

18 Congreso de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid

Madrid, 11 y 12 de diciembre de 2014



Actividad acreditada con 1,4 créditos por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid, Sistema Nacional de Salud

Sumario

Comité Editorial

pág. 03

Editorial

pág. 04

Comunicaciones Orales 2014

pág. 06

Pósters 2014

pág. 13

Premios Armando Laffon
Artículos Publicados en 2013

pág. 37

Índice de Autores

pág. 40

La propiedad intelectual de esta obra corresponde a sus autores y debe ser respetada.

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier procedimiento (ya sea gráfico, electrónico, óptico, químico, mecánico, magnético, fotocopia, etc.) y el almacenamiento o transmisión de sus contenidos en soportes magnéticos, sonoros, visuales, o de cualquier otro tipo sin permiso expreso de los autores.

- © **Edita:** Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM)
- © **Para el conjunto de la obra:** Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid
- © **Para cada texto:** Sus respectivos autores
- © **Fotografía de portada:** Alberto Díaz Oca

ISBN: 978-84-616-1942-9

ISSN: 1887-2816

Maquetación e impresión: mpm **martinco**
C/ Narvárez, 67 - 28009 Madrid
91 504 16 48

Comité Editorial

Junta Directiva de la SORCOM:

- **Presidenta:** Ana Cruz Valenciano
- **Presidenta Electa:** Ana Perez Gómez
- **Vicepresidenta:** Mercedes Jiménez Palop
- **Secretaria General:** Cristina Lajas Petisco
- **Tesorero:** Eugenio de Miguel Mendieta

Vocales:

- Pilar Aguado Acín
- Javier Bachiller Corral
- Alberto Díaz Oca
- A. Javier García González
- Jacqueline Usón Jaeger
- Enrique Calvo Aranda
- Teresa Navío Marco
- Alejandro Prada Ojeda
- Luis Rodríguez Rodríguez
- Marta Valero Expósito

Editorial

La Sociedad de hoy

En estos tiempos que estamos viviendo con multitud de noticias relacionadas con la corrupción cada vez se reclama socialmente más transparencia y honestidad. En SORCOM, nuestra sociedad, vamos a presentar para su aprobación en la asamblea general del XVIII congreso, el nuevo marco ético de actuación. Desde hace años es una preocupación como sociedad científica el mantener la independencia a la hora de planificar nuestras actividades. Esta inquietud viene de lejos y ya en el 2006 se presentaron las “Recomendaciones sobre declaración de intereses en actividades científicas”, en ellas se instaba a todos aquellos médicos responsables de la difusión de información científica como ponentes en congresos, miembros de juntas, comités o grupos de consensos, que realizasen una declaración de conflicto de intereses de los últimos 5 años. Fuimos, desde entonces, una de las primeras sociedades científicas en España que implantó como norma la exposición al inicio de las ponencias de la declaración de intereses por parte de los ponentes. Los tiempos han cambiado y ahora a nadie le extraña esta actitud en actividades científicas y cada vez las actividades científicas son eso, más científicas, habiendo desaparecido actividades que no tengan este fin. Estos cambios hacia un mayor rigor ético y la transparencia son los que ahora se están pidiendo en otros ámbitos sociales. En SORCOM, este año hemos ido un paso más allá, desarrollando todo un Marco Ético de actuación para nuestra sociedad y marcando un camino hacia una mayor independencia y transparencia en nuestras actuaciones. Ciertos valores éticos son imprescindibles para generar y afianzar la confianza institucional. Actuar de forma responsable con estos principios de independencia, legalidad, dignidad, veracidad, así como con compromiso cívico y de justicia distributiva, con diálogo nos ayudaran alcanzar nuestro objetivo.

Una vez más somos una sociedad pionera en el cambio al adoptar en nuestra práctica, normas para un comportamiento ético y de transparencia. Por primera vez, hemos publicado la declaración de conflicto de interés de los miembros de la junta directiva, que están en nuestra página web, a disposición de todos nuestros socios. La sociedad hoy pide a sus responsables y dirigentes, cada vez más, que den cuenta de sus actividades y en este camino nosotros, SORCOM, somos una sociedad que ya lleva un buen trecho adelantado.

Por otro lado, la austeridad también está entrando en todos los ámbitos de la vida cotidiana y no puede ser menos en las sociedades médicas. Se impone una política de limitación del gasto, ya que los ingresos se están reduciendo progresivamente. Cada vez es más difícil alcanzar el nivel de ingresos para sufragar los gastos que genera la organización de un congreso tradicional. La pregunta que nos debemos hacer es si podemos mantener el mismo nivel científico que veníamos teniendo, e incluso mejorarlo, con menos ingresos. Yo creo francamente que sí. Sin embargo, con este convencimiento deberíamos hacernos una pregunta, ¿son realmente imprescindibles algunos de los gastos que hasta ahora hemos hecho? El objetivo que busca una sociedad como la nuestra es la mejora continua de los profesionales de la reumatología de la Comunidad de Madrid, fomentando y difundiendo el conocimiento de las enfermedades reumáticas en beneficio de los pacientes. Es probable que en un futuro no lejano tengamos que prescindir de ciertos gastos para poder mantener eventos científicos de calidad suficiente. Este año solo hemos prescindido de las carteras en nuestro congreso, pero es posible que en un futuro tengamos que recortar en otros gastos.

Uno de los principales valores de esta sociedad son sus socios. Los reumatólogos madrileños participan de forma activa en las actividades que se organizan desde SORCOM, tanto en nuestro congreso como en otras actividades. A pesar de los tiempos que nos han tocado hemos logrado mantener todos nuestros talleres para residentes y hemos ampliado la oferta con algunos temas más. También hemos avalado actividades realizadas por algunos socios, y apoyamos los proyectos de colaboración multicéntrico, algunos ya en marcha y algunos en proyecto. El gran esfuerzo de algunos de nuestros socios, mayoritariamente altruista, es el que mantiene las actividades que realizamos y que hace que, año tras año, nuestros residentes reciban una formación homogénea y de calidad y en un ambiente de colaboración estrecha entre todos los servicios y reumatólogos de esta Comunidad. Este capital humano es de grandísimo valor en estos tiempos de crisis. Este es un capital que no se puede recortar, lo hemos venido cultivando y ganando en los 23 años de SORCOM. Me siento muy orgullosa de teneros como compañeros a todos los reumatólogos de la Comunidad de Madrid y muy especialmente a los miembros de las diferentes juntas de la sociedad a lo largo de los años y solo por eso compensa el trabajo que lleva esta presidencia para mantener y si podemos mejorar esta sociedad de todos que es SORCOM.



Ana Cruz Valenciano

Presidenta de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid

Comunicaciones orales

Comunicación 01

ALTA PREVALENCIA DE ENTESOPATÍA Y SINOVITIS ECOGRÁFICA SUBCLÍNICA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL (EII)

E Vicente¹, S Pérez², M Chaparro³, F Rodríguez-Salvanés⁴, L Vega⁴, E Patiño¹, L Merino¹, I Llorente¹, S Castañeda¹, J Pérez Gisbert⁵.

Servicios de Reumatología¹, Aparato Digestivo³ y Unidad de Investigación⁴, Hospital de La Princesa, IIS-IP, Madrid. Servicio de Reumatología², Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivos: Evaluar la presencia de entesitis y sinovitis con ecografía con power Doppler (PD) en pacientes con EII sin clínica músculo-esquelética e investigar su correlación con las características de la EII.

Métodos: Estudio transversal con reclutamiento prospectivo de pacientes con EII atendidos por Digestivo durante 2013. Se realizaron evaluaciones digestivas, reumatológicas y ecográficas, ciegas entre sí. Se recogieron datos demográficos, comorbilidades, características de la EII y los índices BASFI, BASDAI y HAQ. La evaluación ecográfica en escala de grises (EG) y con PD, mediante ecógrafo LOGIQ7 (General Electric) y transductor lineal de 12 MHz, incluyó las 12 entesis del índice MASEI y 44 articulaciones. La sinovitis se valoró de forma binaria y semicuantitativa. Análisis estadístico: Las variables continuas se expresan como media±DE o rango y las categóricas como número de casos (%). Las asociaciones entre las variables US y clínicas se evaluaron mediante la prueba de la t de Student y de Mann-Whitney para las variables continuas y la prueba de χ^2 para las categóricas. También se analizaron las correlaciones de Pearson y Spearman. La concordancia intraobservador de la ecografía se estimó en todas las imágenes obtenidas. La significación estadística se estableció para $p < 0,05$ (Stata v.10).

Resultados: Se han incluido hasta el momento 23 EII (56,5% varones): 9 Cröhn y 14 colitis ulcerosa. Edad 42 ± 12 años, tiempo de evolución 9 años (rango: 0,1-33), CDAI 28 ± 21 , índice de Mayo $0,4 \pm 1$, terapia con DMARD en el 91,3% durante $5,5 \pm 5,3$ años, VSG $12 \pm 8,8$ y PCR $0,12 \pm 0,14$. El 95,7% tenía un MASEI positivo, con valor medio de $35,2 \pm 9,5$. Se encontraron alteraciones en EG en ≥ 1 entesis en todos los pacientes. La señal PD en entesis fue positiva en el 52,2% de los pacientes. Se observó derrame articular e hipertrofia sinovial leve-moderada en EG en ≥ 1 articulación en el 91,3% y 100%, respectivamente. El 47,8% de los pacientes tenía señal PD sinovial leve o moderada. No se encontró asociación entre las variables ecográficas y las clínico-analíticas, lo que pudiera estar en relación con el pequeño tamaño muestral. La concordancia intraobservador fue alta (0,8).

Conclusiones: La entesopatía y la sinovitis ecográfica subclínica es frecuente en los pacientes con EII, con independencia de la actividad, el tiempo de evolución y el subtipo clínico. Su capacidad para predecir la afectación músculo-esquelética clínica debe ser investigada en estudios longitudinales prospectivos.

Comunicación 02

OPTIMIZACIÓN EN TRES ANTI-TNF EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

A. Gómez, L. León, C. Lajas, L. Arietti, D. Freites, JL. Fernández, E. Pato, C. Martínez, P. Macarrón, J. Jover, L. Abásolo. Hospital Clínico San Carlos, Madrid. C/Profesor Martín Lagos, S/N, 28040 Madrid.

Objetivos: describir y comparar las pautas de optimización de los agentes biológicos (AB) en la práctica clínica: etanercept (ETN), adalimumab (ADA), infliximab (IFX), rituximab (RTX), otros antiTNF (certolizumab, glimumab) y otros AB (abatacept, tocilizumab) en una extensa cohorte de pacientes con artritis reumatoide (AR).

Métodos: estudio observacional retrospectivo con pacientes con AR atendidos en consultas externas de nuestro centro, en tratamiento con AB entre el 31/12/99 y el 15/11/13. Se consideró optimización o reducción al descenso de un 15% de la dosis durante al menos 4 veces el período recomendado entre ellas. La Incidencia se estimó utilizando técnicas de supervivencia, expresados en 1000 pacientes año con sus intervalos de confianza. Se utilizaron modelos de regresión de Cox (ajustado por edad, género, tiempo calendario y AB previo) para comparar los ABs (Resultados en HR (IC 95%)).

Resultados: 433 pacientes y 752 cursos de tratamiento con AB diferentes, con un seguimiento de 1,808 pacientes-año. El fármaco más utilizado fue el ADA (33%) seguido de ETN (25%), IFX (19%) y RTX (14%). Se registraron 146 reducciones de dosis (19,5%) con una incidencia de 8,1 (6,8-9,5) debido a mejoría clínica (97%) y a infecciones (3%). La incidencia aumentó con el tiempo (pre-2003: 3,8, 2004-2008: 7,8 y post-2009: 12,2 $p < 0,005$). El HR para reducción de dosis en ADA, ETN y RTX comparado con IFX fue 1,56 (1,01-2,4), 1,5 (0,9-2,4) y 0,6 (0,3-1,4). El HR para reducción de dosis en ADA, ETN comparado con RTX fue de 2,3 (1,2-4,5) y 2,2 (1,2-4,3). No hubo diferencias para ADA comparado con ETN. El hecho de haber utilizado

AB previos disminuía la probabilidad de optimización (HR: 0.5, (0.4-0.7)). Tras la reducción de dosis, el fármaco fue suspendido o reintroducido en las dosis recomendadas en un 36% (78% por recaídas), en ADA (33%), ETN (36%), IFX (68%) y otros anti-TNFs (25%), RTX (0%). La Incidencia para recaídas se estimó en 6.3 (4.6-8.6) y la mediana de tiempo desde comienzo de optimización de dosis del AB hasta las recaídas fue de 0.8 [0.4-1.9] años. 75% de los pacientes que recayeron tras optimizar, respondieron a la reinstauración de las dosis recomendadas, el resto de ellos cambiaron a otro AB.

Conclusiones: la incidencia de optimización del tratamiento fue de 8% pacientes-año, aumentando en periodos más recientes. De estos pacientes, el 36% suspendió tratamiento o se reintrodujo a las dosis recomendadas debido principalmente a recidivas de la enfermedad. La optimización de dosis fue similar entre ADA y ETN, y significativamente más baja para IFX y RTX. EL uso de AB previos disminuye la probabilidad de optimizar el AB actual. Las implicaciones clínicas y económicas potenciales de las distintas pautas deberán ser evaluadas más adelante.

Comunicación 03

ESTUDIO DESCRIPTIVO DEL REGISTRO MULTICÉNTRICO DE MIOPATÍAS INFLAMATORIAS EN LA COMUNIDAD DE MADRID (REMICAM)

Laura Nuño, S.Reumatología, H.U.La Paz, Pº Castellana, 261 (Madrid). Francisco Javier López-Longo, S.Reumatología, H.G.U. Gregorio Marañón, c/Doctor Esquerdo 46 (Madrid). Paloma García-De la Peña, S.Reumatología, H.U.Madrid Norte Sanchinarro, c/Oña 10 (Madrid). Henry Moruno, S.Enfermedades del Sistema Inmune-Reumatología, H.U.Príncipe de Asturias, Ctra. Alcalá-Meco s/n (Alcalá de H.). Irene Llorente, S.Reumatología, H.U.La Princesa, c/Diego León 62 (Madrid). Carmen Larena, S.Reumatología, H.U.Ramón y Cajal, Ctra.Colmenar Viejo km 9,1 (Madrid). María Carmen Barbadillo, S.Reumatología, H.U.Puerta de Hierro, C/Manuel de Falla 1 (Majadahonda). Tatiana Cobo, S.Reumatología, H.U.Infanta Sofía, Pº Europa 34 (S.Sebastián de los Reyes). Raquel Almodóvar, U.Reumatología, H.U.Fundación Alcorcón, C/Valdelaguna 1 (Alcorcón). Leticia Lojo, S.Reumatología, H.Infanta Leonor, Av.Gran Vía del Este 80 (Madrid). Lucía Ruiz, U.Reumatología Pediátrica, H.Infantil Niño Jesús, Av.Menéndez Pelayo 65 (Madrid). Beatriz Joven, S. de Reumatología, H.U. Doce de Octubre. Av.Córdoba s/n (Madrid).

Objetivos: Analizar las características clínicas y la supervivencia de una serie de pacientes con miopatía inflamatoria idiopática (MII) en servicios de Reumatología de la Comunidad de Madrid.

Métodos: Estudio descriptivo longitudinal retrospectivo multicéntrico de una cohorte de pacientes con diagnóstico de MII entre Enero de 1980 y Octubre de 2014.

Resultados: Se han incluido 311 pacientes seguidos en 12 centros hospitalarios con un 9.6% de pérdidas. El 76% de los casos eran mujeres, con una edad al diagnóstico de 42.4 ± 24.1 años, y una media de seguimiento de 7.8 ± 10.9 años. La formas más frecuentes de clasificación fueron las miopatías primarias (48.4%) y las miopatías asociadas a otras conectivopatías (24.2%). Entre las manifestaciones clínicas extramusculares destacan la presencia de manifestaciones cutáneas (65.6%), articulares (63.7%) y hematológicas (37%). Fallecieron 62 pacientes del total de la serie (22.1%), principalmente secundario a infecciones (29.5%) y eventos cardiovasculares (19.7%). Hubo una mayor mortalidad en el síndrome de solapamiento (39.3%) y en las miopatías primarias (26.2%).

Conclusiones: En el registro REMICAM se han reclutado 311 casos de miopatías, con predominio de afectación en mujeres, y miopatías primarias. Fallecieron el 22.1% de los pacientes, principalmente secundario a infecciones y eventos cardiovasculares.

Comunicación 04

DEPLECIÓN DE CÉLULAS B EN SUBPOBLACIONES DE LINFOCITOS DE SANGRE PERIFÉRICA POR RITUXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

López-López J., Merino Meléndez L., Llorente Cubas I., Castañeda Sanz S., Herrera F.S.J., Velasco T., Alvaro-Gracia JM, Vega L., Rodríguez F., García-Vicuña R., González-Álvaro I., Muñoz-Calleja C. Servicios de Inmunología y Reumatología, H. U. de la Princesa, IIS-IP, C/Diego de León 62, 28006-Madrid

Introducción: La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad crónica inflamatoria multisistémica. Rituximab (RTX) es un anticuerpo monoclonal anti CD20 que induce depleción de células B y ha sido usado con éxito en la AR. A pesar de esto, no se sabe aún cómo modifica las subpoblaciones linfocitarias.

Objetivos: Identificar cómo RTX modifica las subpoblaciones linfocitarias en pacientes con AR.

Métodos: Se estudiaron 62 pacientes con AR activa en tratamiento con RTX y con fallo previo a otros FAMES. Los pacientes se dividieron entre los que eran naïve para el tratamiento con RTX (RTXN n=21) y los que ya habían recibido como mínimo

un ciclo anterior con RTX (RTXS n=41). Se analizaron subpoblaciones linfocitarias en muestras de sangre periférica de pacientes RTXN y RTXS en diferentes momentos: antes de la primera infusión de RTX (basal) y a los 3, 6 y 8 meses de ella (T3, T6 y T8). Se estudiaron diferentes combinaciones de moléculas y calculamos el porcentaje de las subpoblaciones de células T y B en cada visita. ANOVA fue el test usado para estudiar las diferencias entre los grupos.

Resultados: Hubo diferencias basales en los porcentajes de un número considerable de subconjuntos de células B, con un descenso de las de memoria y un aumento de las foliculares. También se detectó un aumento de CD38+, CD24+, CD10+B en los RTXS. Respecto a las células T, sólo se observó un descenso significativo de las células Th17 y de las foliculares T helper en los RTXS. Durante el seguimiento, las diferencias en células T apreciadas al inicio disminuyeron, presumiblemente por los efectos del RTX. A nivel de T3, sólo las células T CD4+ y la células T de memoria definidas por la ausencia de CD62L, eran significativamente más bajas en los RTXS. A los 6 meses de haber iniciado el tratamiento, se observó un aumento de las subpoblaciones CD8+CCR6- CXCR6- en los RTXS. A nivel de T8, como algunos pacientes habían repoblado subconjuntos de células B, apreciamos diferencias en ellas y detectamos un descenso de la población CD38-B. También se objetivó un descenso de las células T de memoria efectoras y un aumento del número total de células T en los RTXS.

Conclusión: La depleción de células B por RTX conduce a un cambio en las subpoblaciones de células B (re población) y T periféricas, sugiriendo que las B maduras modulan la homeostasis de las T.

Comunicación 05

ECOGRAFÍA DE ENTESIS EN ESPONDILOARTRITIS PRECOZ: INFLUENCIA DEL SEXO Y DEL HLA B27 SOBRE LA AFECTACIÓN DE LA ENTESIS EN LA ESPONDILOARTRITIS DE INICIO RECIENTE.

Irene Monjo, Concepción Castillo-Gallego, Diana Peiteado, Emilio Martín Mola, Eugenio de Miguel. Hospital Universitario La Paz. Paseo de la Castellana 261. 28046 Madrid, España.

Objetivos: Clásicamente se ha relacionado a la espondilitis anquilosante con la presencia de HLA B27 y con el sexo masculino; ambas variables han sido implicadas también en la progresión radiológica de la enfermedad. En este sentido nos propusimos evaluar la influencia del HLA B27 y el sexo sobre la ecografía de entesis en una consulta de espondiloartritis de reciente comienzo.

Métodos: Estudio prospectivo en pacientes con diagnóstico de espondiloartritis de inicio, y que cumplen criterios de clasificación ASAS. El ecografista era ciego para los datos clínicos. A todos los pacientes se les realizó el índice ecográfico MASEI en la visita basal, a los 6 y a los 12 meses.

Resultados: Se incluyeron 146 pacientes (78 varones y 68 mujeres). EL 53,03% de los varones eran HLA B27 positivo y el 38,30% de las mujeres. Los pacientes varones tuvieron mayor puntuación en el índice MASEI en la visita basal y en la visita a los 12 meses, alcanzando significación estadística tanto en los índices globales como en casi todas las lesiones elementales exploradas, como se muestra en la tabla. Cuando analizamos los pacientes HLA B27 positivo, sólo se encontró significación en el índice global en la visita a los 12 meses y en el grosor en la visita basal y a los 12 meses. Tras el análisis de los datos estimamos que la mayor puntuación en este índice ecográfico estaba condicionada principalmente por el sexo masculino, y que la positividad del HLA B27 probablemente era secundaria a la mayor frecuencia de varones en ese grupo (53,03%).

Visita basal	Varón (Media ± DS)	Mujer(Media±DS)	p	Visita 12 meses	Varón (Media ± DS)	Mujer(Media±DS)	p
MASEI	26,31 (26,31±10,64)	17,59 (17,59±8,92)	<0,001	MASEI	23,65 (23,65±10,07)	16,75 (16,75±8,45)	<0,001
Erosión	3,12 (3,12±3,7)	2,07 (2,07±3,37)	0,077	Erosión	1,84 (1,84±2,99)	1,52 (1,52±2,57)	0,54
Señal doppler	5,41(5,41±6,49)	3,56 (3,56±4,75)	0,05	Señal doppler	2,68 (2,68±4,076)	1,79 (1,79±3,27)	0,2
Bursitis	1,13 (1,13±1,31)	1 (1,00±1,34)	0,56	Bursitis	0,98 (0,98±1,25)	0,93 (0,93±1,33)	0,83
Grosor	1,67 (1,67±1,73)	0,53 (0,53±1,029)	<0,001	Grosor	2,47 (2,47±1,99)	0,98 (0,98±1,39)	<0,001
Calcificación	11,17 (11,17±4,35)	8,03 (8,03±3,75)	<0,001	Calcificación	11,32 (11,32±5,24)	9 (9,00±3,86)	0,009
Alt estructural	4,01 (4,01±2,54)	2,38 (2,38±1,83)	<0,001	Alt estructural	4,35 (4,35±2,18)	2,54 (2,54±2,08)	<0,001

Conclusiones: El ser varón condiciona la afectación de la entesis en las fases iniciales de la espondiloartritis mientras que el HLAB27 parece tener un menor factor patogénico

Comunicación 06

EFFECTO DE LOS ANTICUERPOS ANTIPÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO SOBRE LA MASA ÓSEA SISTÉMICA Y PERIARTICULAR EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ARTRITIS DE INICIO

Irene Llorente, Leticia Merino, Ana M. Ortiz, Eugenio Escolano, Elena García, J. Alberto García-Vadillo, Teresa Velasco, Rosario García de Vicuña, Isidoro González-Álvaro, Santos Castañeda*.
Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de La Princesa, IIS-IP, c/ Diego de León 62; 28006-Madrid.*

Objetivo: Estudiar la relación entre la presencia de anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado (ACPA) y la densidad mineral ósea (DMO) sistémica y periarticular en una cohorte de pacientes con artritis de reciente comienzo (ARC).

Métodos: Estudio prospectivo que incluye pacientes con ARC pertenecientes a la cohorte PEARL (Princesa Early Arthritis Longitudinal). Se recogieron, de forma protocolizada, datos demográficos, clínicos, de laboratorio y de tratamiento, así como los valores de la DMO basal evaluada mediante DXA (Hologic ©QDR-4500) a nivel de columna lumbar (CL), cadera, antebrazo y mano. Se realizó el análisis estadístico ajustando por variables directamente relacionadas con la DMO, como sexo, edad e IMC, mediante modelos lineales generalizados (Stata 12).

Resultados: Se estudiaron 474 pacientes (80% mujeres; 39,6% ACPA positivos). El 56,1% de los pacientes cumplían criterios de artritis reumatoide (AR) de 2010 en la visita basal. El resto de la cohorte incluía artritis indiferenciadas, espondiloartritis, conectivopatías y otros diagnósticos. La edad de inicio de la enfermedad fue de 54 años [rango intercuartílico (RIQ): 43-66]. La mediana de evolución de la enfermedad en la visita basal fue 5 meses [RIQ: 2-8]. La mediana de DAS28 fue de 4,98 [RIQ: 4-6] en los pacientes que cumplían criterios de AR y de 3,6 [RIQ: 3-4] en los que no los cumplían. Así mismo, los datos de HAQ presentaban valores más elevados en pacientes con AR (mediana de 1,125 vs. 0,750 en el grupo no AR). Sin embargo, ninguna de estas dos variables se asoció de forma significativa con la masa ósea basal. Observamos que los pacientes ACPA positivos presentaban menor DMO tanto en CL (coeficiente beta: -0,025; p=0,051) como en cuello femoral (coef. beta: -0,02; p=0,053) y cadera total (coef. beta: -0,017; p=0,1). Esta asociación no se observó en la mano ni en el antebrazo no dominante.

Conclusiones: Los datos de nuestra cohorte están en línea con los descritos por otros autores, según los cuales los ACPA podrían explicar, al menos en parte, la aparición de osteoporosis sistémica en un estadio inicial de la enfermedad. Posteriormente, la pérdida ósea se extendería a zonas más localizadas en relación con la persistencia de la actividad inflamatoria.

Financiación: Red de Inflamación y Enfermedades Reumáticas (RIER, RD12/0009/0017), ISCIII (FIS PI12/01578) y Pfizer, España. * S Castañeda e I González-Álvaro comparten igualmente la dirección de este trabajo.

Comunicación 07

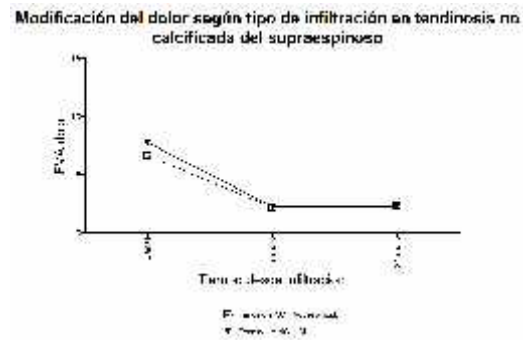
COMPARACION ENTRE EL USO DE INFILTRACIONES DE HOMBRO Y ADMINISTRACION DE CORTICOIDES INTRAMUSCULARES EN EL MANEJO DE TENDINOSIS DEL SUPRAESPINOZO

*Carlos Guillén Astete, Alina Boteanu.
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid*

Objetivo: Comparar el uso de corticoides (CE) administrados a través de infiltraciones convencionales (IC) o intramusculares (IM) en el manejo del síndrome subacromial por afectación del tendón supraespinoso.

Metodo: Estudio observacional basado en la práctica clínica habitual y protocolos de actuación de la consulta de Urgencias Reumatológicas y Musculoesqueléticas (URMES) de nuestro centro. Se incluyeron pacientes con diagnóstico ecográfico de tendinosis calcificante o no calcificante del supraespinoso sin evidencia de rotura de ningún tipo. Todos los pacientes completaron la cartilla de seguimiento del dolor (Escala visual analógica [EVA] de 0 a 10) y acudieron tres semanas más tarde a valoración de una eventual segunda infiltración, fecha en la que se hizo la recogida de información. Se valoró la modificación en la EVA a los 7 y 21 días y se establecieron comparaciones por medio de la prueba de t student y ANOVA. El corticoide utilizado fue Triamcinolona (40mg). Las infiltraciones en hombro se acompañaron de 2ml de Mepivacaina al 2%.

Resultados: 54 pacientes con tendinitis no calcificante y 35 con tendinitis calcificante fueron incluidos. En los pacientes con tendinitis no calcificante se realizó una IC por acceso posterior en 31/54 pacientes y una administración IM en 23/54 pacientes. En los pacientes con tendinitis calcificante se realizó una IC por acceso posterior en 15/35, acceso lateral ecoguiado en 11/35 y administración IM en 9/35. La variación de EVA en el grupo de tendinitis no calcificante no mostró diferencias estadísticas significativas. En el grupo de tendinitis calcificante la variación EVA de los pacientes tratados con infiltración ecoguiada fue significativamente mayor que el resto de técnicas.



Conclusiones: Nuestros resultados confirman estudios previos que demuestran que la administración IM de CE es tan beneficiosa como la IC, sin embargo el beneficio de la administración ecoguiada parece justificar su uso en casos de tendinitis calcificante del tendón supraespinoso.

Comunicación 08

PERFIL CLÍNICO Y SEROLÓGICO DE NIÑOS CON ANTICUERPOS ANTI-SSA-Ro/SSB-La

Ovalles-Bonilla JG, Nieto JC, Martínez-Barrio J, López-Longo FJ, Janta I, Naredo E, González CM, Hinojosa M, Bello N, Serrano B, Mata-Martínez C, González R, Sáenz C, Monteagudo I, Carreño L.
 Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Unidad de Reumatología Pediátrica, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Introducción y Objetivos: Clásicamente se ha descrito la asociación de los anticuerpos anti-SSA/Ro y anti-SSB/La con el Lupus Eritematoso Sistémico (LES), el Síndrome de Sjögren (SS) y otras enfermedades autoinmunes en adultos. Sin embargo la expresión y correlación clínica en pacientes pediátricos está pobremente estudiada. Describir las características clínicas e inmunológicas y las enfermedades reumatológicas primarias asociadas a la expresión de anti-SSA/Ro y anti-SSB/La en niños.

Métodos: Estudio longitudinal observacional en pacientes menores de 18 años con enfermedades reumáticas valorados entre 1986 y el 2010 en un hospital terciario. Se recolectaron datos demográficos, clínicos y de laboratorio y se compararon en base a la positividad para anti-SSA-Ro/SSB-La.

Resultados: Se estudiaron un total de 187 pacientes con un tiempo medio de seguimiento de 11 años. El 77% eran de sexo femenino y la edad media de inicio de la enfermedad fue a los 12.6 años. Un total de 54 (28.9%) pacientes eran positivos para anti-SSA-Ro y/o anti-SSB-La, 13 pacientes eran doble positivos, 51 positivos para anti-SSA/Ro y 3 expresaban exclusivamente anti-SSB-La. La expresión de anti-SSA-Ro/SSB-La se asoció significativamente ($p < 0.05$) a los diagnósticos de LES (88%), Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo (EMTC, 25.6%), SS (24.1%), Artritis Idiopática Juvenil (AIJ 18.2%) y Síndromes de Solapamiento (14%). También se asoció significativamente ($p < 0.05$) a la coexpresión de otros autoanticuerpos como anti-DNA (71%), anti-RNP (48.8%), Factor Reumatoide (39.2%) y anti-Sm (30%). Se encontró una relación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) con las manifestaciones clínicas cutáneas y hematológicas pero no con la afectación de otros sistemas. Tabla 1.

Conclusiones: Hemos observado que existe una clara asociación con el LES como ya se ha demostrado en adultos, pero encontramos una baja proporción de pacientes con diagnóstico de SS lo que sugiere que los clínicos deberían basarse más en la expresión clínica del SS juvenil que en el perfil serológico de la enfermedad o en las pruebas diagnósticas invasivas. La relevancia clínica de la expresión exclusiva de anti-SSB/La en los pacientes pediátricos es incierta.

Referencias: Rheumatol Int (2014) 34:11231127.

PERFIL CLÍNICO Y SEROLÓGICO DE NIÑOS CON ANTICUERPOS ANTI-SSA-Ro/SSB-La			
CARACTERÍSTICAS	Anti Ro/La (+) N=54 (%)	Anti Ro/La (-) N=133 (%)	p
EDAD INICIO AÑOS (DE, rango)	12.6 (4.4, 0-17)	12.4 (4.4, 0-17)	0.76
SEXO FEMENINO	47 (87)	98 (73.7)	0.05
AIJ	8 (18.2)	7 (7.1)	0.05
LES	38 (88.4)	67 (69.8)	0.02
ESCLEROSIS SISTEMICA	4 (9.3)	12 (12.5)	0.56
POLIMIOSITIS	9 (20.9)	16 (16.7)	0.54
EMTC	11 (25.6)	11 (11.5)	0.03
SINDROMES DE SOLAPAMIENTO	6 (14)	3 (3.1)	0.02
SAF SECUNDARIO	4 (9.3)	10 (10)	0.84
SS	13 (24.1)	12 (9.0)	<0.001
ANTICUERPOS			
FR	20 (39.2)	19 (14.5)	<0.001
Anti-DNA	35 (71.4)	58 (51.8)	0.02
Anti-Sm	15 (30)	12 (9.6)	<0.001
Anti-RNP	20 (48.8)	20 (25.0)	<0.001
MANIFESTACIONES CLÍNICAS			
FIEBRE INFLAMATORIA	18 (33)	34 (25.6)	0.28
ARTRALGIAS	39 (72.2)	98 (73.7)	0.84
ARTRITIS	33 (61.1)	71 (53.4)	0.33
RASH MALAR	25 (46.3)	39 (29.3)	0.02
FOTOSENSIBILIDAD	23 (42.6)	36 (27.1)	0.03
PLEURITIS	9 (16.7)	19 (14.3)	0.68
PERICARDITIS	8 (14.8)	15 (11.3)	0.50
ARRITMIAS	3 (5.6)	3 (2.3)	0.25
MANIFESTACIONES RENALES	23 (42.6)	44 (33.1)	0.22
MANIFESTACIONES HEMATOLÓGICAS	40 (74.1)	73 (54.9)	0.01

Comunicación 09

ASOCIACIÓN DE COLITIS MICROSCÓPICA CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES EN UNA SERIE DE 72 CASOS ATENDIDOS EN UN CENTRO ESPAÑOL DE TERCER NIVEL

Llop Vilaltella, M.; Sifuentes Giraldo, W.A.; Bouruncle Alaluna, C.P.; Garrote Corral, S.; Morell Hita, J.L.
Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. Colmenar Viejo km. 9, 100, 28034, Madrid España.

Introducción: La colitis microscópica (CM) es un trastorno inflamatorio del colon caracterizado por diarrea crónica o intermitente con una apariencia endoscópica normal de la mucosa colónica. Su prevalencia se estima en 4 a 13% del total de pacientes con diarrea crónica y afecta generalmente a adultos, con una media de edad al diagnóstico de 60,7 años. Tradicionalmente se divide en 2 subtipos histopatológicos, la colitis linfocítica [CL] (>20 linfocitos intraepiteliales por 100 colonocitos con infiltrado inflamatorio mixto en la lámina propia y arquitectura normal de las criptas) y la colitis colágena [CC] (presencia de una banda colágena engrosada a nivel subepitelial y cambios inflamatorios similares a los de la CL), aunque existe superposición entre ambas hasta en un 26%. Su etiología es desconocida, pero se asocia frecuentemente a enfermedades autoinmunes sistémicas y órgano-específicas, así como a la ingesta de fármacos (AINEs, inhibidores de la bomba de protones, estatinas, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y antiépilepticos).

Objetivos: Analizar las características clínicas y la asociación con enfermedades autoinmunes en pacientes con CM en un hospital español de tercer nivel.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de los casos de CM atendidos en nuestro hospital entre enero 1999 y octubre 2014. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de sus historias clínicas.

Resultados: Se identificaron un total de 72 casos, con una media de edad al diagnóstico de 64,2 años (rango: 15-88) y una relación mujer:hombre de 2,3:1. Dentro de los tipos de CM, 71% correspondieron a CL, 21% a CC y 8% a superposición de ambas. Había antecedente de tabaquismo en 25%, ingesta de fármacos implicados en 33% e infección intestinal previa en 3%. Los síntomas más frecuentes fueron la diarrea (94%), deposiciones nocturnas (17%), urgencia defecatoria (8%), dolor abdominal (47%), pérdida de peso (32%), náuseas (21%), vómitos (14%) y astenia (14%). Las alteraciones analíticas más comunes fueron la anemia (8%) y aumento de VSG y/o PCR (13%). Hubo enfermedad autoinmune asociada en 25% de los casos, siendo los diagnósticos encontrados entre las sistémicas: artritis reumatoide (2), espondilitis anquilosante (1), espondiloartritis indiferenciada (1) y polimialgia reumática (1), y en las órgano-específicas: enfermedad autoinmune tiroidea (7), síndrome poliglandular autoinmune tipo III (1), enfermedad celiaca (2), colangitis autoinmune (1), esclerosis múltiple (1)

y uveítis (1). La frecuencia de enfermedades autoinmunes fue significativamente mayor en la CC respecto a la CL (53% vs. 18%, $p < 0,05$), y precedieron al diagnóstico de CM en 9 casos, coincidieron en 2 y se desarrollaron posteriormente en 7.

Conclusiones: En nuestra serie la cuarta parte de los casos de CM presentaron enfermedades autoinmunes concomitantes, siendo más frecuentes las endocrinopatías, pero también la patología reumatológica inflamatoria, por lo que es importante el conocimiento de esta entidad por los reumatólogos y establecer comunicación con los gastroenterólogos para remitir tempranamente a los pacientes con CM y sospecha de dichas enfermedades.

Comunicación 10

ENFERMEDAD DE KAWASAKI: CARÁCTERÍSTICAS CLÍNICAS, RESPUESTA AL TRATAMIENTO, COMPLICACIONES CORONARIAS Y EVOLUCIÓN EN UNA SERIE DE 26 CASOS

*Redondo Romero, C.; Sifuentes Giraldo, W.A.; Botello Corzo, D.A.; Borja Serrati, J.F.; Gámir Gámir, M.L.
Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. Colmenar Viejo km. 9, 100, 28034, Madrid España.*

Objetivos: Describir el espectro de manifestaciones clínicas y analíticas, respuesta al tratamiento, complicaciones coronarias y evolución de los pacientes con enfermedad de Kawasaki (EK) atendidos en un hospital español de tercer nivel.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los casos de EK ingresados en nuestro hospital durante el período comprendido entre enero 2000 y octubre 2014, obteniéndose los datos a través de la revisión de sus historias clínicas. El análisis se realizó con el software estadístico SPSS 22.0, comparándose las variables continuas por la prueba t de Student (o U de MannWhitney si el número era < 10 o la muestra no tenía distribución normal) y las discretas por la prueba χ^2 de Pearson (o la prueba exacta de Fischer cuando el número en la categoría era < 5).

Resultados: Se incluyeron 26 casos, todos ellos caucásicos, con una media de edad al diagnóstico de 4 años (rango: 0,5-11,9) y relación hombre:mujer de 1,4:1. La mayoría de casos ocurrieron durante los meses de invierno (9) y primavera (9), con antecedente de infección de vías áreas altas previa en 58% y una media de 6,1 días de fiebre antes del diagnóstico (rango: 1-10). La presentación fue típica o completa (≥ 4 criterios de la American Heart Association) en 17 casos (65%), teniendo los pacientes con presentación atípica o incompleta (< 4 criterios) una media de edad menor (1,6 vs. 5,3 años, $p \leq 0,05$). Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la fiebre (100%), mucositis (96%), inyección conjuntival (85%), rash polimorfo (81%), cambios en extremidades (73%), linfadenopatía cervical $> 1,5$ cm (50%), taquicardia (23%), pericarditis (19%), irritabilidad (19%), diarrea (19%) y artralgias (19%). No hubo miocarditis en ningún caso. Se encontró aumento de reactantes de fase aguda (VSG y/o PCR) en 96%, anemia en 31%, leucocitosis en 62%, trombocitosis en 38%, hipertransaminasemia en 26%, hipergammaglobulinemia en 31%, piuria en 15% y microhematuria en 12%. Los valores de hemoglobina fueron significativamente menores en los casos con EK atípica (10,9 vs. 12,4 g/dl, $p \leq 0,05$). Todos los pacientes fueron tratados ácido acetilsalicílico a dosis de 3-5 mg/kg/día e inmunoglobulinas intravenosas (IGIV) a una dosis promedio de 2.0 g/kg, requiriéndose dosis adicionales de IGIV por persistencia de la fiebre en 5 casos y pulsos de metilprednisolona en 1 caso. Se detectaron alteraciones coronarias en 3 pacientes, correspondiendo 2 de ellas a dilataciones y una a ectasia, diagnosticándose todas durante la etapa aguda en niños con EK típica, 2 de los cuales requirieron más de una dosis de IGIV. No se encontró lesiones en la aorta o sus ramas. La evolución de todos los casos, incluyendo aquellos con complicaciones coronarias, fue favorable, sin desarrollo de secuelas a largo plazo ni mortalidad.

Conclusiones: Los pacientes de nuestra serie presentaron con mayor frecuencia EK típica, observándose una tendencia a la aparición de formas atípicas en menores de 5 años similar a la encontrada en otros estudios. El diagnóstico y el inicio del tratamiento se realizaron de forma temprana en la mayoría de casos, por lo que las complicaciones observadas fueron leves e infrecuentes, mejorando notablemente el pronóstico.

Póster 01

PIOMIOSITIS: PRESENTACIÓN DE 26 CASOS ATENDIDOS EN UN HOSPITAL ESPAÑOL DE TERCER NIVEL

*Medina Quiñones, C.V.; García Coca, V.; Sifuentes Giraldo, W.A.; García Villanueva, M.J.; Morell Hita, J.L.
Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. Colmenar Viejo km. 9, 100, 28034, Madrid España.*

Introducción: La piomiositis (PM) es la infección del músculo estriado por gérmenes piógenos, que pueden alcanzar esta localización por vía hematológica (PM primaria) o por contigüidad (PM secundaria). Aunque es más común en países tropicales, su incidencia está aumentando en zonas templadas debido al número cada vez mayor de pacientes inmunosuprimidos, en los cuales se asocia con mal pronóstico y alta mortalidad.

Objetivos: Analizar las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas, así como la terapéutica y evolución, de los pacientes con PM atendidos en un hospital español de tercer nivel.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de los casos de PM ingresados en nuestro centro entre enero 1991 y octubre 2014. Los datos se obtuvieron mediante la revisión de sus historias clínicas.

Resultados: Se identificaron un total de 26 casos, la mayoría de ellos varones (77%), con una edad promedio de 44,5 años (rango: 21-78 años). La media de tiempo desde el inicio de síntomas hasta el diagnóstico fue de 2,4 semanas. Las manifestaciones clínicas más comunes fueron dolor (100%), fiebre (78%) y tumefacción (61%). Con mayor frecuencia se afectaron grupos musculares grandes, especialmente extremidades inferiores (74%), con compromiso multifocal en 8 pacientes (32%). Se encontró aumento de VSG y PCR en todos los casos y CPK elevada en 21%. En 23 pacientes se realizaron pruebas de imagen (ecografía 17, tomografía computarizada 16, resonancia magnética 5), que demostraron la presencia de abscesos musculares en 46% e infección de estructuras adyacentes en 35% (artritis 3, bursitis 2, celulitis 2, osteomielitis 1, fascitis necrotizante 1). La patología de base más común fue la infección por VIH en 12 casos, seguida por la hepatopatía crónica por VHC en 10 casos (7 de ellos con coinfección por VIH) y las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) en 4 casos (artritis reumatoide 2, overlap lupus sistémico/Sjögren/hepatitis autoinmune con síndrome de activación macrofágica asociado 1, vasculitis p-ANCA 1). En este último grupo, 2 pacientes eran tratados con glucocorticoides, y uno de ellos recibía rituximab e hidroxicloroquina. En 5 casos (19%) no hubo enfermedad predisponente. En el aspirado de los abscesos se aisló *Staphylococcus aureus* en 50%, *Streptococcus sp.* en 8% e infección polimicrobiana en 12%. El 63% de los pacientes recibió cloxacilina iv, con una duración promedio del tratamiento por esta vía de 5 semanas. Se requirió drenaje en un 81% (percutáneo 4 casos, quirúrgico 18 casos). La mortalidad asociada fue del 12% (VIH 1, EAS 1, sin otras enfermedades 1), debida principalmente a shock séptico.

Conclusiones: La PM es una infección grave, potencialmente fatal, que afecta a principalmente grandes grupos musculares y tiene un importante retraso en el diagnóstico. La mayoría de pacientes presenta algún factor predisponente, siendo los más frecuentes en nuestra serie las infecciones por VIH/VHC y las EAS. La mortalidad asociada a este proceso fue ligeramente superior a la descrita en otras series (0,5-10%). Se requiere un mejor conocimiento de esta entidad para un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado.

Póster 02

TENDINITIS DE D'QUERVEIN REFRACTARIA A ANTIINFLAMATORIOS: COMPARACION ENTRE EL USO DE INFILTRACIONES CON TRIAMCINOLONA Y DICLOFENACO PERCUTANEO EN PARCHES.

*Carlos Guillen A, Lourdes Villalobos S.
Hospital Universitario Ramón y Cajal*

Objetivo: Comparar el efecto terapéutico a corto plazo del uso de diclofenaco percutáneo en parche (DPCP), infiltraciones con triamcinolona (IT) en pacientes con diagnóstico de tendinitis de D'Quervein (TDQ) refractario a antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) a dosis plenas.

Método: Estudio observacional prospectivo basado en la práctica clínica habitual. Se incluyeron 49 pacientes con TDQ refractario a AINEs valorados en la Unidad de Urgencias Reumatológicas y Musculoesqueléticas (URMES) de nuestro centro a lo largo de 18 meses. Todos los pacientes habían sido valorados previamente y en quienes se había pautado AINEs a dosis plenas (Naproxeno, Ibuprofeno, Dexketoprofeno) durante al menos 5 días y que habían consultado por persistencia de síntomas. Todos los pacientes tuvieron diagnóstico ecográfico de confirmación. Veinte pacientes fueron tratados con DPCP (140 mg/12 horas) y 29 pacientes fueron infiltrados con 40mg de triamcinolona y 0.5 a 1 cc de mepivacaina 2%. A todos

los pacientes se les indicó una férula de inmovilización en posición fisiológica. Los pacientes fueron revisados 7 días después para valorar la intensidad del dolor por medio de una escala visual analógica (EVA) de 0 a 10 y ecografía musculoesquelética.

Resultados: La modificación porcentual de la media de EVA fue 63.7% y 65.2% en el grupo DPCP e IT respectivamente ($p>0.05$). En los pacientes con sinovitis demostrada por ecografía (11/20 del grupo DPCP y 16/29 del grupo IT) la modificación porcentual de EVA fue 78.7% y 59.4% en el grupo DPCP e IT respectivamente ($p<0.05$).

Conclusiones: El tratamiento de la TDQ refractaria a AINEs con DPCP parece ser tan efectivo como las IT. La presencia de derrame sinovial parece condicionar una respuesta terapéutica mayor al uso de DPCP. La consideración del uso de DPCP, teniendo en cuenta estos resultados, tendría cabida en el manejo de pacientes con TDQ en quienes la infiltración podría estar contraindicada.

Póster 03

DETERMINAR EL NIVEL PLASMÁTICO DE INFLIXIMAB Y ANTICUERPOS ANTI-INFLIXIMAB CONTRIBUYE A LA TOMA DE DECISION TERAPEUTICA EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE TRATADOS AÑOS CON INFLIXIMAB.

*Jacqueline Usón, María Jesús Llorente *, Roberto Miguélez, María Jesús Martínez-Blasco, Cruz Fernández-Espartero, Virginia Villaverde.*
Sección de Reumatología y Bioquímica * Hospital Universitario de Móstoles, Calle Rio Jucar SN Madrid, 28935.

Introducción: Pacientes con Espondilitis Anquilosante (EA) de larga evolución tratados años con infliximab (IFX) se encuentran generalmente bien sin alcanzar un ASDAS bajo o inactivo. Se desconoce si la eficiencia de IFX es óptimo. Gracias al avance en el conocimiento de la inmunogenicidad, existen ensayos para su uso en la práctica clínica.

Objetivos: Saber si la inmunogenicidad de IFX ayuda a la toma de decisión terapéutica más objetiva.

Metodos: Se determinó en todos los pacientes con EA (n=12) el día de la infusión niveles plasmáticos de IFX (Elisa de captura) y anticuerpos anti-IFX (Elisa puente) de Progenika Biofarma. Se registró variables que figuran en la tabla.

Resultados: En 4 EA (33%) no se detectó IFX y si AC-antiIFX en plasma. La tabla muestra las características de los pacientes. Los 4 pacientes sin fármaco tenían actividad ASDAS moderada-alta, no optimizados en tiempo y/o dosis. 3 eran obesos. Ningún paciente quería cambiar de terapia. Dos notaban aumento de dolores 14 días antes de la infusión y necesitaban tomar AINEs en los últimos 6 meses. Todos los pacientes aceptaron cambiar de anti-TNF una vez conocido los resultados y la explicación por su reumatólogo. Los 4 pacientes optimizados en tiempo tenían niveles de fármaco y con buen control inflamatoria lo que ayudó asegurar la eficiencia terapéutica.

Conclusión: Determinar la inmunogenicidad ayudó tomar decisión terapéutica en nuestra muestra de pacientes con EA tratados años con IFX. Probablemente mejorará la eficiencia terapéutica futura.

	No fármaco/ si AC (n=4)	Si fármaco /no AC (n=8)
Edad (P50)	52	58.5
SEXO	3 H y 1 M	5 H y 3 M
IMC	> 30 (3 H)	24-28
Años de enfermedad	12-42	5-32
ASDAS	2 alta y 2 moderada	3 inactivo, 1 baja, 4 moderada,
Meses en TT ^o IFX	50-87	9-100
Dosis IFX	5 mg/kg	4= 4 mg/kg, 5=5mg/kg
Pauta semanas	8sm	4=8 sm, 2=9sm, 1=10 sm, 1=12sm
Síntomas	2= perdida eficacia 2 sm antes	NO
AINEs	2	2

Póster 04

¿LA ENFERMEDAD DE KAWASAKI (EK) HA PERDIDO SU AFECTACIÓN ARTICULAR?

E. Álvarez, F. Rey, C. Peña, A. Rubio, P. Collado, C. Calvo, M. Crespo
 Servicio de Reumatología H. Severo Ochoa. Avda de Orellana s/n. 28911. Leganés (Madrid)

Objetivos: La enfermedad de Kawasaki (EK) es una vasculitis sistémica aguda que afecta principalmente a niños <5 años. Aunque su etiología es desconocida, puede precederse de procesos infecciosos. Su diagnóstico es clínico, siendo la afectación cardiaca la más determinante en su pronóstico. (1)
 En la era pre Inmunoglobulinas (Ig iv), la artritis aguda constituía un hallazgo común. Actualmente son escasos los estudios postIg enfocados a esta clínica. Nuestro objetivo es definir la prevalencia de la artritis en la EK al momento del diagnóstico y su evolución.

Métodos: Estudio retrospectivo de 42 pacientes con EK diagnosticados entre Enero 1988 y Noviembre 2013. Las variables demográficas, clínicas, laboratorio y tratamiento fueron revisadas. Su evolución clínica fue analizada con un paquete estadístico SPSS V.10.

Resultados: Se describió proceso infeccioso previo (33.3%). Existe predominio de varones (57.1%), presentando como criterios de clasificación: fiebre (100%), exantema (92.9%), conjuntivitis (78.6%), afectación de la mucosa oral (76.2%), adenopatía cervical (71.4%), edema y descamación en miembros (52.4% y 46.3% respectivamente). Ecocardiograma de coronarias: 8 pacientes con alteraciones (ectasia 14.3% y aneurisma 4.8%).

Siete pacientes (16%) presentaron artritis durante la fase aguda (primeros 10 días). Principalmente con afectación oligoarticular (57%), de ≤ 4 articulaciones, con predominio de tobillos. Se observó también afectación monoarticular de cadera en 2 pacientes (29%) y poliarticular en 1 paciente (14%). La artritis no respondió a dalsy inicialmente, pero sí a Ig iv, no dejando secuelas posteriores.

Al ingreso: 14.3% tuvo leucocitosis, 2.4% trombopenia, 42.9% hipoalbuminemia, y 14.3% alteraciones del sedimento urinario. Respecto a los reactantes de fase aguda: 92.9% presentó aumento de PCR (88.1 ± 58 ; [38-125]) y 78.6% aumento de VSG (69 ± 30 ; [47.7- 92]).

El seguimiento se hizo en el 71.4% de los pacientes, y el 81% no tuvieron complicaciones, ni cardíacas ni articulares.

Conclusiones: La artritis aguda fue poco frecuente (16%) y sin secuelas posteriores. El tratamiento actual con Ig iv y AAS posiblemente previene el desarrollo de artritis en la EK, disminuyendo la frecuencia de seguimiento posterior por nuestra parte.

(1) GW Gong et al. Arthritis presenting during the acute phase of Kawasaki disease. J.Pediatr 2006: 148:800-5

Póster 05

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE COMORBILIDADES EN PACIENTES CON ARTRITIS DE RECIENTE COMIENZO.

E. García Lorenzo, A.M. Ortiz, P. Moreno, T. Velasco, I. Llorente, L. Merino, A. Humbría, E. Patiño, E. Tomero, R. García-Vicuña, I. González Álvaro
 Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de La Princesa, IIS-Princesa, c/ Diego de León 62; 28006-Madrid.

Objetivos: Analizar, de forma retrospectiva, la influencia de comorbilidades en pacientes con artritis de reciente comienzo (ARC).

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye el estudio de 14 comorbilidades (HTA, diabetes mellitus, dislipemia, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, arteriopatía periférica, hepatopatía, accidentes cerebrovasculares, depresión, EPOC, úlceras gastroduodenales, cáncer) en 217 pacientes de la cohorte PEARL (Princesa Early Arthritis Longitudinal Study) de pacientes con ARC. Se recogieron la presencia de la comorbilidad y la fecha de diagnóstico. Por otra parte, el protocolo del registro incluye la recogida de parámetros clínicos, analíticos y terapéuticos. El análisis estadístico se realizó con Stata v12.

Resultados: El 77% de la población eran mujeres. La mediana de edad fue de 51 años [p25-p75: 39 - 65]. El 30% de los pacientes no tenía ninguna comorbilidad, el resto presentaban entre 1 y 4 comorbilidades (una 21%, dos 16%, tres un 11% y cuatro un 5%), siendo las seis más frecuentes la hipertensión arterial (36'8%), hipercolesterolemia (33'2%), depresión (20'3%), osteoporosis (19'8%), insuficiencia renal (5%) y cardiopatía isquémica (4'6%). El HAQ medio a los dos años fue $0'45 \pm 0'52$ en los pacientes sin comorbilidades, $0'55 \pm 0'54$, $0'67 \pm 0'65$ y $0'78 \pm 0'55$ si tenían 1, 2-3 ó más de 3 comorbilidades respectivamente y esta tendencia fue casi significativa ($p=0'065$). El DAS28 medio a los dos años fue de $2'80 \pm 1'24$ en los pacientes sin comorbilidades, de $3'05 \pm 1'38$, $2'94 \pm 1'20$ y $3'48 \pm 1'22$ si tenían 1, 2-3 ó más de 3 comorbilidades respectivamente ($p=0'20$).

Conclusiones: La presencia de comorbilidad tiene una influencia importante sobre el curso evolutivo de pacientes con ARC aunque el diseño retrospectivo del estudio puede haber subestimado la incidencia de algunas de ellas.

Financiación: Proyectos RIER (RD12/0009/0017) y FIS (PI11/00551) del ISCIII.

Póster 06

CONSULTA DE URGENCIAS REUMATOLÓGICAS Y MUSCULOESQUELÉTICAS: UN AÑO DE EXPERIENCIA

*Carlos Guillén Astete, Alina Boteanu, María Angeles Blázquez
Hospital Universitario Ramón y Cajal*

Objetivo: La consulta de Urgencias Reumatológicas y Musculoesqueléticas (URMES) inició su funcionamiento en Octubre del año 2013. No tiene precedentes en ningún hospital de la Comunidad de Madrid. Está compuesta por tres reumatólogos que desempeñan sus funciones en un área específica del servicio de urgencias atendiendo toda la patología del aparato locomotor no relacionada con traumatismos, procesos inflamatorios relacionados con enfermedades reumatológicas y prestando apoyo u opinión especializada a solicitud de otros clínicos. La URMES cuenta físicamente con un despacho médico, un ecógrafo portátil Logic e y material para realizar centesis articulares o bursales, infiltraciones y bloqueos. Al igual que una consulta de urgencias habitual dispone de la posibilidad de realizar pruebas analíticas y radiológicas inmediatas. El propósito del presente estudio es describir nuestra actividad en su primer año.

Metodo: Estudio descriptivo. Fuente: Registro de actividad asistencia, docente y científica de la URMES 2013-2014.

Resultados: 1788 paciente fueron atendidos en total, 1490 (83.3%) en horario de mañana y 298 (16.7%) en horario de tarde (fuera del horario habitual). Un 56.3% de los atendidos fueron mujeres. La edad media fue de 67.3 DE 7.3 años de edad. Un 85.57% de pacientes procedieron del área de nuestro hospital. 1022 pacientes consultaron espontáneamente (57.2%), 294 consultaron remitidos a urgencias por su médico de atención primaria (16.4%), 289 consultaron a petición de un médico que les valoró fuera del horario URMES (16.2%), 69 consultaron a petición del reumatólogo que les valoró previamente (3.9%), 69 consultaron a petición de un médico residente que les valoró fuera del horario URMES (3.9%), 45 consultaron espontáneamente solicitando reevaluación habiendo sido vistos antes por cualquiera de los mecanismos anteriores (2.52%). 435 paciente consultaron por procesos relacionados con la rodilla (24.3%), 362 por procesos relacionados con el esqueleto axial lumbar (20.3%) y 336 por procesos relacionados con el hombro (18.8%). 1155 pacientes fueron diagnosticados de procesos mecánicos/degenerativos (64.6%) y 633 de procesos inflamatorios (35.4%). En este último grupo, la distribución de diagnósticos fue: autoinmune 18.2%, infeccioso 39.2% y microcristalino 42.7%. Se realizaron 390 infiltraciones, 292 artro/bursocentesis y 381 ecografías. A lo largo de su funcionamiento la URMES acreditó 9 cursos de formación para residentes y facultativos (110 horas formativas) a las que han asistido 366 alumnos. La URMES ha realizado 54 comunicaciones a congresos y 14 publicaciones en revistas de ámbito internacional. 5 médicos, 4 residentes y 1 facultativo han realizado una rotación mensual en la URMES a lo largo de este año.

Conclusiones: No existen experiencias previas de una consulta especializada de Reumatología funcionando en un entorno de urgencias por lo que no podemos establecer comparaciones. Creemos que la mejoría del posicionamiento de nuestra especialidad depende en gran medida del acercamiento que hagamos de ella a los pacientes y a la respuesta que demos a sus necesidades y a las de otros clínicos. En ese sentido, estamos convencidos que la iniciativa URMES tiene un rol de importancia y creemos que su instauración en otros centros debería ser considerada.

Póster 07

MODELOS ÓPTIMOS DE IMPLEMENTACIÓN DE ECOGRAFÍA MUSCULOESQUELÉTICA EN LOS SERVICIOS DE REUMATOLOGÍA DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

*Juan Carlos Nieto, Esperanza Naredo, Indalecio Monteagudo, Luis Carreño
Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Calle Doctor Esquerdo 46, 28007 Madrid*

Objetivos: El objetivo de este estudio fue conocer el estado de implementación de la ecografía musculoesquelética (USMS) en los servicios de reumatología de la comunidad autónoma de Madrid (CAM).

Métodos: Se diseñó un cuestionario que se envió a los 21 servicios de reumatología (S^oR) de los hospitales de la CAM para su cumplimentación. El cuestionario incluyó 2 secciones, la primera sección recogía los datos generales del servicio de reumatología y la segunda sección recogía la frecuencia del uso de USMS en las diferentes patologías reumatológicas según una escala Likert de 4 grados (nunca-ocasional-frecuente-siempre). Tras ello, se realizó una reunión presencial con un representante de cada S^oR para debatir resultados, problemas y posibles soluciones.

Resultados: Diecinueve S^oR (90,5%) cumplimentaron el cuestionario y además acudieron a la reunión presencial. Se cuenta con 119 reumatólogos y 51 residentes en los 19 hospitales citados, de los cuales 62 (52,1%) y 21 (41,2%), respectivamente, tienen formación en USMS. La media de reumatólogos es de 4,4 (rango 2-12). En los 9 servicios que tienen residentes, hay una media de 4,7 (rango 3-12). De los 62 reumatólogos formados en USMS, 48 (77,4%) la realizan de forma habitual. Entre los 19 servicios de reumatología citados se dispone de 37 ecógrafos. Contando solo con los 17 hospitales que disponen de al menos un ecógrafo la media de ecógrafos por hospital es 1,6. En 13 de los 17 (76,5%) servicios de reumatología donde se dispone de ecógrafo, la USMS se utiliza en práctica clínica habitual y con agenda propia de USMS. En los restantes 4 centros (23,5%) se utiliza solo en la clínica habitual. En la reunión asistencial la barrera más frecuente fue la presión asistencial [13 centros (72,2%)], seguida de la falta de ecógrafo/ecógrafo obsoleto en 6 servicios (33,3%) y la falta de personal formado en 3 centros (16,7%). Entre las soluciones que se propusieron, la necesidad de ecógrafos nuevos o actualizados fue la más frecuente [7 (38,9%)], seguida de la necesidad de agenda propia de USMS y tiempo suficiente para su realización, ambas propuestas por 4 centros (22,2%) y la necesidad de personal propuesta por 3 centros (16,7%). La tabla 1 muestra la frecuencia con que se utiliza la ecografía en las patologías reumatológicas más relevantes (basado en los 17 centros con ecógrafo).

Conclusiones: La implementación de la USMS en los S^oR de la CAM es heterogénea. Se requiere de una renovación de los ecógrafos, escasos y obsoletos en muchos centros, y más tiempo y personal entrenado para la implementación óptima de esta técnica de imagen.

Tabla 1.

	Artritis reumatoide (n:16)	Espondiloartritis (n:16)	Artrosis (n:16)	Microcristalinas (n:17)	Conectivopatía (n:17)	Partes blandas (n:17)	Vasculitis (n:17)	Guía punción (n:17)
Nunca (n/%)	0	0	1/5,9	0	2/11,8	0	1/5,9	0
Ocasional (n/%)	3/17,6	7/41,2	10/58,8	5/27,8	11/64,7	1/5,6	10/58,8	3/16,7
Frecuente (n/%)	12/70,6	8/47,1	5/29,4	11/61,1	4/23,5	16/94,4	6/35,3	14/77,8
Siempre (n/%)	1/5,9	1/5,9	0	1/5,6	0	0	0	0

Póster 08

UTILIDAD DE LA PCR EN EL DIAGNOSTICO DE LA TUBERCULOSIS OSTEOARTICULAR

María Ahijón Lana¹, Andrés González García², Jesús Fortún Abete², Walter Alberto Sifuentes Giraldo¹.

1. Servicio de Reumatología Ramón y Cajal, Madrid. 2. Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Ramón y Cajal, Km 9,4 28034. Madrid.

Objetivo: La tuberculosis osteoarticular (TBOA) es una entidad poco frecuente con importantes secuelas derivadas del retraso en su tratamiento. Los cultivos de *Mycobacterium tuberculosis* constituyen el gold estándar para su diagnóstico pero pueden tardar hasta 6 semanas. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) puede ser una herramienta útil para la detección de *M. tuberculosis*, sin embargo a día de hoy solamente está validada para el estudio en muestras respiratorias. Nuestro objetivo fue describir la utilidad de esta técnica en una cohorte de pacientes con TBOA de distintas localizaciones.

Métodos: Revisamos los casos de TBOA entre los años 1995 y 2013 en el Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Describimos la rentabilidad diagnóstica de la PCR y la comparamos con otros estudios diagnósticos (baciloscopia y cultivo). Se utilizó el test AMTD (amplified M. tuberculosis direct test, Gen-Probe Inc.), sistema de amplificación termoestable (42°) de 16S- rRNA.

Resultados: De un total de 1284 pacientes con tuberculosis (TB), 47 (3,6%) pacientes tenían TBOA. La forma más frecuente fue la afectación axial en forma de espondilodiscitis en 32 pacientes (68,1%), siendo en el resto presentaciones a nivel periférico: artritis de grandes articulaciones (rodilla 4 y cadera 1), pequeñas articulaciones (4), osteocondritis (4) y tenosinovitis (2). En 17 pacientes (36%) coexistía con una TB pulmonar. La mediana de edad fue de 45 años (22-86), con predominio de varones (32, 68%) y el 72% eran españoles. El mantoux fue positivo en el 90% de los pacientes. En 19 pacientes (abscesos: 12, biopsia ósea: 5, líquido articular: 2) se dispuso de PCR para el diagnóstico y el resultado fue positivo en 14 de ellos (73%). En 4 (21%) pacientes la PCR resultó negativa siendo el cultivo positivo. En 1 (5%) paciente, la PCR resultó positiva siendo el cultivo negativo. En este paciente, los resultados de la histología y la buena respuesta a antituberculosos confirmaron el diagnóstico de TBOA.

Conclusiones: La PCR es una técnica diagnóstica que en un porcentaje alto de nuestros pacientes obvia la espera al cultivo, favoreciendo el diagnóstico y el tratamiento precoz de la TBOA. No obstante, esta técnica no debe sustituir al cultivo como método de confirmación de una TBOA.

Póster 09

EL APOYO PLANTAR DURANTE EL DESARROLLO INFANTIL ¿PROMUEVE ALTERACIONES ECOGRÁFICAS?

Paz Collado¹, María Luz González², María Alcalde¹, Manuel Crespo¹.

1. Reumatología, Hospital Severo Ochoa. 2. Clínica Universitaria de Podología, UCM. Avd. de Orellana s/n CP: 28911, Leganés

Objetivo. A pesar de que la ecografía ha demostrado ser una herramienta útil para detección de patología articular y periarticular del pie en AIJ, la interpretación de hallazgos ecográficos en la infancia sigue siendo un reto. El objetivo del estudio fue describir la anatomía del pie infantil en una cohorte de niños sanos según rango de edad y evaluar su asociación con el apoyo plantar.

Métodos. Se examinaron 55 niños (34 niños y 21 niñas; rango edad, 9 meses-15 años) por ecografía de alta frecuencia en modo B y power Doppler (PD) (110 pies, incluyendo 8 articulaciones del medio y retropie, los 8 tendones del tobillo y las inserciones del T. de aquiles y fascia plantar). Se evaluó la presencia de hipertrofia sinovial, derrame, tenosinovitis, entesitis, y señal PD, utilizando un sistema de medida dicotómico (ausente o presente). Índice de Postura del Pie (IPP) fue utilizado como herramienta clínica diagnóstica para cuantificar el grado de posición neutra, pronada o supinada del pie (1).

Resultados. Distensión del receso sinovial dorsal por líquido anecóico en la 1ª articulación MTF fue detectado en un número no despreciable de pies. La ecografía detectó señal PD dentro de la capsula articular tibioastragalina, en el área del tendón de Aquiles así como en el cartílago epifisario de algunos huesos. La posición neutra del pie fue la más frecuente (61%), no encontrándose ningún hallazgo ecográfico derivado de la posición podológica a excepción de la distensión de la 1ª MTF.

Conclusión. La distensión del receso sinovial dorsal en la 1ª articulación MTF constituye un hallazgo común detectado en el niño sano con apoyo plantar y hallux hipermóvil. Su presencia en niños con AIJ debe ser valorada con cautela. A diferencia de los adultos, el apoyo plantar parece no condicionar anomalías relevantes en el pie infantil (2).

(1) Redmond AC, Crosbie J, Ouvrier RA. Development and validation of a novel rating system for scoring standing foot posture: the Foot Posture Index. Clin Biomech 2006; 21: 8998.

(2) Menz HB, Dufour AB, et al. Association of planus foot posture and pronated foot function with foot pain: The Framingham Foot Study. Arthritis Care Res 2013; 65:19911999.

Póster 10

CUANTIFICACION DEL BENEFICIO DE LA IMPLANTACION DE UNA CONSULTA ESPECIALIZADA DE REUMATOLOGIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS: ESTUDIO ANTES-DESPUES

Carlos Guillén Astete, Alina Boteanu, María Angeles Blázquez
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivo: La consulta de Urgencias Reumatológicas y MusculoEsqueléticas (URMES) ha cumplido un año de funcionamiento desde el inicio de su actividad en Octubre de 2013. El propósito del presente estudio es determinar las diferencias entre la necesidad de reevaluación urgente, la demanda de recursos auxiliares consumibles y el perfil de derivación de los pacientes atendidos antes y durante la puesta en marcha de esta consulta, en nuestro servicio de urgencias (SU)

Metodo: Estudio descriptivo. Fuente: Registro de actividad asistencia, docente y científica de la URMES 2013-2014 y registro informático Excalibur© de asistencia de pacientes en el SU entre 2009-2010. Todas las variables se expresaron en términos de proporción porcentual y se compararon mediante la prueba de chi cuadrado.

Resultados: En el periodo URMES se atendieron 1788 pacientes mientras que en el periodo control consultaron 2105 pacientes por patología musculoesquelética no relacionada con traumatismos (mismo criterio de atención URMES). En el periodo URMES se reevaluaron antes del primer mes 45 pacientes por el mismo motivo de consulta (2.52%) mientras que en el periodo control, 294 (13.9%) ($p < 0.0001$). Cada paciente valorado en la URMES requirió 0.31 radiografías (al menos una), mientras que cada paciente en el periodo control requirió 0.98 radiografías (al menos una) ($p < 0.0001$). La proporción de pacientes URMES que requirieron al menos una determinación analítica fue 18.4% mientras que en el grupo control fue 26.5% ($p < 0.001$). La distribución porcentual de destinos al alta URMES fue: Alta resolución 62%, especializada 22.3% y primaria 15.7%. La distribución porcentual de destinos al alta CONTROL fue: Alta resolución 21.4%, especializada 27.8% y primaria 50.8% ($p < 0.001$, < 0.05 y < 0.0001 , respectivamente).

Conclusiones: Nuestros resultados indican que la instalación de la consulta URMES supone una reducción en el gasto sanitario (menos pruebas consumibles), menor necesidad de derivación especializada y menor demanda de reevaluación urgente. Considerando que es bien conocida la alta prevalencia de la patología musculoesquelética atraumática en los SU y de la necesidad de optimización de recursos, la iniciativa URMES podría ser aplicada en otros hospitales.

Póster II

TRATAMIENTO CON TOXINA BOTULÍNICA DEL FENÓMENO DE RAYNAUD SEVERO

Lucía Ruiz Gutiérrez¹, Ana Pérez Gómez¹, Nuria Valdeolivas², Susana Medina Montalvo², Atusa Movasat¹, Carmen Izquierdo Sancho³, Fernando Albarrán¹, Ana Isabel Sánchez Atrio¹, Eduardo Cuende¹, Ana Isabel Turrión¹, Cristina Bohórquez², Henry Moruno¹, M Liz Romero¹, Melchor Álvarez de Mon Soto¹.

¹Servicio de Enfermedades del Sistema Inmune/Reumatología. ²Servicio de Dermatología. ³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Carretera Alcalá-Meco sn, 28805. Alcalá de Henares (Madrid).

Objetivos: El fenómeno de Raynaud (FR) es producido por episodios de vasoespasmo de las arterias digitales tras la exposición al frío o al estrés que terminan ocasionando fenómenos de isquemia y ulceración, con la consecuente reducción de la calidad de vida de los pacientes. Los tratamientos van dirigidos a incrementar el flujo sanguíneo pero ofrecen resultados variables y no siempre satisfactorios. En el presente trabajo se evalúa la eficacia de la toxina botulínica A en el tratamiento del FR.

Métodos: Presentamos una serie de 7 pacientes con diagnóstico de FR, con mala respuesta a tratamientos médicos convencionales, que han sido tratados con toxina botulínica A. Los criterios de exclusión fueron alergia a toxina botulínica, infección activa en el sitio de inyección, simpatectomía digital previa y embarazo. Se infiltró una dosis total de 30-60 unidades de toxina botulínica A en la cara lateral de la base de los dedos. Previa a la infiltración se descartó patología obstructiva mediante la realización de ecografía Doppler y se documentaron los cambios vasculares acontecidos con la capilaroscopia. Variables como el número de episodios al día, el dolor durante el mismo, el tiempo de recuperación, el color, la existencia de úlceras o necrosis han sido estudiadas a nivel basal, a los 30 minutos, a la semana y al mes de infiltrar el tratamiento.

Resultados: 30 minutos después de la infiltración, 3 pacientes no experimentaron ninguna mejoría, 2 refirieron ligera mejoría y 2 una importante mejoría. A los 7 días y al mes de la infiltración, 2 pacientes no percibieron ningún cambio y 4 experimentaron una gran mejoría. Los pacientes que no registraron ningún cambio fueron los que tenían menos alteraciones clínicas subjetivas y ecografía Doppler y capilaroscopia normales. La variable con respuesta más llamativa fue la reducción del dolor. En cuanto a la curación de las úlceras, 3 pacientes presentaban una en el pulpejo de los dedos en la visita basal; en 2 se produjo la resolución a los 7 días y en el otro al mes. No se registró ningún efecto adverso grave.

Conclusiones: La toxina botulínica A es una opción terapéutica efectiva y segura para pacientes con fenómeno de Raynaud severo con fallo a tratamientos convencionales.

Póster I2

RETRASO DIAGNÓSTICO Y ANÁLISIS DE SUS CAUSAS POTENCIALES EN PACIENTES CON ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

Lucía Ruiz Gutiérrez, Clara Moriano Morales, Daniel Clemente Garulo, Juan Carlos López Robledillo. Unidad de Reumatología Pediátrica. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Avenida Menéndez Pelayo 65, 28009, Madrid.

Objetivo: evaluar el retraso diagnóstico real y percibido que se produce en niños y adolescentes con artritis idiopática juvenil (AIJ) y sus causas potenciales.

Métodos: Se administró un cuestionario electrónico a 150 pacientes diagnosticados de AIJ y se revisaron las historias clínicas de los que cumplimentaron el formulario. Se realizó un estudio descriptivo para calcular el retraso diagnóstico y las variables de interés relacionadas.

Resultados: se estudiaron 75 pacientes (73,3% mujeres) con una edad media de 9,93 años \pm 4,5 DE (mediana: 9,96 años). El tiempo medio de evolución de la enfermedad de los pacientes analizados fue de 5,47 años \pm 4,26 DE (mediana: 3,97 años), con un tiempo medio de seguimiento de 57,03 meses \pm 48,6 DE (mediana: 41 meses). Los tipos de AIJ fueron: oligoarticular 61,3%; poliarticular 16%; artritis con entesitis 10,7%; artritis psoriásica 9,3% y AIJ sistémica en 2 pacientes. Como comorbilidad se constató uveítis en el 25,3% de los casos. El 73,3% de los pacientes fue derivado al inicio de la enfermedad a un especialista no reumatólogo. El retraso diagnóstico observado fue de 4,9 meses \pm 6,79 DE y el percibido fue considerado como importante o muy importante por al menos el 50% de los padres, sin que exista correlación estadísticamente significativa entre ambos.

Conclusiones: el tiempo promedio transcurrido desde el inicio de los síntomas de la enfermedad y su diagnóstico fue de 5 meses. Este retraso diagnóstico se debería principalmente a la demora en la asistencia por un experto en reumatología dado que al inicio de la sintomatología la mayoría de los pacientes son derivados a otros especialistas.

Póster 13

ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL: ESTUDIO TRANSVERSAL DE LA CASUÍSTICA OBSERVADA EN EL HOSPITAL MIGUEL SERVET.

Almudena Román Pascual, Marta Medrano San Ildefonso, Unidad de Reumatología Pediátrica. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. Paseo Isabel La Católica, 1-3, 50009, Zaragoza.

Introducción: La Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) es una enfermedad crónica relativamente frecuente en la población infantil. Su incidencia y prevalencia es muy variable en función de los estudios. La Sociedad Española de Reumatología maneja cifras de incidencia y de prevalencia de 8-22/100.000 y de 0.7-40/100.000 respectivamente.

Objetivos: Calcular la incidencia y prevalencia de AIJ en Zaragoza y en Aragón en el 2010, el porcentaje de pacientes con AIJ y la distribución por categorías (en función de edad, sexo y valores analíticos) en la Consulta de Reumatología Pediátrica del Hospital Universitario Miguel Servet.

Material y Métodos: Estudio descriptivo de los pacientes diagnosticados de AIJ en la Consulta de Reumatología Pediátrica del Hospital Universitario Miguel Servet en el periodo comprendido entre el 01 de Enero de 1997 y el 31 de Marzo de 2012. Se realizó revisión y recogida de datos retrospectiva y sistemática de las historias clínicas. Se ha hecho el análisis bivariante por categoría diagnóstica y en función del sexo, edad y resultados analíticos; analizando mediante el estadístico χ^2 la independencia de las variables categorías, la prueba Z y mediante la prueba T de student o U de Wilcoxon la diferencia de medias de las variables cuantitativas, considerando un nivel de significación del 95%.

Resultados: Se identificaron 132 con el diagnóstico de AIJ según criterios ILAR, de ellos 81 son niñas y 51 años. Hubo 20 pacientes de nuevo diagnóstico procedentes de Zaragoza, que constituye una incidencia para el año 2010 de 14.18/100000 menores de 16 años en Zaragoza. En Aragón se registraron 23 casos nuevos, que constituye una incidencia para el año 2010 de 11.89/100000 menores de 16 años en Aragón. La prevalencia para ese mismo año en Aragón sería de 34.64/100000 menores de 16 años. La media de edad al diagnóstico fue de 7.54 años (IC 95%: 6.82-8.25). Las categorías diagnosticadas por orden de frecuencia son: oligoarticular, artritis-entesitis, psoriásica, poliarticular seronegativa, indiferenciada, sintética y poliarticular seropositiva. En el análisis por sexos la categoría más frecuente en niños ha sido la AIJ artritis-entesitis (n=28) y en niñas la AIJ oligoarticular (n=55).

Conclusiones: Tanto en lo referente a incidencia, prevalencia, % de casos, sexo y edad en las diferentes categorías nuestros datos son semejantes a los del Registro Español. Dada la gran variabilidad de resultados en la literatura se precisan más estudios colaborativos para obtener datos fiables.

Póster 14

EL BENEFICIO DE LOS CORTICOIDES DURANTE EL EMBARAZO EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS ¿ES REAL?

C. Peña, F. Rey, E. Álvarez, A. Rubio, M. Crespo, P. Collado. Servicio de Reumatología, H.U. Severo Ochoa, Avda de Orellana s/n, 28911, Leganés (Madrid)

Introducción: La relación entre enfermedad reumatológica y embarazo es frecuente. Esto se debe a la mayor prevalencia de estas enfermedades en la población femenina y a que muchas de estas entidades afectan a mujeres en edad reproductiva¹. En las pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias la necesidad de evitar el embarazo debido a la indicación de fármacos potencialmente teratogénos o que pueden perjudicar su curso y el hecho de poder establecer el mejor momento de la gestación en función de la actividad de la enfermedad constituyen razones añadidas a las de la población general². El tratamiento con corticosteroides (CS) durante el embarazo está indicado para controlar la actividad de la enfermedad, principalmente en el LES. Sin embargo, un estudio reciente encontró que los CS en AR se relaciona significativamente con un alto porcentaje de resultados adversos. Objetivo del estudio: Describir la evolución del embarazo y resultado fetal en una cohorte de mujeres con enfermedades reumáticas bajo terapia CS.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en mujeres con enfermedades reumatológicas diagnosticadas en la consulta externa de reumatología del HUSO, en edad fértil que han tenido gestación en los últimos 5 años, independiente de la actividad de la enfermedad. Las variables demográficas, clínicas, laboratorio y tratamiento fueron revisadas. Su evolución clínica fue analizada con un paquete estadístico SPSS V.22.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes, el 41,2% correspondían a LES, 23,5% a AR, 17,6% a EA y el 17,6% a otras enfermedades inflamatorias. La edad media de las mujeres al momento del embarazo fue de 33,2 años. El 45,5% de las embarazadas no recibieron CS durante el embarazo, de éstas el 85% no presentaron ninguna complicación en el curso del embarazo y tuvieron niños sanos. El 54,5% recibió CS durante embarazo; el 50% de éstas, tuvieron niños sanos, mientras que el resto presentó alguna incidencia: prematuros (42%), preeclampsia (28%), feto muerto (14%), 28% retraso en crecimiento fetal.

Conclusión: El uso beneficioso de los corticosteroides durante el embarazo para el control de la actividad en mujeres con enfermedades reumáticas podría llegar a ser discutible. Estudios prospectivos y controlados serán necesarios para confirmarlo.

Póster 15

SÍNDROME DE ACTIVACIÓN MACROFÁGICA ASOCIADO A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 5 CASOS

*Boteanu, A.L.; Sifuentes Giraldo, W.A.; de la Puente Bujidos, C.; Morell Hita, J.L.; Zea Mendoza, A.
Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. Colmenar Viejo km. 9,100, 28034, Madrid España.*

Introducción: El síndrome de activación macrofágica (SAM) es una complicación potencialmente mortal que puede aparecer en el curso de enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico (LES), especialmente en pacientes pediátricos. Se incluye dentro de las linfocitosis hemofagocíticas (LH) y clínicamente se caracteriza por fiebre, pancitopenia, hepatoesplenomegalia, disfunción hepática, encefalopatía y alteraciones de la coagulación, confirmándose el diagnóstico por la presencia de hemofagocitos en médula ósea. El mecanismo subyacente es la activación y proliferación excesiva de macrófagos y linfocitos T con liberación masiva de citoquinas proinflamatorias, pudiendo ocurrir como consecuencia de la actividad de la enfermedad de base o ser desencadenado por infecciones o cambios terapéuticos. Aunque se considera que su asociación con LES es rara, probablemente está infradiagnosticado.

Objetivos: Describir el espectro de manifestaciones clínicas y analíticas, tratamiento y evolución de los pacientes con SAM asociado a LES atendidos en un hospital español de tercer nivel.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los casos de SAM asociado a LES, confirmados con biopsia de médula ósea, ingresados en nuestro centro entre enero 2009 y octubre 2014.

Resultados: Se identificaron 5 casos, la mayoría mujeres (80%) con una media de edad al diagnóstico del LES de 28 años (rango: 18-45). El tiempo transcurrido hasta el desarrollo del SAM fue variable; en un caso constituyó la presentación inicial, mientras que en los otros apareció a los 6 meses, 7, 11 y 31 años, respectivamente, con actividad lúpica persistente en todos ellos. Había antecedente de tratamiento antibiótico reciente en todos los casos, introducción de nuevos fármacos en 3 de ellos (ibuprofeno, azatioprina y rituximab, respectivamente) e infección bacteriana previa en 2 casos. Las manifestaciones clínicas al momento del diagnóstico del SAM fueron fiebre y síntomas constitucionales (5/5), hepatomegalia (4/5), esplenomegalia (4/5), manifestaciones hemorrágicas (4/5), compromiso neurológico (3/5), dolor abdominal (1/5) y diarrea (1/5). Todos los pacientes presentaban pancitopenia, hipertransaminasemia, elevación LDH y ferritina, y se encontró hipertrigliceridemia, aumento de enzimas pancreáticas, alteración del INR en 4/5 e hiponatremia en 2/5, pero en ningún caso hipofibrinogenemia o caída de la VSG. Todos recibieron pulsos de metilprednisolona y 4 de ellos ciclosporina, con respuesta favorable en 3. Un caso refractario fue tratado con etopósido y se administró ciclofosfamida iv en el que no recibió ciclosporina, siendo la evolución de ambos tórpida y falleciendo a consecuencia de complicaciones infecciosas.

Conclusiones: El SAM puede aparecer tempranamente o tras varios años de evolución del LES, teniendo la mayoría de casos uno o más desencadenantes identificables. En nuestra serie todos los pacientes cumplían 5/8 criterios para el diagnóstico de LH según el protocolo HLH-2014, destacando además la alteración pancreática en la mayoría de ellos, habiéndose diagnosticado un caso inicialmente como pancreatitis lúpica. La mortalidad asociada al SAM es bastante alta (40%), por lo que es necesario un alto índice de sospecha y un tratamiento temprano agresivo en estos casos.

Póster 16

¿CUÁNDO Y CÓMO SE USA LA ECOGRAFÍA MUSCULO-ESQUELÉTICA EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA?

*Autores: Iustina Jantă, Juan Carlos Nieto, Esperanza Naredo, Luis Carreño
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Calle Doctor Esquerdo 46, 28007, Madrid*

Objetivos. Describir los motivos de realización de ecografía musculoesquelética en un servicio de reumatología en el que se ha implementado una Unidad de Ecografía Musculoesquelética (EME).

Métodos. En abril 2014 se estableció una consulta de EME en el servicio de reumatología de HGUGM. Se ha creado una hoja de citación donde se rellenan los datos personales de los pacientes y se eligen las articulaciones o áreas (p.ej. glándulas salivares, arterias temporales, pulmonar) que se desean ser exploradas. No se ha establecido ningún protocolo de solicitud de EME. Con texto libre se cuenta brevemente la historia clínica del paciente y el motivo de petición de la EME. Las ecografías han sido realizadas por un reumatólogo senior (EN) responsable de la consulta, por dos reumatólogos jóvenes (J, JCN) o por un residente bajo la supervisión del reumatólogo. Posteriormente, el diagnóstico de los pacientes se clasificó

en artropatías inflamatorias (artritis reumatoide, artritis reumática juvenil, artropatía psoriasica, espondilartropatías), otras enfermedades reumáticas (p.ej. enfermedades de tejido conectivo, artropatías degenerativas, artropatías microcristalinas, polimialgia reumática) y sin un diagnóstico reumatológico. En función de la descripción libre del médico peticionario, los motivos de la petición de EME fueron clasificados en: evaluación de actividad inflamatoria articular en artritis inflamatorias para tomar decisiones terapéuticas; detección de hallazgos ecográficos para el diagnóstico de artritis inflamatorias, microcristalinas, conectivopatías o degenerativas; evaluación de la respuesta a intervención terapéutica sistémica o local; guía de punciones diagnósticas y/o terapéuticas y otros (evaluación de glándulas salivares, arterias temporales, pulmonar).

Resultados. Entre abril 2014 y septiembre 2014 se han registrado 441 pacientes (73% mujeres) en la consulta de EME. Se ha realizado ecografía de 1228 articulaciones (26% manos, 22% pies, 22% rodillas, 16% hombros, 7% codos, 7% caderas). El diagnóstico de los pacientes ha sido artropatías inflamatorias en 44.2%, otras enfermedades reumáticas en 22.9% y sin un diagnóstico reumatológico en 32.8%. En función de la descripción libre del médico peticionario, los motivos de la petición de EME fueron: evaluación de actividad inflamatoria articular en artritis inflamatorias para tomar decisiones terapéuticas en 51%; detección de hallazgos ecográficos para el diagnóstico de artritis inflamatorias, microcristalinas, conectivopatías o degenerativas en 21%; evaluación de la respuesta a intervención terapéutica sistémica o local en 7%; guía de punciones diagnósticas y/o terapéuticas en 16% y otros en 5%.

Conclusiones. El motivo más común de pedir EME ha sido la evaluación de actividad inflamatoria articular en artritis inflamatorias para tomar decisiones terapéuticas.

Póster 17

ADHERENCIA TERAPEUTICA EN PACIENTES CON TENDINITIS DE DE QUERVAIN TRATADOS EN UN ENTORNO DE URGENCIAS

Carlos Guillen A, Lourdes Villalobos S.
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Objetivo: Determinar la prevalencia de mala adherencia a los tratamientos y sus causas, en pacientes diagnosticados de tendinitis de De Quervain (TDQ) en un entorno de urgencias.

Metodo: Estudio prospectivo observacional basado en la práctica clínica habitual. Se siguieron a todos los pacientes con diagnóstico clínico y ecográfico de TDQ realizado en el servicio de urgencias de nuestro centro. Los pacientes fueron contactados 5-7 días después de su diagnóstico para determinar su adherencia al tratamiento. La adherencia se evaluó en términos porcentuales de cumplimiento de la posología en tiempo y dosis hasta el momento del contacto y se estratificó intervalos de 25%. Los tratamientos fueron evaluados por separado: Inmovilización con férula (IF), antiinflamatorios orales (AO) e antiinflamatorios percutáneos (AP). Las causas de falta de adherencia se analizaron por separado para cada tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 69 pacientes. Los tratamientos pautados fueron 65/69 IF, 39/69 AO y 29/69 AP. Se objetivó una adherencia superior al 75% en el 92.3% de las IF, 38.4% de los AO y 96.5% de los AP ($p < 0.05$ entre AO-IF y AO-AP). 18 pacientes con AO tuvieron una adherencia entre el 50 y 75%. De ellos 16 atribuyeron la adherencia a la falta de mejoría y 2 a eventos adversos (1 hipertensión arterial y 1 gastropatía por AINES). 6 pacientes en tratamiento con AO y 1 con AP tuvieron una adherencia inferior al 50%. Los 6 pacientes con AO atribuyeron su falta de adherencia a la falta de mejoría. El paciente con AP tuvo una reacción alérgica local.

Conclusiones: Nuestro estudio indica que el manejo sistémico de la TDQ tiene la mayor prevalencia de adherencia insuficiente debido a malos resultados terapéuticos a corto plazo. Aunque nuestro estudio no discrimina el tipo de AO utilizado, nuestros datos indican que existe mayor probabilidad de adherencia usando medicación percutánea. Si bien es cierto, la adherencia no es sinónimo de éxito terapéutico, este tipo de presentaciones garantizaría al menos un cumplimiento terapéutico suficiente, requisito indispensable para decidir si un tratamiento ha sido realmente exitoso o no.

Póster 18

EL ROL DE UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA EN URGENCIAS

Martínez-Barrio J, Ovalles-Bonilla JG, López-Longo FJ, Naredo E, González CM, Nieto JC, Hinojosa M, Bello N, Serrano B, Mata-Martínez C, Janta I, González R, Sáenz C, Monteagudo I, Carreño L.
 Servicio de Reumatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España. C/ Doctor Esquerdo, 46 - 28007 Madrid.

Objetivo: Describir los motivos de consulta, manejo y diagnóstico final de los pacientes que visitaron el Servicio de Urgencias de Reumatología.

Materiales y métodos: Se incluyeron en el estudio pacientes con enfermedades reumatológicas previamente conocidas y casos de inicio agudo de manifestaciones reumatológicas que visitaron el Servicio de Urgencias de Reumatología durante un período de 6 meses (2012-2013). Los casos seleccionados fueron evaluados mediante un formulario prediseñado para la recopilación de datos demográficos, motivo de consulta, manifestaciones clínicas, pruebas complementarias solicitadas, tratamiento y diagnóstico final.

Resultados: Se incluyeron un total de 242 visitas de 198 pacientes. La edad media fue de 55 años (DE 17); 56,6% de las visitas fueron de mujeres. La exacerbación o síntomas relacionados con enfermedades reumáticas preexistentes fueron el motivo del 62,8% de las consultas. Los síntomas más frecuentes fueron: dolor musculoesquelético periférico (70%), fiebre (8,3%) y manifestaciones mucocutáneas (7,9%). La tabla 1 muestra los diagnósticos más frecuentes en Urgencias. La tabla 2 especifica las pruebas complementarias solicitadas.

Conclusiones: La disponibilidad de un Servicio de Reumatología en Urgencias asegura la rápida evaluación de los pacientes con problemas reumatológicos conocidos o de inicio agudo. La infección no fue un factor frecuente de consulta en urgencias. En muchos casos no hubo un diagnóstico preciso inicial por ausencia de datos clínicos debido a la corta evolución del cuadro o por no disponer de pruebas complementarias suficientes al momento de la consulta.

Póster 19

ARTERITIS DE TAKAYASU: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 7 CASOS

S. Garrote Corral, J. Bachiller Corral, M.J. García Villanueva, J. Orte Martínez, C. Guillen Astete, A. Zea Mendoza.
 Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. de Colmenar Viejo, km. 9,100. 28034 Madrid.

Objetivo: Revisar las características epidemiológicas, clínicas, métodos diagnósticos y tratamientos de una serie hospitalaria de pacientes diagnosticados de arteritis de Takayasu (AT).

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de AT en nuestro hospital durante un periodo de 33 años (1981-2013). Se analizaron las siguientes variables: sexo, edad, nacionalidad, edad de inicio de la clínica, tiempo hasta el diagnóstico, manifestaciones clínicas, técnicas diagnósticas y tratamientos empleados.

Resultados: Se incluyeron 7 pacientes (6 mujeres y un varón) con una edad media al diagnóstico de 34,3 años. Tres pacientes (42,8%) eran españoles y 4 (57,1%) de origen latinoamericano. En todos los casos el diagnóstico se estableció en base a los hallazgos clínicos y las pruebas de imagen arterial. Se realizó biopsia arterial confirmatoria en 1 caso. Hubo un retraso diagnóstico de hasta 17 años en dos de las pacientes. En cuanto a las manifestaciones clínicas, el 100% de los pacientes presentaban manifestaciones vasculares (claudicación de extremidades, HTA, ausencia de pulso periférico), un 57,1% manifestaciones neurológicas (cefaleas, crisis comiciales), y un 28,57% manifestaciones oftalmológicas (amaurosis fugax). La clínica cutánea se presentó en 42,9% siendo en la totalidad de los pacientes lesiones compatibles con eritema nodoso. La arteriografía ("gold standard") se realizó en el 57,1% de los casos, angioTC en 85,7%, y en un caso angio-RM. Se realizó 18F-FDG PET-TC en 71,4% de los pacientes suponiendo su realización en el 100% de los diagnósticos a partir de 2002. Sólo se detectaron regiones de hipermetabolismo a nivel arterial en 2 de los 5 PET realizados, que coincidió con los casos en las fases iniciales de la enfermedad. En el 100% el tratamiento inicial fueron corticoides añadiéndose posteriormente metotrexato en un 71,4%. En el 28,6% de los casos se añadió un segundo tratamiento inmunomodulador (ciclofosfamida). En 2 pacientes se pautó tratamiento biológico (infliximab como primer tratamiento) y en un paciente se cambió por ineficacia a un segundo tratamiento biológico (golimumab). En cuanto al tratamiento quirúrgico se realizó en un 57,1% de los pacientes.

Conclusiones: En nuestra serie la prevalencia de arteritis de Takayasu es similar a las descritas previamente mostrando un claro predominio en el sexo femenino. Destaca la importancia que están adquiriendo nuevos métodos diagnósticos como la angio-RM y el angio TC frente a la angiografía, como técnicas menos invasivas y con alta sensibilidad. En los últimos años se ha instaurado de forma progresiva el uso del 18F-FDG PET-TAC para el seguimiento de la enfermedad, detectando posibles focos de actividad vascular, sobre todo en fases iniciales. En cuanto al tratamiento, la base continúa siendo el tratamiento

corticoideo junto con inmunomoduladores siendo el más usado el metotrexato. En los casos refractarios se pueden iniciar terapias biológicas con fármacos anti-TNF. En series de casos recientes se propone el uso de tocilizumab como una alternativa efectiva frente al fracaso terapéutico con los tratamientos anteriores, no habiendo sido empleado por el momento en nuestro centro.

Póster 20

INCIDENCIAS RELACIONADAS CON HEPATITIS VIRALES REGISTRADAS EN UNA CONSULTA DE CONTROL DE FAMES

F. Rey, A. Rubio, E. Álvarez, C. Peña, A. Cruz, M. Crespo
Servicio de Reumatología del Hospital Severo Ochoa de Leganés. Madrid

Objetivos: En una consulta de Reumatología donde se controlan 180 pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias tratadas con diferentes FAMES desde el año 2002 al 2013 se han detectado cuatro incidencias relacionadas con hepatitis virales. Analizamos los casos y su evolución.

Métodos: Análisis retrospectivo descriptivo. Un total de 180 pacientes (66% mujeres) con enfermedad reumática inflamatoria (103 AR, 35 APs, 12 EA, 3 AIJ, 27 Otras) que reciben diferentes FAME (117 Metotrexato, 40 Leflunomida, 31 Salazopirina, 16 Azatioprina, 1 Sales de oro, 1 Ciclosporina), se controlan analíticamente según protocolos de cada FAME, y se realizan serologías a virus hepatotropos ante la elevación significativa de transaminasas.

Resultados: En estas condiciones hemos tenido 4 casos de hepatitis virales (2,2%).

Paciente 1- hepatitis aguda por virus **E**, **Paciente 2-** hepatitis aguda por virus **C**, **Paciente 3-** hepatitis aguda por virus **B** y **Paciente 4-** reanudación de una hepatitis **B** con HBsAg previo que ha evolucionado a hepatitis crónica activa.

Paciente	Edad actual	Enfermedad	FAME	Año de infección viral	Serología previa	Serología	Presentación/Evolución	Tratamiento
1	66	Polimiositis	Metotrexato (MTX)	2009	HBsAg – HbcAc – antiVHC–	AntiVHE IgM + AntiVHE IgG + PCR VHE +	Aguda/ Curación	Esteroides
2	40	AIJ	MTX + Infliximab	2002	HBsAg – HBcAc – antiVHC–	AntiVHC + PCR +	Asintomática/ Curación	IFN+Ribavirina
3	57	AR	MTX+Leflunomida	2009	HbsAg – HBcAc – antiVHC–	HBsAg negativo, HBcAc positivo	Asintomática/ Curación	Ninguno
4	83	AR	Metotrexato	2013	HBsAg – HBcAc +	HBsAg positivo, HBsAc 52, PCR+ HBeAg positivo, HBeAc positivo	Reactivación/ Hepatitis crónica activa	Tenofovir

Conclusiones: El control analítico rutinario de nuestros pacientes con FAME que son potencialmente hepatotóxicos hace que detectemos infecciones virales que muchas veces son asintomáticas (75% en nuestra serie).

La detección de estas infecciones puede mejorar su evolución y pronóstico al ser tratadas y ayudar a prevenir nuevos contagios.

Póster 21

MIOPATÍA NECROTIZANTE AUTOINMUNE. ESPECTRO CLÍNICO DE LA ENFERMEDAD.

Lojo Oliveira, L.; Navío Marco, M.T.*; Cebrián Méndez, L.*; Matías de la Mano, M.A.*; Martínez Acebes, E.*** *Sección de Reumatología. **Servicio de Neurología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Av. Gan Vía del Este, 80 28031 Madrid.

Introducción: La miopatía necrotizante autoinmune (MNA) se caracteriza por la presencia de necrosis fibrilar con infiltrado inflamatorio discreto o ausente. Recientemente se han identificado en estos pacientes anticuerpos específicos anti-HMGCoA reductasa. Presentamos dos casos clínicos con el mismo diagnóstico pero con un curso evolutivo completamente diferente.

Presentación clínica: CASO 1. Mujer de 66 años con antecedentes de toma de atorvastatina. Acude con debilidad muscular proximal y pérdida de 8 Kg de peso. CPK sérica 7590 U/L. Despistaje de neoplasia negativo. EMG: abundantes descargas miotónicas, compatible con miopatía inflamatoria. Se realiza biopsia muscular que muestra necrosis fibrilar segmentaria multifocal extensa con acúmulo de linfocitos e histiocitos. El estudio de autoinmunidad fue negativo excepto los Ac anti-HMGCoA reductasa que resultaron positivos. Se inició tratamiento con prednisona a dosis de 1 mg/Kg peso y metotrexato con resolución completa de la sintomatología y normalización analítica. CASO 2. Varón 21 años que consulta por debilidad muscular proximal de predominio en miembros superiores. CPK sérica 22983 U/L. EMG: Descargas de alta frecuencia y actividad denervativa en reposo en musculatura proximal de extremidades. Biopsia muscular, intensa necrosis fibrilar con escaso infiltrado linfocitario. Ac anti-HMGCoA reductasa positivos con resto de Ac negativos. Se inició tratamiento con corticoides a altas dosis con mejoría. Presentó ineficacia a metotrexato, azatioprina y rituximab. Actualmente está en tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas mensuales y dosis bajas de prednisona con buen control clínico pero con persistencia de CPK elevada (8153 U/L).

Conclusiones: La MNA es una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de las miopatías inflamatorias con o sin toma previa de estatinas. La heterogeneidad en la presentación clínica y la respuesta al tratamiento pone de manifiesto la necesidad de marcadores específicos. El diagnóstico definitivo se establece con la biopsia muscular y en un elevado porcentaje de pacientes encontraremos positividad para los Ac anti-HMGCoA reductasa.

Póster 22

OSTEOPOROSIS EN UNA CONSULTA DE REUMATOLOGIA GENERAL

Pilar Navarro Alonso, Alberto Díaz Oca, Álvaro García Martos, Miguel Cantalejo Moreira, Raúl Veiga Cabello Unidad de Reumatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Objetivos: Evaluar la utilidad de la AccuDEXA como herramienta de clasificación del riesgo de osteoporosis

Metodos: Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes remitidos a consulta de Reumatología para despistaje de osteoporosis durante los meses de Enero, Febrero y Marzo de 2006. A todos los pacientes se les realizó AccuDEXA, considerándose significativa de riesgo de Osteoporosis cifras de T menores de -0.8. Del grupo de pacientes con AccuDEXA significativa, se revisaron las historias clínicas de los 6 años posteriores de seguimiento en consulta, en todos ellos se recogen datos de: sexo, edad, AccuDEXA, osteoporosis previa, factores de riesgo de osteoporosis, tratamientos específicos y fracturas por fragilidad ósea.

Resultados: Se remitieron a consulta de Reumatología para valoración de osteoporosis 106 pacientes, en 72 la T era menor de cero y en 34 mayor de cero (al 2º grupo se les dio el alta por densidad mineral ósea normal). De los 72 pacientes con T menor de cero, 47 tenían T menor de -0.8 (4V y 43M) y en 25 la T era mayor de -0.8 (2V y 23 M), considerando los últimos como de bajo riesgo de fracturas por fragilidad ósea, no se les realizó seguimiento.

Los 47 pacientes con AccuDEXA significativa tenían una edad media de 64.2 años (rango 25-88), en el grupo de los varones tenían como factores de riesgo: 2 asma y tratamiento con corticoides, 1 Insuf. Renal, 1 osteopenia radiológica, las mujeres (2 Neo de mama y tratamiento con tamoxifeno, 4 hiperparatiroidismo, 1 Artritis Reumatoide, 2 hipertiroidismo, 1 tratamiento crónico con corticoides por asma, 9 menopausia precoz, 24 no tenían factores de riesgo) 16 pacientes tenían diagnóstico previo de osteoporosis. En la primera visita en el 53 % de los pacientes se pautaron antireabsortivos VO en el 29% ranelato de estroncio y en el 18% SERM. A los 6 años mantenía seguimiento en consulta el 59% de los pacientes.

Conclusiones: La AccuDEXA puede ser un instrumento útil a efectos de clasificación de pacientes con riesgo de Osteoporosis para su posterior seguimiento. En nuestro caso es de destacar la pérdida de seguimiento por parte de los pacientes en el 41%.

Póster 23

INICIO DE CONSULTA DE REUMATOLOGÍA PRIVADA PARA PACIENTES CON PÓLIZAS MÉDICAS.

Juan Carlos Nieto González^{1,2}

1- Hospital General Universitario Gregorio Marañón. C/ Doctor Esquerdo 46, 28007, Madrid.

2- Hospital RUBER internacional. Calle de la Masó 38, 28034, Madrid.

Objetivos: El objetivo de esta comunicación es describir el desarrollo de una consulta de reumatología privada para pacientes con una póliza médica desde su inicio a lo largo del primer año.

Métodos: Estudio descriptivo transversal. Se inició una consulta de reumatología en un centro privado que no disponía de reumatólogo para atención de pacientes con pólizas de salud. Se registraron datos demográficos y clínicos a lo largo de 12 meses (Junio 2013- Junio 2014), incluyendo fecha, edad, género, consulta nueva o revisión y compañía de seguros. Se recogió el diagnóstico clínico y las pruebas solicitadas. Se consideró consulta nueva todo paciente atendido por primera vez, y revisiones todas las consultas posteriores, independientemente del tiempo transcurrido entre ellas.

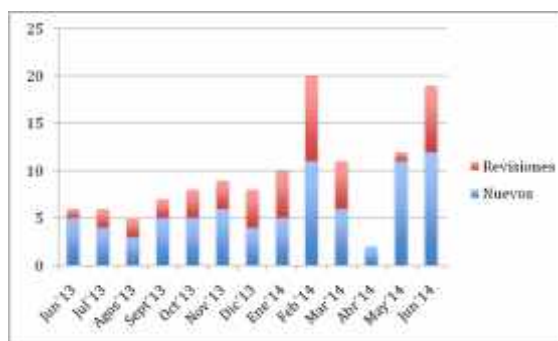
Resultados: Se registraron 132 citas, de las cuáles 79 (59,8%) fueron consultas nuevas, 44 (33,3%) fueron revisiones y 9 (6,8%) pacientes citados no acudieron a consulta. Se realizaron 123 consultas (93,2% de los citados) una vez eliminados los pacientes que no acudieron. De los 79 pacientes atendidos el 78,5% (62) fueron mujeres. La edad media de los pacientes atendidos fue 49 (rango 29-85). Se realizaron 5 artrocentesis. Las patologías atendidas y su frecuencia se muestran en la tabla 1; las patologías más frecuentes fueron las esperables, artrosis, artrosis y osteoporosis. La tabla 2 refleja el número de pacientes/mes que se atendieron en consulta, dividido en consultas nuevas y revisiones.

Conclusiones: La reumatología privada ofrece una oportunidad a jóvenes reumatólogos para seguir desarrollando la especialidad. La consolidación de una nueva consulta requiere de paciencia, constancia y esfuerzo. Es recomendable disponer de varias compañías de seguros que remitan enfermos para lograr un crecimiento adecuado.

Tabla 1. Diagnósticos y su frecuencia.

Enfermedades reumatológicas	Número	%
Artrosis	21	26,6
Artralgias	10	12,7
Osteoporosis	8	10,1
Patología mecánica	7	8,9
Fibromialgia	5	6,3
Monoartritis	4	5,1
Alteración analítica	4	5,1
Gota	3	3,8
Conectivopatías (LES, DM, SSp)	4	5,1
Otros	5	5,1
Dolor lumbar	2	2,5
Artritis inflamatorias (Aps, AR, EA)	3	3,8
Sinovitis villonodular	1	1,3
Artritis reactiva	1	1,3
	79	100

Tabla 2. Pacientes atendidos divididos en nuevos/revisiones al mes



Póster 24

PRESENTACIONES ATÍPICAS DE ARTERITIS DE TAKAYASU. SERIE DE CASOS

A.B. Rodríguez Cambrón, M. Ahijón Lana, M. Alcalde Villar, F. M. Cabero del Pozo, A. Cruz Valenciano, M. Crespo Echevarría, P. Collado Ramos

Hospital Universitario Severo Ochoa; Avd. de Orellana s/n CP: 28911, Leganés

INTRODUCCIÓN: La Arteritis de Takayasu (AT) es una vasculitis sistémica que afecta principalmente a la arteria aorta (Ao) y sus principales ramas (subclavias, Ao ascendente y carótidas). Exponemos 3 casos con clínica atípica.

PRESENTACIÓN CLÍNICA: Caso1: Mujer, 26 años sin antecedentes personales (AP) de interés que ingresa en 2010 por dolor abdominal, cefalea 2ª a hipertensión arterial (HTA). Estudio completo analítico sin alteraciones, TAC abdominal: afectación de tronco celiaco, mesentérica superior y renales de predominio izquierdo (izq.), se implanta Stent en arteria renal izq. y se decide Tratamiento (Tto.) con corticoides (CS) 1mg/Kg/día hasta suspensión en 2012, Azatioprina (AZA) y tratamiento antiHTA con buena evolución. En 2014 - bajo Tto. con AZA 100mg/día - recidiva la clínica abdominal con edemas perimaleolares, motivo de ingreso. Se realiza Angio-TAC: estenosis significativa (75%) de arteria renal derecha (drcha.), estenosis preoclusiva del tronco celiaco y estenosis del Stent de arteria renal izq. Tto.: CS y terapia biológica (TB) para

control de inflamación. **Caso2:** Varón, 39años, AP: válvula de derivación ventrículo-peritoneal por hidrocefalia de etiología desconocida a los 26 años y diagnóstico de espondilitis anquilosante en 1996 (dolor inflamatorio lumbar, HLA B27 + y sacroilitis bilateral grado II). En 2012 acude por 1ª vez a nuestro servicio refiriendo únicamente lumbalgia de características mixtas que maneja con antiinflamatorios, se objetiva una TA diferencial en ambos brazos de >10 mmHg, sin clínica sistémica, PCR 24 y VSG 39, motivo de ingreso. Se realiza estudio completo analítico sin alteraciones y Angio-RM de troncos supraaórticos (TTSS): obstrucción completa de la arteria subclavia izq. (long ≈18.2 mm), proximal a la salida de la arteria vertebral, con signo de inversión del flujo por la arteria vertebral izq.; estenosis (90%) larga filiforme de arteria carótida común (ACC) drcha. hasta el polígono de Willis; estenosis focal de 1/3 medio de la ACC izq. (50%). TAC abdomen: Ao normal. Tto.: CS, antiHTA y FAME de mantenimiento. **Caso3:** Mujer, 38 años, AP: DL. Consulta en 2009 por claudicación en miembros inferiores. En la analítica se objetiva elevación de reactantes de fase aguda; ante la sospecha de vasculitis se realiza arteriografía de Ao: estenosis de la Ao infrarrenal. Se completa con Angio-TAC y Angio-RM de TTSS, Ao torácica y abdominal: se confirma la estenosis además de objetivarse estenosis de arteria renal drcha., mesentérica superior y estenosis de arteria subclavia drcha. Se inicia Tto. con CS (1mg/Kg/día) y Metotrexato 20 mg/semanales con mejoría. Bajo Tto. con CS 10 mg/día presenta un episodio de dolor precordial, se realiza cateterismo y se objetiva enfermedad coronaria severa con afectación de la arteria descendente anterior que requirió colocación de Stent. Tto: CS y TB con estabilidad clínica.

CONCLUSIONES: La AT es una enfermedad infrecuente y su diagnóstico habitualmente suele ser difícil y, consecuentemente, tardío, lo cual suele asociarse a una importante morbi-mortalidad. Las actuales técnicas de imagen y la TB permiten un diagnóstico precoz y un manejo menos invasivo, incluso en casos atípicos.

Póster 25

ESPONDILOARTROPATÍA AXIAL Y SENSIBILIDAD AL GLUTEN NO CELÍACA (SERIE DE CASOS)

Bryan Josué Flores Robles, Carlos María Isasi Zaragoza, Eva Tejerina, Luz María Morán, Clara Pilar Sangüesa Gómez, María Espinosa Malpartida, María Consuelo Ramos Giráldez, José Luis Andréu Sánchez
Departamento de Reumatología Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda CP: 28222

Objetivo: Describir una serie de pacientes con espondiloartropatía axial y sensibilidad al gluten no celiaca en los que la dieta sin gluten ha sido decisiva en el tratamiento y la respuesta clínica

Métodos: Se describe el cuadro clínico y la respuesta a dieta sin gluten en **cuatro pacientes** con espondiloartritis axial y con sensibilidad al gluten no celiaca, dos de ellos con espondilitis anquilosante y uno con espondiloartritis psoriásica.

Resultados: En los cuatro pacientes se descartó enfermedad celiaca y se observó una clara respuesta a la dieta sin gluten con resolución del dolor lumbar inflamatorio y recidiva si había ingesta de gluten. En 3 de los pacientes se realizó biopsia duodenal observando linfocitosis intraepitelial. Se demuestra remisión completa de edema de ambas sacroilíacas en uno de los pacientes.

Conclusiones: Esta observación clínica apoya la existencia de espondiloartritis enteropática por sensibilidad al gluten no celiaca.

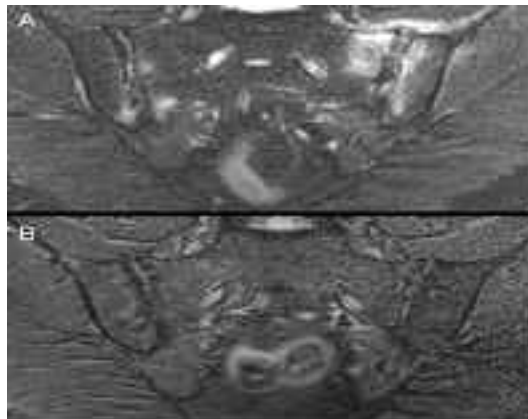


Figura 1: RM de uno de los casos con edema óseo bilateral asimétrico de ambas articulaciones sacroilíacas y capsulitis izquierda (A) con resolución a los 17 meses de dieta sin gluten (B)

Póster 26

UTILIDAD DE LA ECOGRAFIA EN LA FIBROMIALGIA

Rodrigo Ghigliano, Susana Molina González, Iván Quiroga López

Hospital Nuestra Señora del Prado de Talavera de la Reina. Carretera de Madrid, KM 114, 45600 Talavera de la Reina, Toledo

Objetivos: Demostrar la utilidad de la ecografía en la fibromialgia.

Metodología: Se trata de un estudio descriptivo 605 pacientes con fibromialgia. Se incluyen a los pacientes en una base de datos. Se realiza a todos los pacientes una ecografía de tiroides y una ecografía del tercio de distal de tibia.

Resultados: **GRUPO I: (278)** La cortical tibial tiene que ser menor de 10 mm y sin refuerzo perióstico. Las características más relevantes son: Dislipemia en el 40%, HTA 20 %, hipotiroidismo en el 17%, operadas de varices 4,5%, de útero en el 12,5% (prolapso 23%) o de hernias discales en el 7,5%. Finalmente el 13% tiene nódulos tiroideos patológicos (> de 10mm); **GRUPO II: (143)** La cortical tibial tiene que ser menor de 10mm. Con refuerzo perióstico. Las características relevantes son tratamiento con anticoncepción en el 14% (dismenorrea 35%), patología autoinmunitaria en el 4,2% y el 9 % presentan nódulos tiroideos patológicos.; **GRUPO III (184)** La cortical tibial es mayor de 10mm (es un probable artefacto producido por el aumento del tejido celular subcutáneo)

En este grupo destacan: Dislipemia 22%, HTA en el 28%, patología SNC en el 8,1%, asma 6.5%, psoriasis el 5,5%, aumento reactantes de fase aguda 9,28%, El 8,8% tienen BMN.

Conclusión: Con esta clasificación se intenta agrupar la fibromialgia en tres tipos:

TIPO 1: Se podría definir como un cuadro de evolución lenta y progresiva de relajación del tejido conectivo articular/periarticular con formación de hernias discales, patología tendinosa crónica, meniscal, etc. Laxitud del tejido de sostén con ptosis viscerales (útero, vejiga, estomago), del tejido circulatorio (varices o hemorroides), entre otros.

TIPO 2: Lo describo como un posible cuadro hiperestrogénico con intenso síndrome premenstrual, dismenorrea y la posible reacción perióstica del hueso cortical

TIPO 3: Se puede tratar de un trastorno de sobrecarga hídrica de distintos tejidos con edemas en miembros, HTA, afectación SNC, psoriasis o aumento de reactantes de fase.

Póster 27

SÍNDROME DE SCHNITZLER. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Freites Núñez, L. Arietti López, Alejandro Gómez Gómez, I.C. Morado Quínoa, Z. Rosales Rosado. Servicio de Reumatología. Hospital Clínico San Carlos, C/Profesor Martín Lagos s/n (28040 Madrid).

Introducción. El síndrome de Schnitzler es una enfermedad rara adquirida, que comparte singularidades comunes con los síndromes autoinflamatorios hereditarios. Su etiopatogenia es desconocida, aunque se ha relacionado con situaciones como la alteración del equilibrio de la interleucina 1. Hasta un 20% de estos pacientes evolucionan a un síndrome linfoproliferativo (macroglobulinemia de Waldenström y mieloma).

Presentación clínica. Mujer de 60 años sin antecedentes personales de interés que desde el año 2005 presenta un cuadro de artromialgias inflamatorias, fiebre termometrada y lesiones cutáneas maculopapulares evanescentes en tórax, abdomen y extremidades inferiores; cursa en brotes que se acompañan de elevación de reactantes de fase aguda y cede con corticoides. En el año 2007 sufre una rotura espontánea de bazo (no disponemos de anatomía patológica para revisar). En el año 2011 se objetivan aplastamientos vertebrales realizándose cifoplastia con toma de biopsia (estudio inmunofenotípico de médula ósea) y PET-TAC con resultados negativos para malignidad pero en sangre periférica se detecta pico monoclonal IgM Kappa no conocido previamente. En abril de 2012 se realizan biopsia de arteria temporal y panarteriografía descartándose origen vasculítico del cuadro. En seguimiento en nuestro servicio desde septiembre de 2012, la paciente era corticodependiente con automanejo de dosis en función de la sintomatología. Cuando inicia el seguimiento en nuestro centro presenta dolor óseo inflamatorio en cadera y miembro inferior derecho con exploración normal. Se realiza serie ósea completa (sin datos de malignidad), RM de cadera y PET-TAC donde se objetiva un extenso aumento de señal de la médula ósea de fémur derecho, sin interrupción de la cortical ni masa de partes blandas que sugiera proceso infiltrativo subyacente y sin línea de fractura que se mantiene en revisiones radiológicas sucesivas. En un control de PET TAC se detecta una posible lesión en el recto-unión anorrectal. En julio de 2014 la paciente está sintomática, con fiebre termometrada, y sin corticoides por primera vez desde que la conocemos. Se decide ingreso para monitorización de cuadro clínico y completar el estudio. A la exploración existe un exantema maculopapular evanescente no pruriginoso en tórax, abdomen y extremidades inferiores junto con fiebre intermitente y periartritis en tobillos. Se realizan analíticas (hemograma, bioquímica, coagulación, serología, marcadores tumorales, autoanticuerpos, proteinograma e inmunoelectroforesis) con resultado normal excepto por pico monoclonal IgM kappa (similar a analíticas previas) y un aumento de la velocidad de sedimentación globular (VSG) y proteína C reactiva (PCR). Se realiza gastro-colonoscopia y biopsia de lesión anorrectal (diagnóstico de amiloidosis secundaria) y ecocardiograma (discinesia apical transitoria). Valorada por Dermatología se diagnostican de urticaria

crónica. En base a las manifestaciones clínicas y los resultados de pruebas complementarias se realiza el diagnóstico de síndrome de Schnitzler (2 criterios mayores: urticaria crónica/febre intermitente y monoclonalidad de IgM; y al menos 4 menores: artralgias, dolor óseo, VSG y leucocitos elevados); complicado con Amiloidosis secundaria.

Conclusiones. La presencia de un pico monoclonal IgM, fiebre intermitente y urticaria crónica en ausencia de otras patologías condujeron a la sospecha diagnóstica de síndrome de Schnitzler. Deberíamos tener en cuenta esta patología en el diagnóstico diferencial de nuestros pacientes por su gran impacto en la calidad de vida y el riesgo de desarrollar malignidad, especialmente síndromes linfoproliferativos, asegurando un control evolutivo y tratamiento precoz.

Póster 28

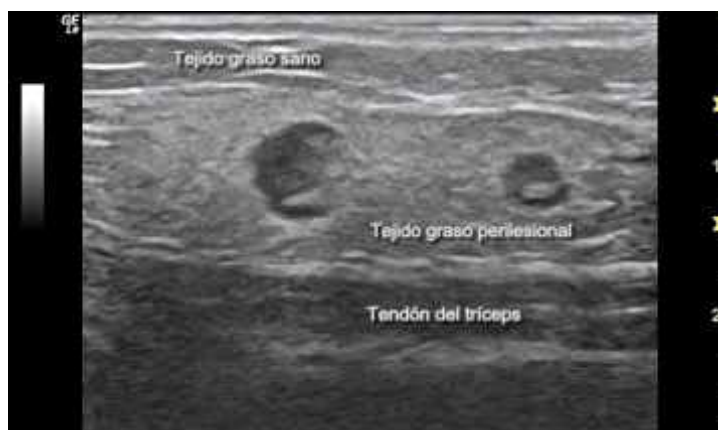
PSEUDOENTESITIS TRICIPITAL POR CISTICERCOSIS

Carlos Guillén Astete¹. Mónica Luque Alarcón²
¹Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; ²Hospital El Tajo, Aranjuez.

Introducción: La cisticercosis, es la proliferación de quistes o vesículas en los tejidos de diversos animales, incluyendo al ser humano. Depende de la ingestión de los huevos de los parásitos liberados al ambiente por los individuos portadores del gusano adulto. Pueden alojarse en cualquier tejido y sus manifestaciones clínicas dependen de su localización. Presentamos un caso de cisticercosis con expresión clínica paraentésica.

Presetación clínica: Una mujer de 41 años, natural de Bolivia con 30 años de residencia en España había consultado en varias oportunidades en su CS por molestias mecánicas al realizar la extensión del codo durante su actividad laboral (limpieza). Se le había tratado con antiinflamatorios y medios físicos bajo el diagnóstico de "tendinitis del tríceps". Se presentó en nuestra consulta por reciente exacerbación de sus molestias, dolor, tumefacción y limitación funcional del codo en su recorrido flexor pasivo y activo. El dolor se localizaba en la región distal de la cara dorsal del brazo y los signos inflamatorios eran evidentes a unos 2cm proximales a la fosa olecraneana. Una ecografía demostró normalidad de la articulación del codo y de la entesis del tríceps. Superficial a esta, en el estrato graso se identificaron dos lesiones redondeadas de 1.8 y 2.2 cm de diámetro de contenido anecoico con presencia de una estructura ecoica en "semiluna" dentro de la de mayor tamaño. Alrededor de ambas estructuras se apreciaba una notable condensación ecogénica en el tejido graso. El estudio serológico fue positivo a cisticercosis. Tras el manejo antiparasitario y antibiótico se practicó una extracción quirúrgica de las dos lesiones, posteriormente identificadas como cisticercos. La mayor de ellas había perdido la integridad de su membrana provocando la intensa afectación inflamatoria. Asimismo, un TAC craneal demostró múltiples lesiones calcificadas intracraneales que no habían producido clínica neurológica ninguna.

Conclusiones: Sin duda se trata de un caso excepcional sin embargo permite subrayar la importancia de la valoración ecográfica para confirmar la sospecha clínica (en este caso compatible con entesitis del tríceps) en una paciente que había respondido inapropiadamente al manejo convencional. Muy probablemente, una valoración ecográfica inicial habría evitado las múltiples consultas y la complicación infecciosa que presentó la paciente.



Póster 29

ASOCIACIÓN ENTRE ENFERMEDADES AUTOINMUNES SISTÉMICAS Y MIASTENIA GRAVIS.

*Almudena Román Pascual¹, Marta Medrano San Ildefonso², Jesús Marzo Gracia², Francisco Javier Manero Ruíz².
Sección de Reumatología. Hospital Comarcal de Alcañiz. Calle Doctor Repollés, 2, 44600, Alcañiz. Teruel.
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Miguel Servet. Paseo Isabel La Católica, 1-3, 50009, Zaragoza.*

Introducción: La coexistencia de Miastenia Gravis (MG) y Enfermedades Autoinmunes Sistémicas ha sido descrita con anterioridad, sin embargo, no está claro si esta asociación representa un solapamiento de enfermedades autoinmunes o son manifestaciones de un mismo trastorno de etiología autoinmune.

Presentación clínica: Caso 1: Varón de 45 años. Diagnosticado de Artritis Reumatoide (AR) a los 41 años de edad (factor reumatoide y anti CCP positivo). Recibió tratamiento con prednisona a dosis variables y metotrexato. Dos años después del diagnóstico inició disfagia, ptosis palpebral unilateral y debilidad muscular. Se realizó estudio neurológico con presencia de Anticuerpos anti receptor de Ach positivos confirmando el diagnóstico de Miastenia Gravis con afectación de musculatura facial y respiratoria. Simultáneamente se detectó una Tiroiditis Autoinmune de Hashimoto. Se inició tratamiento con piridostigmina y se sustituyó el metotrexato por azatioprina en dosis ascendentes hasta control sintomático de la AR y de la MG.

Caso 2: Mujer de 31 años. Diagnosticada de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) a los 17 años en base a artritis, eritema malar, ANA y DNA positivo. A lo largo de la evolución ha presentado: neuritis retrobulbar de ambos ojos, trombocitopenia, cefaleas migrañosas, hipocloremia oscilante y positividad de los anticuerpos antifosfolípido. Hace aproximadamente 1 año y medio comienza con síntomas episódicos de debilidad de musculatura bulbar: disfagia, ptosis palpebral, así como diplopía, además de leve debilidad muscular y fatiga de predominio vespertino. Se confirmó el diagnóstico de Miastenia Gravis Generalizada por la presencia de Anticuerpos anti receptor de Ach. El TAC torácico demostró leve hiperplasia del tejido tímico. Se inició tratamiento con piridostigmina con excelente respuesta.

Conclusiones: Describimos dos pacientes que asocian Enfermedades Autoinmunes Sistémicas con MG. En el caso del LES la MG se considera una manifestación neuropsiquiátrica de la propia enfermedad. En el caso de la AR se desconoce si la coexistencia de ambas enfermedades es mera coincidencia o es la expresión de un desorden autoinmune común. En más de la mitad de los casos descritos en la literatura el desarrollo de la MG precede al diagnóstico de la conectivopatía, algo que no coincide con nuestra experiencia.

Póster 30

FRACTURAS ATÍPICAS DE FÉMUR SECUNDARIAS AL TRATAMIENTO ACUMULADO CON BISFOSFONATOS Y DENOSUMAB EN LA OSTEOPOROSIS ESTEROIDEA Y SENIL

*L. Merino Meléndez, A.M. Ortiz García, I. Llorente Cubas, E. García Lorenzo, R. García de Vicuña, S. Castañeda Sanz.
Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de la Princesa, IIS-IP, C/Diego de León 62, 28006 Madrid.*

Introducción: Las fracturas atípicas (FA) de fémur constituyen una complicación infrecuente (5/10.000 pacientes/año) del tratamiento con bisfosfonatos (BF) para la osteoporosis (OP). El mecanismo patogénico de esta complicación no es bien conocido, aunque actualmente se postula que son debidas a la inhibición de la resorción y formación ósea acoplada, que ralentiza el remodelado óseo con la consecuente pérdida de la capacidad auto-reparadora y aparición secundaria de fracturas por fatiga sin traumatismo previo. Denosumab (Dmab) es un anticuerpo monoclonal neutralizante del RANKL que inhibe la diferenciación, actividad y supervivencia de los osteoclastos. Dada su reciente comercialización, sus acontecimientos adversos y toxicidad por uso crónico no están aún bien definidos. Presentamos dos pacientes tratados durante años con BF que presentaron FA al poco tiempo de iniciar Dmab.

Presentación clínica: 1) Mujer de 73 años, con antecedentes de polimiositis anti-Jo1+, en tratamiento con glucocorticoides (GC, 5 mg/día), metotrexato, ciclosporina A y omeprazol. La paciente había sufrido previamente dos fracturas vertebrales (T9, L1) y otra de rama isquiopubiana derecha. Fue tratada con risedronato durante 6 años y, posteriormente, con ranelato de estroncio durante 5, tras lo cual se inicia tratamiento con Dmab. La paciente sufre una FA de fémur derecho tras la segunda dosis.

2) Mujer de 82 años con polimialgia reumática en tratamiento con GC orales (5-10 mg/día) y GC inhalados por asma durante más de 10 años asociados a omeprazol. Tras recibir tratamiento con BF orales (etidronato, alendronato, ibandronato y risedronato) durante más de 15 años, se inicia Dmab y tras la segunda dosis, sufre una FA.

Se trata de dos pacientes con enfermedad inflamatoria crónica y tratamiento prolongado con GC, omeprazol y BF que presentaron una FA de fémur tras la instauración de Dmab. En ambos casos, la fractura cursó con un retraso en la consolidación, aunque se desconoce la implicación de Dmab en el mismo. Si bien se ha descrito el importante papel de la hipovitaminosis D en estas fracturas, sólo una de nuestras pacientes presentaba déficit de vitamina D (23,7 ng/mL).

Conclusión: Los casos presentados apoyan la idea de que debe evitarse el empleo consecutivo de fármacos

antirresortivos, aunque presenten distinto mecanismo de acción, en pacientes que precisan tratamiento a largo plazo para la OP, especialmente si existen otros factores de riesgo, como la edad, uso prolongado de GC y/o patologías que cursan con inflamación sistémica mantenida.

Póster 31

SINDROME AUTOINMUNE MULTIPLE

Navarro Alonso P, Diaz Oca A, Garcia Martos A, Cantalejo Moreira M, Veiga Cabello R
Unidad de Reumatología. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Introducción: La cirrosis biliar primaria (CBP) es una hepatopatía colestásica, crónica, progresiva y de evolución insidiosa, el 85 % de los casos se asocia a otras enfermedades autoinmunes. La presencia de tres ó más enfermedades autoinmunes en un mismo paciente conforma el síndrome autoinmune múltiple (SAM). Según el tipo de patologías que se asocian existen 3 tipos: I, II y III. En el tipo II se puede asociar CBP con esclerodermia, enfermedad tiroidea autoinmune, síndrome de Sjogren y artritis reumatoide. Describimos 2 casos clínicos ilustrativos.

Presentación clínica: Paciente 1: Mujer de 51 años, remitida a consulta de Reumatología en 2009, para valoración de poliartritis simétrica, Raynaud y telangiectasias en cara, antecedentes de diabetes melitus insulín dependiente. En la analítica encontramos: TSH elevada con tiroxina libre normal, factor reumatoide (FR) 198, anticuerpos antinucleares (ANA) 1/1280 patrón centromérico, DNA negativo, anticuerpos antimitocondriales (AMA) 1/160, M2 positivos, anticuerpos anticentromero positivos y resto de ENAS negativos. Durante el seguimiento en 2012 en analítica aparece un patrón de colestásis por lo que se remite a la paciente a Digestivo para estudio, donde es diagnosticada de CBP y se pauta Ursobilane con normalización de las enzimas hepáticas.

Paciente 2: Mujer de 46 años, remitida a consultas de Reumatología en 2013 por poliartritis simétrica, xerostomía, xeroftalmia y Raynaud, tiene antecedentes de Tromboembolismo pulmonar masivo en 2004 con estudio de hipercoagulabilidad normal. En 2006 es diagnosticada en Digestivo de CBP, por patrón de colestasis en la analítica, AMA 1/160 y biopsia hepática con hepatitis periportal, necrosis erosiva leve y esteatosis hepática, en tratamiento con Ursobilane y buena respuesta. Analítica con FR negativo, ANA 1/640, DNA negativo, AMA 1/160, M2 negativo, FR y ENAS negativos. Ecografía de abdomen completo sin alteraciones significativas.

Conclusiones: La CBP conduce tarde o temprano a insuficiencia hepática, conocer su asociación con otras patologías autoinmunes, permite un diagnóstico precoz para realizar el tratamiento oportuno y enlentecer la progresión de la enfermedad, ya que la CBP puede permanecer asintomática durante años y marca el pronóstico del paciente.

Póster 32

URTICARIA-SINOVITIS VASOMOTORA: REPORTE DE DOS CASOS

Carlos Guillen A, David Saceda R, Miguel Zamorano S.
Hospital Universitario Ramón y Cajal

Introducción: La urticaria colinérgica es una forma de urticaria causada por un agente físico: el calor. Estos pacientes presentan manifestaciones dermatológicas típicas de la urticaria como respuesta a la exposición al calor. Estas manifestaciones pueden ser localizadas o diseminadas dependiendo del tipo de exposición y susceptibilidad del paciente. En ningún caso de urticaria colinérgica se ha demostrado sinovitis. Presentamos un caso documentado de sinovitis asociada a urticaria colinérgica localizada en rodillas.

Presentación: Mujer de 25 años. Consulta por episodios de enrojecimiento, tumefacción y prurito en ambas rodillas cada vez que realiza ejercicio físico, desde este verano. En la exploración física no hay hallazgos dermatológicos ni indicios de derrame sinovial significativo clínico ni ecográfico, aunque se observó hipertrofia sinovial +/-+++ bilateral. Tras la realización de 20 minutos de trote cuesta arriba a 30°C de temperatura ambiental, la paciente desarrolló lesiones habonosas, eritematosas y pruriginosas sobre ambas rodillas así como discreto aumento de volumen. Ecográficamente se demostró derrame sinovial +/-+++ visible en los cuatro recesos paratelares. Tras 2 horas de reposo las manifestaciones dermatológicas desaparecieron y se produjo una significativa reducción del derrame sinovial, sin desaparecer del todo. 24 horas más tarde la paciente la sinovitis había desaparecido.

Conclusiones: No existe precedente documentado de sinovitis asociada a urticaria colinérgica en la literatura científica. El caso presentado corresponde a una urticaria localizada en un área circunscrita de la anatomía. El derrame observado asociado a la urticaria podría explicarse por una reactividad de los sinoviocitos a la actividad mastocítica superficial. Probablemente, la estimulación repetida podría haber condicionado cierto grado de hiperplasia sinovial que a su vez sea la responsable de esta hiper-respuesta en forma de derrame.

Póster 33

DIAGNOSTICO DE SINDROME DE KLINEFELTER POR PRESENTAR APLASTAMIENTO VERTEBRAL: APORTACION DE 2 CASOS.

Jacqueline Usón, María Jesús Martínez-Blasco, Cruz Fernández-Espartero, Virginia Villaverde, Roberto Miguélez. Sección de Reumatología, Hospital Universitario de Móstoles, Calle Rio Jucar SN Madrid, 28935.

Introducción: El aplastamiento vertebral no traumático en el varón adulto es infrecuente y obliga descartar endocrinopatías, osteomalacia, tumores malignos, enfermedades hereditarias entre otras. Se presentan dos pacientes con un historial clínico complejo que acuden a nuestra consulta con dorsalgia mecánica por aplastamiento vertebral asociado a un Síndrome de Klinefelter no conocido previamente.

Presentación Clínica: Caso 1: Varón de 45 años, fumador con discapacidad reconocida por dos tromboembolismos pulmonares (a los 23 y 25 años), aneurisma con trombo mural de la arteria poplítea (a los 42 años), hipoacusia neurosensorial bilateral. Neuralgia del trigémino. Anticoagulación por vida. Estudio hipercoagulabilidad normal. ANA 1/160 moteado con estudios previos y actuales negativos para LES y S. Antifosfolipídico. Tiene pareja estable sin hijos. Acude por dorsalgia mecánica de intensidad moderada de 6 meses de evolución. Alto, tímido y algo desconfiado. Sobre peso con distribución grasa feminoide, pectus excavatum, ginecomastia, barbi lampiño, genu valgo, pies planos, insuficiencia venosa. Leve cifosis con dolor palpación D8. Rx dorsal: osteopenia radiológica con acuñaamiento D8. RM dorsal: aplastamiento D8 sin edema óseo. DXA Holologic : t score: -2.8 lumbar. Vitamina D 16 ng/dl. Por el fenotipo del paciente se realiza estudio del cariotipo: 47,XXY. Caso 2: Varón de 43 años con sarcoidosis estadio II desde hace 2 años tratado en otro centro hospitalario con dosis elevadas y moderadas de metilprednisolona y 150 mg azatioprina día. Acude a nuestro hospital por dorsalgia mecánica severa de 1 mes de evolución. Casado sin hijos. Tímido. Facies de cara de luna, estrias violáceas, insuficiencia venosa, barbi lampiño, brazos largos, cifosis dorsal, ginecomastia, pectus excavatum, genu valgo y pies planos. Dolor palpación dorsal medio-alto. Rx dorso-lumbar: osteopenia radiológica con acuñaamiento D4,D4,D7. RM dorso-lumbar: disminución de altura cuerpos vertebrales D4,D5,D7 con señal médula ósea hipointensa T1 y hiperintensa T2 en D4. Analítica de metabolismo fosfocálcico normal. DEXA Holologic: columna lumbar total: t score -3.15. En la siguiente visita se pregunta específicamente si tiene genitales pequeños y lo confirma. Se solicita estudio cariotipo: 42,XXY.

Conclusión: La carga genética del cromosoma X junto con la deficiencia de testosterona aumenta el riesgo de osteoporosis, enfermedad vascular y autoinmune entre otras. Por ello, es importante que el reumatólogo conozca el fenotipo y el espectro clínico del S. Klinefelter.

Póster 34

PANUVEÍTIS EN PACIENTE CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE HLA B27+ REFRACTARIA QUE REMITE CON DIETA SIN GLUTEN

Bryan Josué Flores Robles, Carlos María Isasi Zaragoza, Clara Pilar Sangüesa Gómez, María Espinosa Malpartida, María Consuelo Ramos Giráldez, José Luis Andréu Sánchez
Departamento de Reumatología Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda CP:28222

Introducción: Se ha comunicado la respuesta de la uveítis a dieta sin gluten, sin embargo hacen falta estudios controlados. La uveítis representa un grupo de condiciones con diversas etiologías que causan inflamación directa en la úvea. Ante un paciente con uveítis se deben realizar una batería de pruebas básicas (Rx de tórax, Test de sífilis, hemograma y bioquímica básica, tipificación de HLA, Rx de SI, ECA así como test de Borrellia y Toxoplasma además de FR y Mantoux) además de algunas específicas dependiendo del patrón de afectación o la sospecha clínica. Este caso aporta un tratamiento novedoso en cuanto al manejo terapéutico de los pacientes con uveítis.

Presentación de caso: Se trata de una mujer de 37 años con diagnóstico de Espondilitis anquilosante y panuveítis unilateral con control parcial a pesar de tratamiento con AINE, infliximab y adalimumab. Se realiza estudio de sensibilidad al gluten que mostró en gastroscopia linfocitosis intraepitelial duodenal (27 linfocitos por campo CD3+) además de HLA DQ8 y DQ4+, Ac celiaca negativos. Se realizan estudios adicionales de uveítis (Rx de tórax, Test de sífilis, hemograma y bioquímica básica, ECA así como test de Borrellia, Toxoplasma además de FR y Mantoux) que únicamente mostraron serología positiva para toxocara cuyo tratamiento fue ineficaz en cuanto a los brotes de uveítis. Se decide en acuerdo con la paciente iniciar dieta estricta sin gluten por la sospecha de intolerancia al gluten no celiaca tras lo cual presenta mejoría clínica evidente tanto del dolor como de los brotes de uveítis por aproximadamente 15 meses y con recidiva de brotes de uveítis y dolor axial inflamatorio al reintroducir gluten en la dieta.

Conclusiones: Este caso muestra la potencial utilidad de buscar sensibilidad al gluten no celiaca en paciente con espondilitis anquilosante y uveítis refractaria.

Póster 35

ARTRITIS INFECCIOSA POR ESTREPTOCOCO EQUI Y GOTA: REPORTE DE UN CASO

*Carlos Guillen A, Adela Braña C, Nancy Sánchez R.
Hospital Universitario Ramón y Cajal*

Introducción: La coexistencia de artritis infecciosa y microcristalina ha sido descrita previamente en la literatura. Existen series que demuestran crecimiento de bacterias en los cultivos sinoviales de pacientes con artritis gotosa y por pirofosfato cálcico (*pseudogota*). Presentamos el caso de una monoartritis gotosa infectada por un *Streptococo equi*, una variedad de *Streptococo beta*hemolítico Grupo C cuya afectación en humanos se ha documentado en 4 oportunidades (dos articulares).

Presentación: Una mujer de 66 años, madre de una veterinaria de caballos, presentó una monoartritis de rodilla derecha. La paciente tenía antecedentes de hipertensión arterial tratada con IECAs y furosemida. Había tenido un único episodio de monoartritis previa, 5 años antes, no filiada y su uricemia, tres meses antes era 9.9mg/dL. A su llegada a urgencias tenía fiebre y claro derrame sinovial. Presentó leucocitosis periférica con neutrofilia, PCR 255 mg/dL y VSG 108mm/h. Una artrocentesis de 60ml de líquido turbio demostró cristales de urato monosódico intrarticulares y Gram estéril. El recuento celular del líquido fue 95000cel/ml. Ante la sospecha de artritis infecciosa se realizó un lavado articular en el que se extrajo abundante detritus en cuyos cultivos se identificaron cocos Gram + en cadena posteriormente tipificados como *Streptococcus equi*. La evolución de la infección fue tórpida requiriendo un lavado articular y 4 semanas de tratamiento antibiótico parenteral (Vancomicina).

Conclusiones: Los casos descritos en la literatura tienen en común un antecedente directo o indirecto de contacto con caballos. La evolución de este tipo de infecciones es tórpida tanto a nivel articular como cuando ha infectado otras localizaciones. Como en otros casos de multietilogía artrítica, el hallazgo de cristales intracelulares no debe descartar la posibilidad de una infección articular concomitante.

Póster 36

EFICACIA DE RITUXIMAB EN DERMATOMIOSITIS REFRACTARIA A TRATAMIENTO CONVENCIONAL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

C. Sangüesa¹, J. Campos¹, J. de la Mata², B. Flores¹, M. Espinosa¹, JL. Andreu¹, C. Barbadillo¹, H. Godoy¹, C. Isasi¹, M. Jiménez Palop¹, J. Sanz¹, L. Villa¹ y J. Mulero¹. ¹Servicio de Reumatología. Hospital U. Puerta de Hierro de Majadahonda. C/ Manuel de Falla 1. Madrid. ²Instituto de Salud Osteoarticular ARI C/Ana Teresa 30. 28023. Madrid

Introducción: La dermatomiositis (DM) es un tipo de miopatía inflamatoria idiopática de etiología desconocida que afecta principalmente al músculo esquelético, piel y otros órganos internos. El tratamiento se basa en el uso de glucocorticoides e inmunosupresores como Metotrexato (MTX) y azatioprina (AZA) con un porcentaje elevado de ineficacia. En casos refractarios, se han usado puntualmente diferentes terapias biológicas, entre ellas Rituximab (RTX).

Presentación clínica: mujer de 51 años, sin antecedentes médicos de interés, diagnosticada de DM en 2003, que debutó con cuadro rápidamente progresivo de astenia, artromialgias inflamatorias y marcada limitación funcional en cinturas, asociado a lesiones eritemato-violáceas en párpados superiores, superficies extensoras de extremidades y electromiograma (EMG) y biopsia muscular compatibles con polimiositis. Dada la rapidez del cuadro inicial, con niveles de CK basales de 1785 U/L y aparición de trastornos de la deglución, se inició tratamiento con corticoides iv a dosis altas y MTX. La evolución inicial, clínica, analítica y electromiográfica, fue aceptable, manteniéndose cifras de CK de 150-250 U/L durante los 3 primeros años, produciéndose discretos repuntes de la clínica muscular coincidentes con dosis de prednisona < 15 mg/día, por lo que en 2007 se suspende el MTX sin empeoramiento. Posteriormente se inició AZA retirándose al cabo de un mes por intolerancia digestiva y en 2011, Ciclosporina con buena respuesta. Sin embargo, al año siguiente comienza con dolor en MMII y dificultad para subir escaleras, de predominio izquierdo y repunte de la CK a 269 U/L. La RM mostró datos de miositis activa bilateral asimétrica de predominio izquierdo de musculatura de caderas y muslos. Se suspendió Ciclosporina y se aumentó dosis de esteroides, normalizándose la CK. Debido a la corticodependencia, se decidió iniciar RTX 1000 mg iv 2 dosis (días 0 y 14). Tras 2 ciclos de RTX (separados 6 meses) se ha obtenido una respuesta favorable, consiguiéndose mantener niveles de CK normales (<150), disminuir la dosis de esteroide, así como la no progresión de la atrofia y disminución de edema muscular en RM.

Conclusiones: La experiencia reciente acumulada parece indicar que el RTX es una alternativa a considerar en el tratamiento de las DM y PM refractarias al tratamiento convencional. La dosis de RTX y el esquema de tratamiento óptimo están aún por establecer. En este caso empleamos el esquema de administración de RTX para artritis reumatoide al comprobar su eficacia para MII en otras publicaciones y estar más habituados con su uso.

Póster 37

PACIENTE CON LUPUS, FIEBRE Y POLIADENOPATÍAS: ENFERMEDAD DE KIKUCHI-FUJIMOTO

Irene Monjo, Amara Pieren, Beatriz Paredes, Concepción Castillo-Gallego, Chamaida Plasencia, Emilio Martín Mola Hospital Universitario La Paz. Paseo de la Castellana 261. 28046 Madrid, España.

Introducción: La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF) es una rara entidad, benigna de causa desconocida que se caracteriza por fiebre y linfadenopatías típicamente cervicales. En la mayoría de los casos se trata de un cuadro autolimitado aunque a veces estos pacientes desarrollan a posteriori una enfermedad del tejido conectivo, más frecuente lupus eritematoso sistémico. Describimos un caso de una paciente con lupus eritematoso sistémico que durante el curso de su enfermedad presentó EKF.

Presentación clínica: Mujer de 31 años natural de Paraguay diagnosticada de lupus eritematoso sistémico con síndrome de Sjögren secundario de 3 años de evolución. No otros antecedentes de interés. En tratamiento con hidroxicloroquina (400mg/día), metotrexato (12,5mg/semanal) y prednisona (5mg/día) con buen control de su enfermedad. Acude a Urgencias por cuadro febril (hasta 39,5°C) de 9 días de evolución sin foco infeccioso, asociado a náuseas sin otra sintomatología. Se plantea el diagnóstico diferencial entre etiología infecciosa, linfoproliferativa y actividad de su enfermedad de base. Precisa escalada de cobertura antibiótica de amplio espectro (meropenem y vancomicina) debido a persistencia de la fiebre y aumento progresivo de reactantes de fase aguda. A la exploración física destaca adenopatía axilar e inguinal derechas dolorosas. Análíticamente presenta anemia con VSG elevada, elevación de enzimas hepáticas, con predominio de LDH y positividad e anticuerpos antifosfolípidos (previamente negativos). Todos los estudios microbiológicos fueron negativos. En las pruebas de imagen realizadas se objetivan numerosas adenopatías cervicales, axilares, en hilio hepático e inguinales, derrame pleural y pericárdico leves, y hepatoesplenomegalia. Durante su evolución en planta presentó erupción cutánea pruriginosa en tronco con adenopatías generalizadas palpables predominante cervicales posteriores, con edema facial y odinofagia. Ante la sospecha de que pudiera tratarse de una toxicodermia por meropenem se retira dicho fármaco y se aumenta la dosis de esteroides, pese a lo cual presenta nueva intensificación de la erupción cutánea y adenopatías días más tarde, por lo que se retira también la vancomicina. Se realizó una primera PAAF de adenopatía que mostró un patrón reactivo; en la segunda PAAF realizada se observó linfadenitis necrotizante, lo que confirmó el diagnóstico de EKF. Fue necesario esteroides a dosis altas con bajada rápida, con lo que se consiguió mejoría clínica y analítica progresiva.

Conclusiones: Hay evidencia de asociación entre lupus eritematoso sistémico y EKF pero generalmente la forma de debut es el EKF. El cuadro clínico y las alteraciones analíticas descritas son las típicas de esta enfermedad. Hasta el 30% de los casos presenta reacción cutánea que simula toxicodermia como en este caso. Los anticuerpos antifosfolípidos se negativizaron posteriormente. Es importante incluir la EKF en el diagnóstico diferencial de síndrome febril y poliadenopatías sobre todo en mujeres jóvenes, pues es una rara entidad y el anatomopatólogo debe estar familiarizado con ella para diagnosticarla.

Póster 38

IMAGEN GAMMAGRÁFICA “SUPERSCAN” CON MANIFESTACIONES CLÍNICAS) ASOCIADA A TRATAMIENTO CON TERIPARATIDA (PRIMER CASO REPORTADO)

Bryan Josué Flores Robles, Luís Fernando Villa Alcázar, Clara Pilar Sangüesa Gómez, María Espinosa Malpartida, María Consuelo Ramos Giráldez, José Luis Andréu Sánchez Departamento de Reumatología Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda CP:28222

Introducción: El patrón gammagráfico óseo de hipercaptación difusa simétrica con un aumento de la relación hueso/partes blandas recibe el nombre de supercaptación ('superscan' o 'hyperscan'). Este patrón puede consistir en captación ósea múltiple, típica de la enfermedad metastásica ósea diseminada o de la E. de Paget multifocal, o bien en captación esquelética difusa, típica de la enfermedad metabólica ósea (osteodistrofia renal, hiperparatiroidismo, hipertiroidismo, hipervitaminosis D y E. de Paget difusa). Raramente coexisten ambos patrones, imagen denominada como 'super-superscan'. El uso de teriparatida puede causar aumento reversible de la captación gammagráfica, subclínica y sin alteraciones analíticas, pero no se ha considerado hasta ahora como un posible agente causal de imagen de 'super-scan'. Presentamos un caso de dolor esquelético, imagen de 'hyperscan' con patrón metabólico óseo.

Presentación de caso: Mujer de 66 años en seguimiento por osteoporosis que inicialmente, se encontraba con terapia antiresortiva (Acido zoledrónico) suspendiéndolo por el apareamiento de aplastamientos vertebrales múltiples (T11-T12). Se inició terapia a base de teriparatida SC. 10 meses después la paciente inicia con dolor poliarticular así como mialgias de predominio en miembros inferiores asociando sensación de fatiga. Se realizó estudio tanto hormonal como metabólico siendo normal (hormonas tiroideas, vitamina D, calcio, fósforo, magnesio, hemograma completo, VSG así como analítica general) destacando únicamente elevación discreta de fosfatasa alcalina (110 u/l). Se realiza Ecocardiografía así como Rx de tórax los cuales son normales. Se realiza gammagrafía ósea que evidencia aumento de captación difuso en calota y extremidades "superscan". Se decide suspensión de teriparatida con mejoría clínica.

Conclusiones: El presente caso es, que sepamos, la primera descripción de patrón gammagráfico de hyper-scan asociado a manifestaciones clínicas y elevación de FA causado por teriparatida. El cuadro revirtió tras la suspensión del tratamiento. Se ha comunicado a Farmacovigilancia para que tal eventualidad sea incluida en la información sobre el producto dirigido a profesionales y pacientes.

Póster 39

TRASTORNOS DE EVITACIÓN INTEROCEPTIVA EN LA REHABILITACIÓN DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

F. Gimeno^{1,2}, H. Gutiérrez^{1,2}, M. Pie², R. Roselló³, C. Delgado⁴, J. Beltrán⁵ y C. Pelegrín⁶

¹Dpto. Psicología y Sociología, Univ. Zaragoza; ²Asociación para la Rehabilitación Permanente de Enfermedades Reumáticas (ARPER); ³Servicios de Reumatología de los hospitales ³San Jorge (Huesca), ⁴Lozano Blesa (Zaragoza), ⁵Miguel Servet (Zaragoza); ⁶Servicio de Psiquiatría, hospital San Jorge (Huesca)

Introducción: La espondilitis anquilosante (EA) se caracteriza por inflamación de las articulaciones, con mayor frecuencia en el esqueleto axial, siendo frecuente la afección cervical sub-axial con episodios de cervialgia. El dolor y la anticipación del daño físico en estos episodios puede derivar en una respuesta de ansiedad condicionada con crisis de angustia y pánico. La rehabilitación de carácter multidisciplinar, en particular entre psicólogo y fisioterapeuta, bajo la coordinación del reumatólogo, puede aportar un protocolo eficaz para estos trastornos de evitación interoceptiva (TEI).

Presentación clínica: Se presentan dos casos de EA HLA B-27 positivo y afección cervical sub-axial con TEI: mujer, 53 años, tratamiento con etoricoxib 90 mg, fluticasona y salmeterol 50/500 y loracepam 1/2 pastilla; y varón, 39 años, tratamiento con etoricoxib 90 mg. La evaluación psicológica mediante entrevista (análisis funcional de la conducta) y cuestionario SCL-90-R descartó la presencia de otro trastorno de conducta. El TEI, se caracterizaba por una respuesta de angustia y pánico condicionado a estímulos cognitivos y somáticos reactiva a episodios de cervialgia aguda, durante más de 18 meses y frecuencia media de un episodio al mes (criterios DSM-IV-TR para ataques de pánico). Este trastorno supone una importante limitación, con leve afectación de ansiedad generalizada y estado de ánimo, disminución de la cantidad y calidad del sueño, del rendimiento profesional y de las tareas domésticas. En el programa de *Rehabilitación Permanente para Enfermedades Reumáticas* de la asociación ARPER, durante 4 semanas, en la intervención psicológica y fisioterapéutica se utilizaron técnicas de control de la activación, exposición in vivo mediante rutina de movilidad articular y focalización de la atención y estrategias de afrontamiento cognitivo (adecuación del pensamiento y autoinstrucciones). Tras la intervención, en los episodios de cervialgia las crisis de angustia y pánico desaparecen, se observa mejoría del sueño, y mayor implicación en actividades profesionales y tareas domésticas. En el seguimiento se observa remisión de las crisis de angustia y de pánico, y la sintomatología asociada.

Conclusiones: Interés del estudio: características de la técnica de exposición; y generalización a casos en los que los síntomas de la EA actúa como desencadenante del problema, por condicionamiento a estímulos externos o internos.

“Este trabajo ha sido posible gracias al convenio de colaboración entre la Universidad de Zaragoza y la asociación ARPER; y ha sido parcialmente financiado por su reconocimiento como proyecto de innovación docente (ref^a PIIDUZ_13_255, convocatoria 2013-14 de la Universidad de Zaragoza).”

Póster 40

SARCODISOSIS SECUNDARIA AL USO DE INTERFERÓN ALFA

Bryan Josué Flores Robles, María del Carmen Barbadillo Mateos, Clara Pilar Sangüesa Gómez, María Espinosa Malpartida, María Consuelo Ramos Giráldez, Hildegarda Godoy Tundidor, José Luis Andréu Sánchez
Departamento de Reumatología Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda CP:28222

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad crónica granulomatosa de etiología desconocida que afecta fundamentalmente al tejido pulmonar y adenopático aunque puede involucrar a cualquier tejido. Para su diagnóstico se requiere la combinación de hallazgos clínicos, radiológicos e histológicos y su tratamiento varía según su severidad. Se ha implicado al interferón en la etiología de la formación de granulomas y en el año 1987 se reportó el primer caso de sarcoidosis secundaria a uso de Interferón alfa. El uso extendido en la actualidad del interferón en el tratamiento de la hepatopatía por virus C ha hecho que exista en la literatura poco menos de 100 casos hasta la fecha.

Presentación de caso y revisión de casuística en el hospital en los últimos dos años : Se trata de una paciente de 48 años derivada por dolor en ambas rodillas en de 1 mes de evolución. En de sus antecedentes destaca hepatopatía por virus de la Hepatitis C en tratamiento con triple terapia (telaprevir+ interferón+ ribavirina) la cuál finalizó dos meses previo al inicio de los síntomas. A la exploración física dos zonas de empastamiento sobre rodilla derecha, eritematosas con aumento de temperatura local, no lesiones en zona pretibial, no artritis, maniobras SI negativas. En los estudios analíticos

parámetros normales (ANAs, FR, VSG y PCR, ECA discretamente elevada) así como Mantoux negativo, destacando en Rx de tórax ensanchamiento discreto perihiliar confirmándose en tomografía que además reportaba conglomerados adenopáticos perihiliares y mediastínicos. Pruebas de función respiratoria normal. Se realiza biopsia de lesiones nodulares reportando cambios compatibles con SARCOIDOSIS SUBCUTÁNEA. Se decide seguimiento y observación con mejoría clínica y desaparición del cuadro 6 meses después. Se revisa todos los diagnósticos de saarcoidosis de la base de datos de nuestro hospital en los últimos dos años no encontrándose otro caso similar

Conclusiones: Existe clara relación entre el apareamiento de sarcoidosis y el uso de Interferon alfa. Los síntomas pueden ocurrir durante el tratamiento o hasta dos años después de haberlo suspendido. En la mayoría de los casos los síntomas se autolimitan. En los casos de afectación severa se debe de optar por tratamiento a base de corticoides.

Premios Armando Laffon

1. PREMIO AL MEJOR TRABAJO EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Premio Dra. Esperanza Naredo

- **Ultrasound-detected musculoskeletal urate crystal deposition: which joints and what findings should be assessed for diagnosing gout?**

Esperanza Naredo, Jacqueline Uson, Mercedes Jiménez-Palop, Agustín Martínez, Esther Vicente, Elia Brito, Ana Rodríguez, Francisco Javier Cornejo, Santos Castañeda, María Jesús Martínez, Jesús Sanz, Ingrid Möller, Enrique Batlle-Gualda, Jesús Garrido, Eliseo Pascual. Ann Rheum Dis 2013 May -2013-203487

Premio Dra. Cruz Fernández-Espartero

- **Validity of the Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS) in patients with early spondyloarthritis from the Esperanza programme**

C Fernández-Espartero, E de Miguel, E Loza, E Tomero, M Gobbo, M A Descalzo, E Collantes-Estévez, J Mulero, S Muñoz-Fernández, P Zarco, L Carmona, ESPERANZA Study Group. Ann Rheum Dis 2013 May -2012-202976

2. PREMIO AL MEJOR TRABAJO EN INVESTIGACIÓN BÁSICA

Este premio ha quedado desierto.

3. PREMIO AL MEJOR TRABAJO BÁSICO Y CLÍNICO DE RESIDENTES:

Este premio ha quedado desierto.

EXTENDED REPORT

Ultrasound-detected musculoskeletal urate crystal deposition: which joints and what findings should be assessed for diagnosing gout?

Esperanza Naredo,^{1,2} Jacqueline Uson,³ Mercedes Jiménez-Palop,⁴ Agustín Martínez,⁵ Esther Vicente,⁶ Elia Brito,⁷ Ana Rodríguez,⁷ Francisco Javier Cornejo,⁸ Santos Castañeda,⁶ María Jesús Martínez,³ Jesús Sanz,⁴ Ingrid Möller,⁹ Enrique Batlle-Gualda,¹⁰ Jesús Garrido,¹¹ Eliseo Pascual⁵

Handling editor: Tore K. Kvien

► Additional material is published online only. To view please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2013-203487>).¹Department of Rheumatology, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Complutense University, Madrid, Spain²Department of Rheumatology, Hospital Universitario Severo Ochoa, Madrid, Spain³Department of Rheumatology, Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, Spain⁴Department of Rheumatology, Hospital Puerta de Hierro, Madrid, Spain⁵Department of Rheumatology, Hospital Universitario de Alicante, Alicante, Spain⁶Department of Rheumatology, Hospital de la Princesa, IIS-Princesa, Madrid, Spain⁷Department of Rheumatology, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, Spain⁸C.S. Mendiguchia Carriche, Leganés, Madrid⁹Department of Rheumatology, Instituto Psoal, Barcelona, Spain¹⁰Department of Rheumatology, Hospital Clínico de San Juan, Alicante, Spain¹¹Department of Social Psychology and Methodology, Faculty of Psychology, Autónoma University, Madrid, Spain

Correspondence to

Dr Esperanza Naredo, Department of Rheumatology, Hospital General Universitario Gregorio Marañón Doctor Álvarez Sierra 4, 4^a A, 28033 Madrid, Spain; enaredo@ser.es

Accepted 7 May 2013

To cite: Naredo E, Uson J, Jiménez-Palop M, et al. *Ann Rheum Dis*. Published Online First: [please include Day Month Year] doi:10.1136/annrheumdis-2013-203487

ABSTRACT

Objective The primary objective of this prospective case-control study was to assess the diagnostic value of several intra-articular and periarticular ultrasound (US)-detected abnormalities in the upper and lower limbs in gout. The secondary objective was to test the concurrent validity of US abnormalities using as gold standard the microscopic demonstration of monosodium urate (MSU) crystals.**Methods** Ninety-one men with gout and 42 age-matched controls were prospectively recruited. All patients with gout and controls underwent US assessment of several US abnormalities in 26 joints, six bursae, eight tendons, 20 tendon compartments, four ligaments, and 18 articular cartilages by experts in US blinded to the patients' group. Patients with gout and controls with US abnormalities were asked to undergo US-guided aspiration for microscopic identification of MSU crystals. Interobserver and intraobserver reliability of the US assessment was evaluated in a web-based exercise.**Results** The assessment of one joint (ie, radiocarpal joint) for hyperechoic aggregates (HAGs), two tendons (ie, patellar tendon and triceps tendon) for HAGs and three articular cartilages (ie, first metatarsal, talar and second metacarpal/femoral) for double contour sign showed the best balance between sensitivity and specificity (84.6% and 83.3%, respectively). Intraobserver reliability was good (mean κ 0.75) and interobserver reliability was moderate (κ 0.52). The aspirated material from HAGs was positive for MSU crystals in 77.6% of patients with gout and negative in all controls.**Conclusions** Our results suggest that US bilateral assessment of one joint, three articular cartilages and two tendons may be valid for diagnosing gout with acceptable sensitivity and specificity.

INTRODUCTION

Gout is a common disease caused by monosodium urate (MSU) crystal deposition, which is a consequence of the degree and duration of chronic hyperuricaemia.¹ MSU crystals mainly appear in the subcutaneous tissue and inside and around joints, where they can produce acute and/or chronic arthritis.² Furthermore, gout has been associated with renal impairment and cardiovasculardisease.³ Effective urate-lowering therapy leads to typical crystal dissolution and prevents crystal formation.⁴⁻⁶Diagnosis of suspected gout is based on typical clinical (eg, recurrent self-limited podagra) and laboratory (ie, hyperuricaemia) findings, while definitive diagnosis requires identification of MSU crystals in aspirated synovial fluid or tophi.⁷ This procedure is easy to carry out in inflamed joints during acute attacks or chronic gouty arthritis but may not be feasible in non-inflamed joints during intercritical periods.Tophi, the characteristic deposits of gout, are composed of a core of MSU crystals, encased by dense connective tissue.⁸ Physical methods detect only subcutaneous tophi whereas imaging techniques such as ultrasound (US), MRI, CT and dual energy CT (DECT) identify deep MSU crystal deposits.⁹ Among these imaging modalities, US is by far the most available imaging tool in clinical practice.There are a number of published studies that have shown the capability of US to detect certain intra-articular (ie, synovial recesses, articular cartilage) and periarticular (ie, tendons, ligaments, bursae) abnormalities in patients with gout compared with healthy controls¹⁰⁻¹¹ or patients with other joint diseases.¹⁰⁻¹²⁻¹⁵ A variety of US abnormalities have been identified as MSU crystal deposits in these studies.¹⁰⁻¹⁵ Among them, US-detected tophi have demonstrated construct validity compared with MRI findings¹⁶ and concurrent validity compared with microscopic observation of MSU crystals in US-detected tophus samples aspirated under US guidance.¹⁶ The above studies have separately analysed the diagnostic value of some US-detected gout abnormalities in a variable number of target joint areas, mainly in the lower limbs.¹⁰⁻¹⁶ However, to the best of our knowledge, no study has addressed the optimal combination of US-detected abnormalities and target locations in the diagnosis of gout.

The primary objective of the present prospective case-control study was to assess the diagnostic value of the combinations of intra-articular and peri-articular US-detected abnormalities typical of gout in the upper and lower limbs and to select the best minimal combination of anatomic structures to diagnose gout in intercritical periods. The

EXTENDED REPORT

Validity of the Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS) in patients with early spondyloarthritis from the Esperanza programme

C Fernández-Espartero,¹ E de Miguel,² E Loza,³ E Tomero,⁴ M Gobbo,⁵
 M A Descalzo,⁵ E Collantes-Estévez,⁶ J Mulero,⁷ S Muñoz-Fernández,⁸ P Zarco,⁹
 L Carmona,^{3,10} ESPERANZA Study Group

Handling editor Tore K Kvien

► Additional material is published online only. To view please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2012-202976>).

¹Rheumatology Department, Hospital Universitario de Móstoles, Madrid, Spain

²Rheumatology Department, Hospital Universitario de la Paz, Madrid, Spain

³Institute for Musculoskeletal Health, Madrid, Spain

⁴Rheumatology Department, Hospital Universitario de la Princesa, Instituto de Investigación La Princesa, Madrid, Spain

⁵Research Unit, Fundación Española de Reumatología, Madrid, Spain

⁶Rheumatology Department, Hospital Universitario Reina Sofía, Instituto Mainónides de Investigación Biomédica de Córdoba, Universidad de Córdoba, Córdoba, Spain

⁷Rheumatology Department, Hospital Universitario de Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid, Spain

⁸Rheumatology Department, Hospital Universitario Infantil Sofía, Madrid, Spain

⁹Rheumatology Department, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, Spain

¹⁰Universidad Camilo José Cela, Madrid, Spain

Correspondence to:

Dr Loreto Carmona, Universidad Camilo José Cela, C/ Castillo de Alarcón, 49 Urb. Villafranca del Castillo, 28692 Madrid, Spain; lcarmona@ucjc.edu

Accepted 26 April 2013

To cite: Fernández-Espartero C, de Miguel E, Loza E, et al. *Ann Rheum Dis* Published Online First: [please include Day Month Year] doi:10.1136/annrheumdis-2012-202976

ABSTRACT

Objectives To evaluate the validity of the Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS) in early spondyloarthritis (SpA) in comparison with conventional clinical measures of disease activity.

Methods Six hundred and seventy-six incident cases of early SpA from the Esperanza programme were included. Patients were categorised into high and low disease activity states based on patient and physician global assessment scores and on the physician's decision to start treatment with a disease-modifying antirheumatic drug or tumour necrosis factor blocker. The discriminant ability of ASDAS-C-reactive protein (CRP) and ASDAS-erythrocyte sedimentation rate (ESR) was tested using standardised mean differences between patients with high and low disease activity. Convergent validity was tested by Pearson correlation between ASDAS versions and other measures of disease activity.

Results ASDAS-ESR and ASDAS-CRP showed good correlation with BASDAI ($r=0.79$ and 0.74 , respectively). Both indices correlated well with the patient global assessment ($r=0.70$ in both indices) and moderately with the physician global score ($r=0.46$ and 0.47 , respectively). CRP and ESR showed poor correlation with patient- and physician-derived measures. ASDAS performed similarly across the global SpA sample, ankylosing spondylitis (AS), non-radiographic axial SpA and peripheral SpA.

Conclusions ASDAS performed as a valid activity score even being slightly better than the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index in its ability to discriminate between high and low disease activity in early SpA. ASDAS performed similarly in AS, early forms of SpA, non-radiographic axial SpA and peripheral SpA.

INTRODUCTION

The field of rheumatology requires a constant evaluation of results. Continuous measurement of disease activity facilitates an understanding of the patient's disease process, evaluation of treatment effectiveness and the development of better disease management and control strategies. Evaluating disease activity in patients with spondyloarthritis (SpA) is complicated as indicated by the number of years spent on this topic by expert networks, such as Outcome Measures in Rheumatology (OMERACT) or Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS). Unfortunately, disease

activity remains a difficult concept to define in SpA owing to a lack of measures that comfortably pass the OMERACT filter of truth, discrimination and feasibility.¹ Inadequate measurement of SpA disease activity is a result, in part, of the multifactorial causes of disease activity.² Subjective measures are the most commonly used. These are based on patient's perceptions, such as patient global assessment, spinal pain and morning stiffness, or composite scores such as the Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI) which, like previous indices, shares the limitation of including the patient's perspective only.

The Ankylosing Spondylitis Disease Activity Score (ASDAS) has been statistically developed in a similar fashion to the Disease Activity Score for rheumatoid arthritis. It is the first validated activity score for ankylosing spondylitis (AS) that combines acute phase reactants with patient-reported outcome measures.² Further, the inclusion of inflammatory biomarkers increases construct validity by incorporating an objective measure of disease activity. Compared with BASDAI in patients with AS, ASDAS showed good correlation with other disease activity measures and greater discriminant ability in differentiating patients with varying levels of disease activity and patients with different levels of change.² Thus, it may be a tool better suited than those already available for measuring disease activity in these patients. However, ASDAS was recently evaluated in patients with psoriatic arthritis, and the results were similar, but no better, than results obtained with BASDAI.³ These inconsistencies illustrate the need to test ASDAS validity in other disease subgroups such as patients with early SpA, who remain to be evaluated. Our objective was to fill this gap with an in-depth study of the validity and discriminant ability of ASDAS in a cohort of patients diagnosed with early SpA.^{4,5}

METHODS

Study population

The study is based on a sample of patients diagnosed with early SpA by their rheumatologist and treated and recruited at the Esperanza programme between April 2008 and June 2011 (for a description of the programme see Muñoz-Fernández *et al*⁶). The programme had the following referral criteria: (1) age <45 years; (2) symptom duration

Índice de Autores

A

Abásolo L	6
Adela Braña C	33
Ahijón Lana M	17, 26
Albarran F	19,
Alcalde M	18, 26
Almodóvar R	7
Álvarez E	15, 20, 24
Álvarez de Mon M	19
Álvaro-Gracia JM	7
Andreu JL	27, 32, 33, 34, 35
Arietti L	6, 28

B

Bachiller FJ	23
Barbadillo C	7, 33, 35
Batlle-Walda E	37
Bello N	10, 23
Beltrán J	35
Blázquez MA	16, 18
Bohorquez C	19
Borja JF	12
Boteanu A	9, 16, 18, 21
Botello DA	11
Bouruncle CP	12
Brito E	37

C

Cabero del Pozo FM	26
Calvo C	15
Campos J	33
Cantalejo M	25, 31
Carmona L	37
Carreño L	10, 16, 21, 23
Castañeda S	6, 7, 9, 30, 37
Castillo-Gallego C	8, 34
Cebrian L	25
Clemente D	19
Cobo T	7
Collado P	15, 18, 20, 26
Collantes-Estevez E	37
Cornejo FJ	37
Crespo M	15, 18, 20, 24, 26
Cruz A	24, 26
Cuende E	19

CH

Chaparro M	6
------------	---

D

De la Mata J	33
De la Puente C	21
De Miguel E	8, 37
Delgado C	35
Descalzo MA	37
Díaz A	25, 31

E

Escolano E	9
Espinosa M	27, 32, 33, 34, 35

F

Fernández JL	6
Fernández-Espartero C	14, 32, 37
Flores, B	27, 32, 33, 34, 35
Fontún Abete J	17
Freites D	6, 28

G

Gamir Gamir, ML	12
García E	9, 15, 30
García-Guereta S	13
García de la Peña P	7
García de Vicuña R	7, 9, 5, 30
García Martos A	25, 31
García-Vadillo A	9
García Villanueva MJ	13, 23
Garrido J	37
Garrote S	11, 23
Ghiglino R	28
Gimeno F	35
Gobbo M	37
Godoy H	33, 35
Gomariz RP	6, 28
Gómez-Sánchez MA	10, 23
González C	18
González ML	10, 23
González R	7, 9, 15
González-Álvaro I	17
Guillen C	9, 13, 16, 22, 23, 29, 31, 33
Gutiérrez H	35

H

Herrera F	7
Hinojosa M	10, 23
Humbría A	15

I		Muñoz-Calleja C	7
Isasi C	27, 32, 33	Muñoz-Fernández S	37
Izquierdo C	19	N	
J		Naredo E	10, 16, 21, 23, 37
Jantá I	21, 23	Navarro P	25, 31
Jiménez Palop M	33, 37	Navío MT	25
Joven B	7	Nieto J	10, 16, 21, 23, 26
Jover J	6	Nuño L	7
L		O	
Larena C	7	Orte J	23
León L	6	Ortiz AM	9, 15, 30
Liz Romero M	6, 7, 9, 15	Ovalles J	10, 23
Llop M	11	P	
Llorente I	19, 30	Paredes B	34
Llorente MJ	14	Patiño E	6, 15
Lojo L	7, 25	Pato E	6
López-Casla M	19	Pascual E	37
López-Longo J	7, 10, 23	Peiteado D	8
López-López J	7	Pelegrín C	35
Loza E	37	Peña C	15, 20, 23
Luque M	29	Pérez A	19
M		Pérez Gisbert J	6
Macarrón P	6	Pérez, S	6
Manero J	30	Pié M	35
Martín-Mola E	8, 34	Pieren A	34
Martínez A	37	Plasencia CH	34
Martínez C	6	Q	
Martínez J	10	Quiroga I	28
Martínez MJ	37	R	
Martínez Acebes E	25	Ramos MC	27, 32, 34, 35
Martínez-Barrio J	23	Redondo C	12
Martínez-Blasco MJ	14, 32	Rey F	15, 20, 24
Marzo J	30,	Rodríguez A	37
Mata-Martínez C	10, 23	Rodríguez Cambrón AB	26
Matías MA	25	Rodríguez-Salvanés F	6, 7
Medina C	13	Román A	20, 30
Medina Montalvo S	19	Rosales Z	28
Medrano M	20, 30	Rosello R	35
Merino L	6, 7, 9, 15, 30	Rubio A	15, 20, 24
Miguélez R	14, 32	Ruiz L	7, 19
Molina S	28,	S	
Möller I	37	Saceda R	31
Monjo I	8, 34	Saenz C	23
Monteagudo I	10, 16, 23	Sánchez N	33
Morado C	28	Sangüesa C	27, 32, 33, 34, 35
Moran LM	27	Sanz J	33, 37
Morell Hita JL	11, 13, 2	Serrano B	23
Moreno P	15	Sifuentes W.	11, 12, 13, 17, 21
Moriano C	19,		
Moruno H	7, 19		
Movasat A	19		
Mulero, J	33, 37		

S

Saceda R	31
Saenz C	23
Sánchez N	33
Sangüesa C	27, 32, 33, 34, 35
Sanz J	33, 37
Serrano B	23
Sifuentes W.	11, 12, 13, 17, 21

T

Tejerina E	27
Tomero E	15
Turrión A	19

U

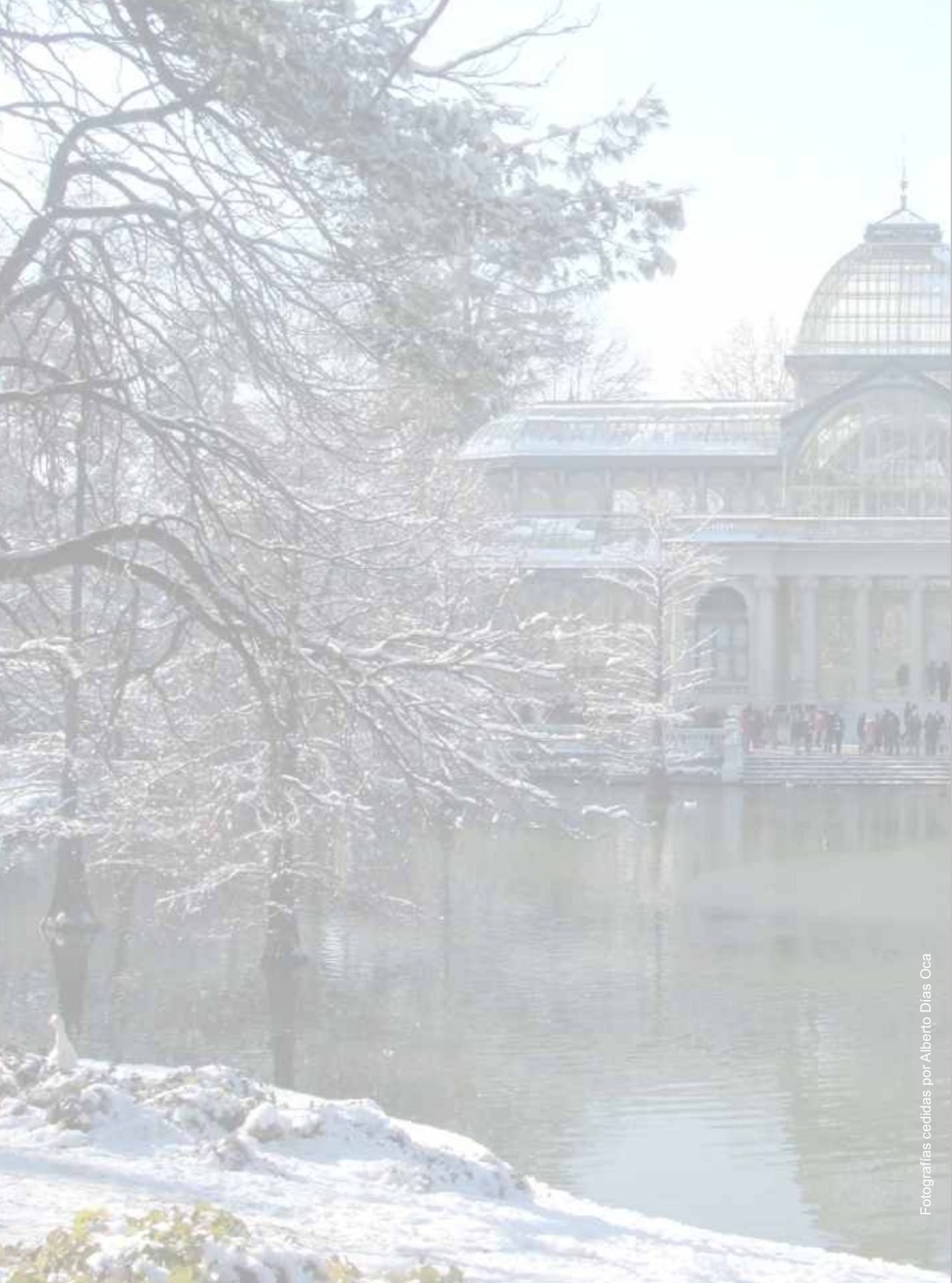
Usón J	14, 32, 37
--------	------------

V

Valdeolivas N	19
Vega L	6, 7
Veiga R	25
Velasco T	7, 9, 15
Veiga R	31
Vicente E	6, 37
Villa L	33, 34
Villalobos L	13, 22
Villaverde V	14, 32

Z

Zamorano S	31
Zea A	21, 23



Fotografías cedidas por Alberto Días Oca

