMIENZO DEL DOLOR GENERALIZADO, POSIBLE DESENCADENANTE O CAUSAL

M.P. Fernández Dapica, F. Reyero Pantigoso, M.R. González Crespo, L. González Hombrado, M.C. Herrero Manso y M. Jiménez Muro

Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivo: Búsqueda de un suceso vital impactante al inicio del dolor generalizado, posible desencadenante o causal.

Pacientes y métodos: 57 de los pacientes diagnosticadas de Fibromialgia en el último semestre del 2004 en una consulta de reumatología, según criterios diagnósticos de la enfermedad. Al diagnóstico, se les preguntó: ¿desde cuando le duele todo?, ¿le ocurrió por esa fecha algún suceso impactante personal, familiar o en su trabajo?.

Resultados: 57 mujeres, edad al diagnóstico: 50 años ($49,7 \pm 10$), edad al inicio del dolor generalizado: 44 años (44 ± 11). Tiempo de evolución de la enfermedad: 6 años ($5,8 \pm 5,4$). De ellas, 55 identificaron un suceso vital impactante al comienzo del dolor generalizado, únicamente dos, no supieron identificar ninguno. En 44 (77%) la fecha del suceso coincidía con el tiempo que nos habían señalado del inicio del dolor generalizado, en las 13 que no coincidió, había ocurrido de 1 a 3 años antes. Los sucesos identificados fueron relacionados con: enfermedad familiar (13), muertes (11) estrés o exceso de trabajo (11) hijos (7) esposo (3) madre (1) juicios (3) y accidentes (2). Había circunstancias agravantes en 48 pacientes (84%): una causa (en 21), varias (en 27). Los sucesos vitales más graves fueron: Muerte de un hijo (4) o de su hermana gemela (1). Maltrato físico del padre (2), del padre y esposo (1) del esposo (1) o abuso sexual del padre y cómplice su madre (1). Maltrato psicológico de su esposo (2). Drogadictos hijo (1: muerto), hermanos (3: 2 muertos). Alcohólicos: esposo (1) padre y sus 2 esposos (1). Accidentes graves: tetraplejía en el esposo, en la luna de miel (1), y fibromialgia (1). Enfermedades: E. de Crohn: hija (1), esclerosis múltiple: hija (1), lupus severo: esposo (1), esclerosis múltiple: esposo (1) anemia hemolítica: hijo (1) sospecha de carcinoma: hijo (1), enfermedad mortal: amigo (1), cáncer de próstata: padre (2) melanoma: madre (2) E. Alzheimer: madre (3), demencia: madre (1). Hijos: hiperactivos (9), nacimiento de gemelos y dos hijos más muy seguidos (1), mal comportamiento de sus hijos (2). Enfermedades de las pacientes: E. Crohn (2), asma severa (1) polio (1), apnea del sueño (1).

Conclusión: En las pacientes con Fibromialgia se objetivan vivencias trágicas y un suceso vital impactante en relación temporal con el comienzo del dolor generalizado, posiblemente el desencadenante de la enfermedad.

102

PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN TIROIDEA EN MUJERES CON SÍNDROME FIBROMIÁLGICO

J. Rodríguez Espinosa, C. Díaz López, C. Geli Ferrer, J.M. de Llobet Zubiaga y A. Rodríguez de la Serna
Hospital Sant Pau. Barcelona.

Fundamento y objetivo: La fibromialgia (FM), por su prevalencia, morbilidad y tasa de frecuentación, representa un problema de salud y genera un elevado consumo de recursos sanitarios. La medida de tirotrópina en el suero se recomienda como prueba complementaria de primer nivel para descartar hipotiroidismo como anomalía simuladora de la enfermedad. El objetivo fue analizar, en mujeres con FM, la prevalencia de disfunción tiroidea (DT), la frecuencia de solicitud analítica de tirotrópina, el efecto del tratamiento con levotiroxina y si se justifica o no el escrutinio de DT.

Sujetos y método: Estudio descriptivo transversal. Desde enero de 2001 a octubre de 2004 se estudió a 400 mujeres consecutivas con FM y a 384 controles. La medida de tirotrópina se usó como primera prueba para detectar DT.

Resultados: La prevalencia de DT en FM (40/400; 10%, IC95 7 - 13%) no difirió de la de controles (46/384; 12%, IC95 9 - 15%); tampoco al comparar distintos tipos y grados de DT. En FM, la DT fue más prevalente ($p = 0,001$) en portadoras (12%) que en no portadoras (5%) de enfermedad del tejido conectivo. La DT más frecuente fue el hipotiroidismo subclínico (5,5% en FM y 6,7% en controles), y en el 93% de casos nuevos la concentración de TSH fue <10 mUI/L. La FM persistió en todas las hipotiroideas al lograrse el eutiroidismo. En 360 eutiroides con FM se realizaron 870 determinaciones de TSH.

Conclusiones: En mujeres con FM, la prevalencia de DT no difiere de la descrita en la población general, no parece justificarse el escrutinio de DT en no portadoras de enfermedad de riesgo y la demanda analítica es en muchos casos excesiva; el tratamiento del hipotiroidismo no influye en la FM.

103

FIBROMIALGIA: RETRASO EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD

M.P. Fernández Dapica, F. Reyero Pantigoso, M.R. González Crespo, L. González Hombrado, M.C. Herrero Manso y M. Jiménez Muro
Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Objetivo: Conocer la demora en el diagnóstico de Fibromialgia en nuestro medio, con objeto de establecer posibles medidas correctoras encaminadas al diagnóstico precoz para evitar cronicidad y mejorar pronóstico.

Pacientes y métodos: 57 pacientes diagnosticadas de Fibromialgia en el último semestre del 2004 en una consulta de Reumatología de "primeras consultas". Fueron remitidas de Atención Primaria (48) y de Psiquiatría (9). En todos los casos era su primera consulta a Reumatología y no se había hecho previamente el diagnóstico de Fibromialgia. Se les preguntó ¿desde cuando tenían el dolor generalizado?. Se les pasó el cuestionario FIQ de capacidad funcional y calidad de vida de Fibromialgia a 30 de estas pacientes, las vistas en el último trimestre, que van a ser incluidas en un grupo de terapia de educación grupal encaminado a relajación, cambio de hábitos y conocimiento de la enfermedad por ellas y sus médicos de Atención Primaria y Psiquiatras.

Resultados: 57 mujeres, edad al diagnóstico (49 ± 10) y edad de inicio del dolor generalizado ($43,8 \pm 11$). Tiempo de evolución desde la aparición del dolor generalizado 6 años ($5,8 \pm 5,4$). En solo 11 casos (21%) la llegada al reumatólogo fue en el primer año desde el comienzo del dolor generalizado. En las 46 restantes, el retraso en la llegada a Reumatología y en el establecimiento del diagnóstico fue de 7 años ($7,1 \pm 5,4$). El FIQ objetivo que de estas pacientes: 18 (60%) tenían calidad de vida y función en la mitad de lo normal (> 50) y 15 (50%) no se sintieron bien ningún día de la última semana. No faltaron al trabajo ningún día la última semana 11 (36%). Estaban de baja por la enfermedad (5), o en paro (1), reducción de jornada (1) en trámite de incapacidad (3) jubilada a su edad (1) minusvalía por otra enfermedad (3) nunca trabajaron fuera de casa (4).

Conclusión: Evidenciamos importante retraso diagnóstico en las pacientes de Fibromialgia de nuestro medio, a pesar de la mala calidad de vida y función que presentan. Vemos que Atención Primaria y Psiquiatría no hacen el diagnóstico. Nos planteamos programas conjuntos de actuación.

104

FIBROMIALGIA; ¿PARTE DEL ESPECTRO DE DESÓRDENES AFECTIVOS CON CARÁCTER FAMILIAR?

M.P. Fernández Dapica, F. Reyero Pantigoso, M.R. González Crespo, L. González Hombrado, M.C. Herrero Manso y M. Jiménez Muro
Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Introducción: En los pacientes con fibromialgia hay una elevada prevalencia de las formas del llamado espectro de desórdenes afectivos: depresión mayor, bulimia, anorexia, desórdenes obsesi-

vo compulsivos, ataques de pánico y ansiedad, déficit de atención con hiperactividad, cataplejía, migraña y colon irritable. En los parientes de estos pacientes se han descrito también algunos de estos desórdenes: obsesivo compulsivos, depresión mayor y déficit de atención.

Objetivos: Nos planteamos la búsqueda del espectro de desórdenes afectivos en los parientes de un grupo de pacientes con fibromialgia seguidos por nosotros en terapia multidisciplinar.

Pacientes y métodos: Recogida de historia familiar detallada de desórdenes afectivos en treinta pacientes, mujeres, remitidas desde atención primaria (20) y psiquiatría (10), diagnosticadas por nosotros de fibromialgia en el año 2004, siguiendo los criterios del colegio americano de reumatología. Edad (46 ± 9), edad al comienzo del dolor generalizado (41 ± 10) y tiempo de evolución ($5 \pm 4,5$) años.

Resultados: Refieren tener parientes con una enfermedad de dolores generalizados idénticos a los de la paciente 17 familias: la madre en 11, hermanas en 3, padres en 3 y 3 tías maternas de una familia. Fibromialgia la hija de una paciente. Depresión en algún miembro de 13 familias, depresión mayor en 5 de ellas. Crisis de Pánico en 5 familias. Crisis de ansiedad que precisó ingresos madre e hija de una paciente, y la hermana de otra. Fobias en 2 familias. Parientes hiperactivos en 19 familias: hijos 11, madres 2, hermanos 3, sobrinos 3, nietos 1. Piernas inquietas en la hija de una paciente. Migraña en 7 familias. Colon irritable en 1. Asma en 5, E. de Crohn en 3, esclerosis múltiple en 3 familias, Demencia en 1 y Alzheimer en 3. Las pacientes tienen: 2 neurosis obsesivo compulsiva, 7 crisis de pánico y ansiedad, 1 crisis de ansiedad que requirió ingreso, 1 anorexia y 1 apnea del sueño.

Conclusión: Objetivamos en las pacientes de fibromialgia y en sus parientes el espectro de desórdenes afectivos. Nos proponemos hacer el mismo análisis familiar en un grupo con otras enfermedades reumáticas sin fibromialgia. De confirmarse esta hipótesis, podría ser que la fibromialgia fuera uno más de estos desórdenes causados en parte, por una anomalía común, familiar y posiblemente hereditaria, psicológica, afectando al sistema nervioso central, como también otros órganos y sistemas.

105

ACTIVIDAD SEXUAL EN MUJERES CON FIBROMIALGIA Y POSIBLES FACTORES ASOCIADOS

E. Casado, M. Masip, J. Gratacòs, A. Gómez, M.E. Fernández y M. Larrosa

Hospital de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí (UAB).

Introducción: La fibromialgia (FM) es una enfermedad incapacitante que influye negativamente en todos los ámbitos vitales del paciente. Sin embargo la repercusión de esta enfermedad sobre la actividad sexual está poco estudiada.

Objetivo: Evaluar el impacto de la fibromialgia sobre la actividad sexual y compararlo con un grupo de pacientes con artritis reumatoide (AR) y controles sanos. Analizar los posibles factores asociados a la alteración de la actividad sexual en pacientes con FM.

Pacientes y métodos: Se incluyeron de forma consecutiva 31 mujeres con FM (criterios ACR), atendidas en una consulta de reumatología. Controles: 25 mujeres con AR (clase funcional I y II) y 19 mujeres de una consulta de atención primaria, que consultaron por patología banal (controles sanos). De todas las pacientes se recogieron: datos demográficos, grado de dolor mediante escala analógica visual (EAV), cambios en la función sexual, grado de

ansiedad y grado de depresión mediante cuestionarios validados auto-administrados (CSFQ, STAI y Beck, respectivamente).

Resultados: La edad media de los grupos fue similar (FM $49,7 \pm 7,5$; AR $50,6 \pm 10,1$; Control $45,9 \pm 8,5$; $p = ns$). No hubo diferencias significativas entre los tres grupos respecto el estado civil, el tipo de convivencia familiar, ni el nivel de estudios. La mayoría de pacientes con FM y AR no tenían ningún trabajo remunerado (84% y 64% respectivamente) vs. 26% de los controles sanos ($p < 0,0001$). 30/31 pacientes con FM (97%) presentaron una actividad sexual por debajo de la normalidad (<41 puntos del CSFQ) en comparación con 21/25 en AR (84% $p = ns$) y 10/19 en controles sanos (53%, $p = 0,0005$). La puntuación media de actividad sexual fue también inferior en los pacientes con FM en comparación con los pacientes con AR y controles sanos (23 ± 10 , 27 ± 10 y 41 ± 11 respectivamente), aunque sólo con los controles sanos estas diferencias fueron significativas ($p < 0,0001$). En el análisis univariante se encontraron los siguientes factores asociados a la actividad sexual de pacientes con FM: edad ($r = -0,4$, $p = 0,0002$), intensidad del dolor ($r = -0,5$, $p = 0,007$), grado de ansiedad ($r = -0,5$, $p = 0,002$), grado de depresión ($r = -0,6$, $p = 0,0005$), estado civil ($p = 0,036$) y situación laboral ($p = 0,048$). En el análisis multivariante sólo el grado de depresión ($p = 0,012$) se asoció negativamente de forma independiente a la actividad sexual de los pacientes con FM.

Conclusiones: Los pacientes con FM tienen un grave trastorno de la actividad sexual que se asocia especialmente al grado de depresión.

106

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CON FIBROMIALGIA

P. Navarro Alonso, E. Júdez Navarro, M. Salido Olivares, L. Abásolo Alcazar y R.M. Hortal Alonso

CLINISAS. Madrid.

Objetivo: Estudiar que factores mantienen relación directa con los valores del S-FIQ (Versión española del Fibromyalgia Impact Questionnaire) en los pacientes con Fibromialgia (FM), excluyendo los síntomas característicos de la enfermedad.

Pacientes y métodos: Se estudiaron durante un periodo de 3 meses todos los pacientes que acudieron a consulta diagnosticados de FM que cumplían los criterios del ACR (Wolf, 1990). Se realizó visita protocolizada y un cuestionario con 40 ítems (S-FIQ incluido). En el estudio estadístico se utilizó un análisis bivariado y multivariado ajustando por FIQ. Los resultados se expresan como coeficiente.

Resultados: Incluimos 51 mujeres con edad media de 46,6 años (DE 6,8) y un tiempo de evolución de la enfermedad de 3,5 años (DE 0,6). No relacionaron ningún factor previo con el inicio de la sintomatología 24 pacientes (47%), identificaron un trauma emocional 14 (27%), problemas laborales 5 (10%), cirugía previa 4 (9%), traumatismo 3 (6%) e infección 1 (2%). El 36% de las mujeres realizaban algún tipo de ejercicio físico, todas tomaban analgésicos menores y/o AINES, 24/51 tramadol, 44/51 relajantes musculares, 37/51 antidepresivos tricíclicos y 29/51 inhibidores de la recaptación de serotonina. En el último año recibieron tratamiento rehabilitador 41/51, sicoterapia 24/51 y recurrieron a terapias alternativas 17/51. Encontramos 19 pacientes (37%) en situación de incapacidad laboral (IT), 35 (69%) realizaban esfuerzo físico en su actividad laboral y 23 (45%) manifestaban estar satisfechos con el trabajo que realizan. El valor del S-FIQ fue ma-

yor de 50 en 39 casos (76%) y mayor de 70 en 23 (45%). Observamos valores más bajos del S-FIQ en los pacientes satisfechos con su trabajo coef. -13,18 (IC 95% -22,89, -3,46) y en los que practicaban alguna actividad deportiva coef. -13,43 (IC 95% -23,91, -2,94). Encontrarse en situación de IT mantiene una relación directa con valores de S-FIQ más altos, coef. 12,37 (IC 95% 2,51, 22,23). Ni los factores predisponentes, ni los diferentes tratamientos realizados por los pacientes, presentaron datos con significación estadística en relación con los valores del S-FIQ.

Conclusiones: La capacidad funcional de los pacientes con FM es mejor, si practican ejercicio físico y están satisfechos con su actividad laboral, las personas en situación de IT presentan valores de S-FIQ más altos.

107

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

V. de Felipe, B. Castel, J. Vidal, M. Torralba, E. Murias, L. Chamorro, J. Tornero y P. Barbas
Hospital Universitario de Guadalajara.

Introducción: La fibromialgia (FM) es un síndrome crónico de etiología incierta donde los factores emocionales y psicopatológicos pueden ser un elemento fundamental desencadenante pudiendo asimismo contribuir a la perpetuación del dolor. Aunque existe una amplia experiencia en el tratamiento del dolor crónico incapacitante con programas multidisciplinarios y sus beneficios terapéuticos, reflejados en algunos metaanálisis publicados, todavía no se han realizado suficientes estudios en pacientes con FM. Una revisión Cochrane solo encontró siete estudios relevantes, concluyendo que aún no hay suficiente evidencia científica sobre el papel del tratamiento multidisciplinar en la rehabilitación del enfermo con este tipo de trastorno. Dada la prevalencia de esta enfermedad y su importante repercusión individual, familiar y social, sería recomendable la apertura de líneas de investigación básica, clínica y aplicada, en esta enfermedad.

Objetivos: 1. Analizar los factores emocionales y la psicopatología en nuestra muestra de pacientes con FM. 2. Evaluar la presencia de estresores psicosociales y ambientales en la muestra. 3. Evaluar los resultados de un programa específico de intervención psicológica a corto, medio y largo plazo.

Material y métodos: La muestra está formada por pacientes que acuden a la consulta de enlace del Hospital de Guadalajara remitidos y diagnosticados de FM por el Servicio de Reumatología de dicho hospital.

Diseño: Estudio cuasiexperimental de cohorte única, longitudinal y prospectivo. Se realiza una evaluación pre y post psicoterapia, utilizando los siguientes instrumentos: cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI-E, STAI-R), inventario de depresión de BECK (BDI), cuestionario de calidad de vida (NOTTINGHAM), FIBROMYALGIA IMPACT QUESTIONNAIRE (FIQ), Escala Analógico Visual (EVA). Eje IV de la clasificación multiaxial DSM-IV: Problemas psicosociales y ambientales. También se utiliza el test de RORSCHACH, estudiando en éste las constelaciones clásicas: perceptual-cognitivo (PTI), depresión (DEPI), suicidio (S-COM), inhabilidad social (CDI), hipervigilancia (HVI), y estilo obsesivo (OBS). Se utilizó el paquete estadístico SPSS 11.0 para el análisis de los datos. El programa de intervención psicológica incluye 12 sesiones inicialmente, de 90 minutos de duración cada sesión, con una frecuencia semanal, con revisión posterior a los 6 meses (5 nuevas sesiones) y al año del inicio del programa (5 últimas sesiones). Se

presentan los resultados de los 3 primeros meses de tratamiento. Lo novedoso de este programa psicoterapéutico es la integración de estrategias terapéuticas de diferentes orientaciones teóricas: psicoeducación, técnicas cognitivo-conductuales así como un grupo psicoterapéutico de orientación psicoanalítica (técnica de grupo operativo).

Resultados: Se estudiaron 43 pacientes: 87% mujeres, con una edad promedio de 48 años (intervalo intercuartil (IIQ): 41-55 años) y teniendo un 50% de ellos estudios primarios. Un 25% eran trabajadores cualificados aunque sólo el 39% permanecía laboralmente activo. El 85% de los pacientes tenían un diagnóstico psiquiátrico en el eje I (siendo el 36% distimia y el 32% trastorno ansioso-depresivo). El 95% estaba recibiendo tratamiento psicofarmacológico específico (antidepresivos 87%, ansiolíticos: 82% y eutimizantes: 18%). El 60% tomaban antiinflamatorios y un 61% analgésicos. El 34% de los pacientes había recibido tratamiento psicoterapéutico individual (mediana 12 meses IIQ 6-18 meses). En el test de RORSCHACH se observó un índice de depresión del 36%, un índice del trastorno perceptivo y obsesivo y de hipervigilancia del 0%, un índice de inhabilidad social del 64% y una constelación de suicidio del 12%. El 68% de los pacientes valoraron la intervención como muy buena y un 26% como buena. El 50% habían presentado en el año anterior al desarrollo de la enfermedad algún problema psicosocial o ambiental y el 60% lo habían presentado más de dos años antes del desarrollo de la FM. El 30% de los pacientes padecía otra enfermedad reumatológica. Se realizó una comparación de medias para muestras pareadas de las escalas referidas con anterioridad. El STAI-R antes y después de la psicoterapia fue de: 36,88 y 33,58 puntos ($p = 0,063$); STAI-E: 34,5 y 31,4 ($p = 0,14$); BECK: 19,65 y 17,45 ($p = 0,003$); EVA: 7,77 y 7,23 ($p = 0,088$); FIQ total: 61,15 y 60,11 ($p = 0,67$) NOTTINGHAM: 46,88 Y 43,4 ($P = 0,1$).

Conclusiones: Los pacientes con FM, presentan como elemento común previo al desarrollo de FM la vivencia de situaciones vitales estresantes muy relevantes. El 50% habían presentado en el año anterior al desarrollo de la enfermedad algún problema psicosocial o ambiental y el 60% lo habían presentado más de dos años antes del desarrollo de la FM. Los resultados del Rorschach hablan a favor de la marcada dificultad que tienen estos pacientes para la interrelación en todos los ámbitos y de la presencia de psicopatología en un elevado porcentaje de ellos. Se observa una diferencia estadísticamente significativa tras la intervención grupal en la escala que mide depresión de Beck y una tendencia a la significación estadística en la escala STAI-R. El 98% de estos pacientes califican esta intervención como buena o muy buena.

108

FACTORES RELACIONADOS CON PROCESOS DE IT EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

M. Salido Olivares, E. Júdez Navarro, P. Navarro Alonso, L. Abasolo Alcazar y R.M. Hortal Alonso
CLINISAS. Madrid.

Objetivo: Relacionar variables sociodemográficas y laborales con procesos de Incapacidad laboral Transitoria (IT) en pacientes con Fibromialgia (FM).

Pacientes y métodos: Se incluyeron todos los pacientes con FM que acudieron en los últimos 3 meses a consulta. Se recogieron datos sociodemográficos, clínicos y laborales, y las IT del último año.

Resultados: Se incluyeron 51 pacientes con FM, todos eran mujeres con una media de 46,6 años ($x \pm 6,8$ DE), la mediana al

diagnóstico era de 43 años, con una media de evolución de 62,64 meses. Con respecto al trabajo, 35 realizaban trabajos de esfuerzo (68,63%), sólo el 19,61% tenían reconocida una minusvalía laboral y ninguna concedida la incapacidad laboral. En la actualidad estaban 19 de IT, aunque en el último año 32 pacientes habían tenido una o más IT, la media de duración era de 83,73 días ($x \pm 98$ DE), con una mediana de 45. El 73,68% presentaban una media de días de IT superior a 120. La media en el cuestionario FIQ era de 61,67 ($x \pm 20,54$ DE). De las pacientes con FM e IT el 44% referían un factor desencadenante (FD) previo (4 cirugía, 6 trauma emocional, 3 actividad laboral y 1 infección). El 90% de IT presentaban enfermedades asociadas, el 62,5% insatisfacción laboral, aunque 56,25% estaban satisfechas con su vida. El 30,43% consideran una mejoría laboral la ausencia el esfuerzo físico, el 15,22% la reducción de jornada laboral y 23,91% el cese del estrés laboral. En el estudio bivariado no encontramos asociación entre IT y las características sociodemográficas pero sí existía una tendencia no significativa con profesiones de esfuerzo físico, presencia de FD, respuesta a antidepressivos tricíclicos (ATC) y FIQ elevados. Existe una asociación estadísticamente significativa entre IT y ausencia de respuesta a ISRS. En el estudio multivariado se mantenía esta asociación con una OR de 0,1 (95% IC [0,01-0,75]).

Resultados: La ausencia de respuesta a ISRS se relaciona con procesos de IT en el último año. Parece que existe una tendencia al incremento de IT en profesiones que requieren esfuerzo físico.

109

ASPECTOS SOCIALES Y PSICOLÓGICOS EN PACIENTES CON FIBROMIALGIA

A. Weruaga, J.L. Besteiro, A. Pérea, A. García-Prieto y T. Fernández

Centro Médico de Asturias. Facultad de Psicología de Oviedo.

La fibromialgia, como otras enfermedades crónicas, se ve influenciada por factores biológicos, psicológicos y sociológicos. La presencia de hallazgos radiológicos, analíticos o anatomopatológicos poco esclarecedores en su diagnóstico y su implicación en la esfera afectiva, hacen de ella una entidad compleja en cuanto a su clasificación y tratamiento. Son escasos los datos disponibles que analizan en conjunto y en nuestro medio los diferentes factores que pueden estar implicados en la fisiopatología de este síndrome.

Objetivo: Analizar las características clínicas, datos biológicos y aspectos psicosociales y afectivos que pueden estar relacionados con el síndrome fibromiálgico.

Pacientes y métodos: Estudio comparativo en pacientes diagnosticados de fibromialgia (n: 30) -pertenecientes a la Asociación de Enfermos con Fibromialgia de Asturias- y en controles (n: 10) -con otra patología reumatológica- de los siguientes parámetros: aspectos psicosociales, datos clínicos y analíticos y un test de personalidad (NEO PI-R). También se analizó la calidad de vida con SF-36 y el HAQ. Para el análisis de las variables se aplicaron pruebas χ^2 o de comparación de medias según procediese. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

Resultados: Todos los pacientes analizados fueron mujeres sin observarse diferencias en cuanto a la edad ni al estado civil. El 33% de las pacientes con fibromialgia estaban en situación de incapacidad laboral transitoria sin observarse este hecho en los controles. En el 93,3% de los casos de fibromialgia existía un antecedente desencadenante identificable (enfermedad, traumatismo o experiencia negativa previa) y en el 96,7% un diagnóstico previo de cuadro ansioso-depresivo frente a un 10% y ningún

caso en los controles, respectivamente ($p < 0,0001$). Todos los casos de fibromialgia refirieron alguna alteración del sueño así como una nula respuesta al tratamiento, sin observarse ambos datos en ninguno de los controles. Asimismo, se identificaron antecedentes de migraña y de colon irritable en el 43,3% y en el 30% respectivamente de los pacientes fibromiálgicos, pero en ningún control. En cuanto a los parámetros biológicos analizados, sólo hubo diferencias significativas en las cifras de VSG ($p < 0,001$) entre ambos grupos, sin constatar en las cifras de hemoglobina. Respecto al test de personalidad, sólo hubo diferencias en el aspecto de neuroticismo, que resultó mayor ($p < 0,001$) en el grupo con fibromialgia (69 ± 1) con respecto a los controles (55 ± 3). La puntuación en la escala de percepción del dolor fue más alta ($p < 0,0001$) en los casos de fibromialgia ($7,6 \pm 0,3$) que en los controles ($3,8 \pm 0,5$).

Conclusiones: Estos datos constatan la importancia de los factores psicológicos, de las experiencias traumáticas desencadenantes o de la percepción de sueño no reparador en los pacientes diagnosticados de fibromialgia. La identificación de estos factores es necesaria y contribuiría a un abordaje más completo y eficaz.

110

FIBROMIALGIA: ¿QUÉ OPINAN LAS PACIENTES?

E. Júdez, M. Salido, P. Navarro y L. Abásolo

Departamento de Reumatología Clínica SAS. Madrid.

Introducción: la Fibromialgia (FM) es una enfermedad prevalente. Los pacientes con FM suponen un porcentaje nada despreciable del total de las consultas de reumatología. Los resultados obtenidos en el manejo de dichos pacientes resultan, con frecuencia, decepcionantes.

Objetivo: Analizar las características sociodemográficas, clínicas y laborales de los pacientes con FM. Reflejar las percepciones que los propios pacientes tienen sobre su enfermedad.

Pacientes y métodos: Estudio transversal que incluyó 51 pacientes (todas mujeres, mediana de edad 47 [41-51] años, mediana duración FM 48 [12-96] meses) con diagnóstico de FM según criterios de la ACR (Wolf, 1990) vistos en consultas de reumatología durante un período de 3 meses (Noviembre 04-Enero 01). Visita protocolizada que incluyó un cuestionario con 40 ítems (FIQ incluido) rellenado por las pacientes. Se realizó análisis descriptivo de la población con FM

Resultados: la mediana del tiempo evolución desde el diagnóstico era de 24 [12-60] meses si bien el tiempo de evolución de la enfermedad referida por las pacientes era de 48 [12-96] meses. El síntoma principal referido fue el dolor (33%) seguido del cansancio (24%) y la combinación de ambos (12%). El 53% de las pacientes referían algún factor desencadenante fundamentalmente un acontecimiento emocional (27%). En general las pacientes estaban satisfechas con su vida (57%) y un 70% de ellas presentaban alteración de la lívido. Respecto a su trabajo el 45% de las pacientes refería estar satisfecha con el mismo si bien el 62% había estado de IT durante el último año (el 38% lo estaban en el momento de la entrevista) y el 20% había conseguido una adaptación laboral o minusvalía. El 62% de las pacientes eran auxiliares (clínica, cocina, limpieza y lavandería) y el 68% consideraban que su trabajo requería esfuerzo físico laboralmente. 97% de las pacientes era partidaria de modificar las condiciones de trabajo (30% acarrear con menos peso y el 24% reducirle stress laboral). Respecto al tratamiento, un 25% de las pacientes referían intolerancia medicamentosa, un 33% seguían tratamientos alternativos (osteopatía, acupuntura) y casi la mitad había recibido psicoterapia. La re-

habilitación era una práctica generalizada (80%) mientras que tan solo un 12% de las pacientes habían acudido a una U del dolor. La respuesta a analgésicos menores y AINEs era percibida como satisfactoria en más del 75% de las pacientes mientras que el tratamiento con miorrelajantes resultaba satisfactorio para combatir los trastornos del sueño (70%) y no así el dolor o la astenia (< 20%) El porcentaje de pacientes respondedores al tratamiento con ADT e ISRS era variable y nunca superior al 35% excepto el empleo de ATC para los trastornos del sueño y los ISRS para la astenia.

Conclusión: El diagnóstico de FM suele retrasarse varios años. Es frecuente la presencia de factores desencadenantes (trauma emocional) y la alteración de la lívido. Las pacientes refieren estar satisfechas con su vida pero no así con su trabajo, siendo elevado el porcentaje de ellas con IT en el último año así como la necesidad de cambiar sus condiciones laborales. El empleo de terapias alternativas fue considerable y la respuesta frente a tratamientos coadyuvantes como los miorrelajantes, ADT e ISRS era discreta no así frente a analgésicos y AINEs

111

ACUDENSITOMETRÍA EN ARTRITIS REUMATOIDE Y PSORIÁSICA

R. Roselló Pardo, C. Vázquez Galeano, D. Fábregas Canales* y M.V. Arguis Nerón

*Reumatología. Hospital San Jorge, Huesca, *Reumatología, Hospital de Barbastro.*

Durante un periodo de 2 años (set-02 a set-04) se han realizado acudensitometrías a los pacientes diagnosticados de artritis reumatoide y psoriásica. El densitómetro digital acudexa fue cedido por el laboratorio MSD y adjudicado mediante concurso por la SER. Se realizó acudensitometría a 269 de 308 pacientes con AR y a 69 de 80 pacientes con Apso (87,3 y 86,5% respectivamente). En 15 de los pacientes con AR y en 9 con Apso no se pudo realizar por las graves deformidades digitales y en el resto por fallo en el equipo. En la tabla aparece los datos correspondientes a sexo, edad, años evolución de la artritis, menopausia y si ésta fue precoz, corticoides, tratamiento preventivo de osteoporosis, incidencia de fracturas previas, tratamiento osteoporosis tras realización acudexa e incidencia de fracturas hasta dic-04.

	AR mujer	AR varón	Apso mujer	Apso varón
Nº pac y Sexo	202 (75%)	67 (25%)	41 (60%)	28 (40%)
Edad (media)	11 a 93 (61,7)	18 a 83 (64,3)	27 a 89 (55,3)	24 a 79 (64,8)
Acudexa t-sc	-4,5 a 2,5 (-1,1)	-3,8 a 2,7 (-0,5)	-4,6 a 2,8 (-0,2)	-1,1 a 3 (-0,1)
Dexa t-score	-3,11 a -2,05 (-2,61)	-2,21 a -1,6 (-1,9)	-3,97 a 2,5 (-1,90)	-1,9 a 2,7 (0,89)
Menopausia	168 (83%)		30 (73%)	
M. precoz (<45)	42 (25%)		7 (19%)	
Peso /Talla	59/151	72/170	61/153	77/168
Tpo evolución	14 años	6 años	12 años	8 años
Corticoides	93%	89%	51%	45%
Tto prevent. OP	51%	33%	25%	12%
Fract previas	25%	8%	15%	5%
Tto post acudx	85%	62%	35%	20%
Fract post tto	12,5%	5,2%	0%	0%

Conclusiones: 1. La incidencia de osteoporosis, tanto densitométrica (Acudexa y dexa), como incidencia de fracturas es mayor en los pacientes con AR que APso. 2. Dicha diferencia no es debida a diferencias en la edad, sexo, años de evolución, menopausia y otros factores de osteopenia. 3. Bajo nivel de tratamiento preventivo de osteoporosis. 4. Disminución en la incidencia de fracturas osteoporóticas tras la instauración de tratamiento.

112

VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS, TIPO DE TRABAJO Y ACTIVIDADES FÍSICAS ASOCIADAS A DENSIDAD MINERAL ÓSEA DE SUJETOS SANOS

A. Romero Pérez*, A. Rivas**, M. Mariscal**, M. Jiménez**, M. Lozano***, I. Chiroso**, G. López***, B. Feriche***, F. Olea Serrano**

Reumatólogo H.G.B Baza, **Dpt. Nutrición y Bromatología. Universidad de Granada, *Dpt. Educación Física y Deportiva. Universidad de Granada.*

Introducción: La masa mineral ósea es un parámetro dinámico bajo la influencia de múltiples factores, entre los que destacan: factores genéticos, nutricionales, hormonales, influencia de tóxicos y fármacos y nivel de actividad física.

Objetivo: Establecer relación entre variables antropométricas, niveles y tipos de actividad y densidad mineral ósea (DMO).

Metodología: Selección de 60 sujetos voluntarios sanos de ambos sexos con edades comprendidas entre 30 y 65 años; a los que se les realizó: densitometrías del calcáneo PIXI (por absorciómetro dual de rayos x), medidas antropométricas que incluyen (talla, peso corporal, índice de masa corporal (IMC), masa magra corporal (MMC), circunferencia de abdomen (CA), brazo (CB), muslo (CM); pliegues grasos tricipital (PGT), bicipital, subescapular, abdominal, cuadriceps (PGC); y determinación de áreas magra de brazo (AMB) y de muslo (AMM)) y encuesta de actividades físicas que incluye: [profesión categorizada según gasto calórico (GC), frecuencia semanal de práctica deportiva, tipo de actividad, tiempo desarrollando (actividad deportiva, caminando diariamente, realizando tareas domésticas, permaneciendo en recinto cerrado, viendo tv.) y horas de sueño]. El tratamiento estadístico se realizó utilizando el programa SPSS versión 12.0.

Resultados: Valores promedio: peso (65Kg), talla (162,1cm), DMO (0,51 gr/cm³). Variables antropométricas con asociación significativa (valor de p < 0,05): CB [c: 329, p < 0,012], CM [c: 326, p < 0,015], Talla [c: 0,305, p < 0,021], PGT [c: -303, p < 0,022], IMC [c: 0,301, p < 0,023], PGM [c: 0,288, p < 0,034]. Correlaciones muy significativas (p < 0,01): MMC [c: 0,566, p < 0,001], peso [0,454, p < 0,001], AMB [c: 0,425, p < 0,001], CA [0,382, p < 0,003] y AMM [c: 0,369, p < 0,006]. Correlaciones: [profesión (χ^2 7,48, p 0,82), fr. deporte (χ^2 4,482, p 0,24), tipo deporte (χ^2 1,88, p 0,93), tiempo deporte (χ^2 4,123, p 0,613), t. caminando (χ^2 8,14, p 0,22), t. tareas domést. (χ^2 11,22, p 0,23), t. recintos (χ^2 3,43, p 0,51), t. viendo tv (χ^2 2,54, p 0,864), horas sueño (χ^2 8,94, p 0,05).

Conclusiones: 1. Existe una fuerte asociación positiva (p < 0,001) entre DMO, peso corporal, masa magra corporal, área muscular del brazo, área magra del muslo y circunferencia abdominal; existe igualmente correlación significativa positiva (p < 0,05) para talla, IMC, circunferencia de brazo y muslo; siendo negativa para los pliegues grasos tricipital y en muslo. 2. Las variables antropométricas musculares se correlacionan mejor con DMO, con respecto al resto de variables comparadas. 3. La DMO parece relacionarse de forma directa con el compartimento muscular e inversamente con el compartimento graso. 4. Cuantificar valores antropométricos musculares en un individuo podría orientarnos sobre el estadio de su DMO. 5. No hemos encontrado asociación significativa entre variables relacionadas con grado y tipo de actividad física y valores de DMO, exceptuando el factor (horas de sueño); quizá el reducido tamaño muestral impidió poner de manifiesto diferencias o asociaciones entre las diversas variables.

CAMBIOS SECULARES EN LA ENFERMEDAD ÓSEA DE PAGET EN NUESTRA ÁREA

A. Conesa Mateos, D. Rotés Sala, J.M. Manresa*, M.P. Lisbona, L. Pérez Edo y J. Carbonell Abelló

Servicio de Reumatología del I.M.A.S. Hospitales Universitarios del Mar y Esperanza. Barcelona. *Departamento de Estadística. IMIM. Barcelona.

Introducción: Estudios recientes en determinadas áreas geográficas parecen denotar cambios seculares en cuanto a la severidad, localización y edad de presentación de la enfermedad ósea de Paget (EOP)¹⁻⁷. No se disponen de estudios en nuestra área geográfica que evalúen esta tendencia.

Objetivos: Describir en los pacientes afectados de EOP diferencias en cuanto a la severidad y edad del diagnóstico en las últimas tres décadas. Evaluar el efecto o influencia del género en dichos cambios seculares.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes procedentes del dispensario monográfico de EOP del servicio de reumatología del I.M.A.S (Hospital del Mar y Esperanza), en seguimiento desde enero de 1970 a diciembre de 2004. En la revisión se recogieron las siguientes variables: sexo, edad del diagnóstico, número de localizaciones, distribución gammagráfica (monostótico / polioestótico) y como marcador de remodelado óseo la fosfatasa alcalina total sérica (FAT). El análisis estadístico se realizó mediante paquete SPSS para Windows (v12).

Resultados: Se incluyeron un total de 338 pacientes afectados de EOP (53% mujeres/47% hombres), con edades comprendidas entre 30 y 91 años, siendo la edad media de diagnóstico $62,8 \pm 1,73$ y niveles séricos medios de FAT de 554 UI. La distribución gammagráfica mostró un descenso de los casos polioestóticos y un aumento de los monostóticos en las tres décadas de seguimiento ($p = 0,005$). Existe una correlación lineal inversa entre el año del diagnóstico de EOP y los niveles de FAT ($p = 0,003$). El número de localizaciones mostró similar distribución al correlacionarlo con la edad de diagnóstico ($p = 0,005$). (Tabla 1).

Tabla 1. Correlación entre el año de diagnóstico de la EOP con los niveles medios de fosfatasa alcalina total sérica (FAT) y el número de localizaciones

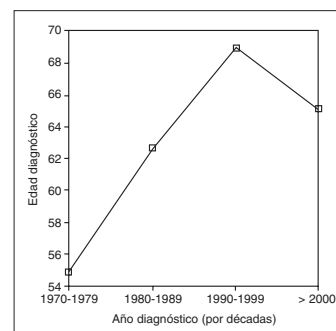
Año diagnóstico (décadas)	FAT (rango medio)	p	Número localizaciones (rango medio)	p
1970-79	197,74	0,003	198,82	0,005
1980-89	154,89		152,45	
1990-99	132,24		141,62	
≥ 2000	124,47		116,92	

Los datos estandarizados por género muestran una correlación lineal inversa entre el año del diagnóstico de la EOP y los niveles de fosfatasa alcalinas séricas totales ($p = 0,000$) en la mujer. Similares resultados se evidencian con el número de localizaciones

Tabla 2. Distribución por géneros: sexo femenino/masculino

Género	Año diagnóstico (décadas)	FAT (rango promedio)	P	Número de localizaciones (rango promedio)	P
Mujer	1970-79	113,08	0,000	117,13	0,001
	1980-89	86,87		78,73	
	1990-99	69,86		75,15	
	≥ 2000	49,21		48,36	
Hombre	1970-79	79,59	0,628	76,79	0,231
	1980-89	62,12		73,26	
	1990-99	63,17		67,73	
	≥ 2000	71,84		63,74	

($p = 0,001$), en cuanto al sexo femenino (tabla 2). Los casos polioestóticos muestran un descenso y los monostóticos aumentan sin significación estadística en el grupo masculino ($p = 0,371$). La distribución de la edad media en el momento del diagnóstico fue $54,8 \pm 2,66$ [1970-79], $62,6 \pm 1,23$ [1980-89], $68,9 \pm 0,9$ [1990-99], $65,0$



$\pm 2,07$ [>2000], con una tendencia inicialmente ascendente en las primeras dos décadas y un descenso en los diez últimos años. No hallándose diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. (Figura 1).

Conclusiones: Los resultados evidenciados en nuestra serie, sugieren que los pacientes afectados de EOP presentan en la última década una disminución en la actividad biológica, una menor extensión de la enfermedad, una mayor edad al diagnóstico. En cuanto a la distribución por género, se observado que únicamente en el grupo femenino se constata la persistencia de los cambios seculares evidenciados en la población general, en cuanto a los niveles de FAT, número de localizaciones y distribución gammagráfica. No hallándose significación estadística en el grupo masculino. Por lo que podemos concluir, ante nuestros resultados, que en el momento de diagnóstico de EOP, la expresión de la enfermedad es menos severa y acontece de forma más tardía.

Bibliografía:

1. Cundy T et al. Evidence for Secular Change in Paget's Disease. Bone 1997;20:67-71.
2. Doyle T et al. Paget's Disease in New Zealand: Evidence for Declining Prevalence. Bone 2002;31:616-619.
3. Rapado A et al. Patterns of Diagnosis of Paget's Disease in Spain. J Bone Miner Res 1999;14:96-98.
4. Cooper C et al. The Epidemiology of Paget's Disease in Britain: Is the Prevalence Dcreasing?. J Bone Miner Res 1999;14:192-197.
5. Cundy T et al. Paget's Disease in New Zealand: Is it Changing?. Bone 1999;24:7S-9S.
6. John P Walsh. Paget's disease of bone. MJA. 2004;181:262-265.
7. CYRUS COOPER et al. The Epidemiology of Paget's Disease in Britain: Is the Prevalence Dcreasing?. J Bone Miner Res 1999;14:192-197.