Anales de Reumatología

vol. 2 / nº 7

Actividad pendiente de acreditación por la Comisión de Formación Continuada de las Profesiones Sanitarias de la Comunidad de Madrid, Sistema Nacional de Salud

sorcom

Sumario

Comité Editorial pág. 03

Editorial pág. 05

Comunicaciones Orales 2019 pág. 06

Pósters 2019 pág. 14

Premio Armando Laffon pág. 36

Índice de Autores pág. 37

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:** Sacramento Hernández / Laura Fuentes

ISBN: 978-84-616-1942-9
ISSN: 1887-2816
Maquetación e impresión: mpm **martinco**
C/ Narváez, 67 - 28009 Madrid
91 504 16 48

Anales de Reumatología

vol. 2 / nº 7

Comité Editorial

Junta Directiva de la SORCOM:

• **Presidente:** Dr. Juan Carlos Acebes

• **Presidente Electo:** Dr. Javier Bachiller Corral

• **Vicepresidenta:** Dra. Ana Rodríguez García

• **Secretaria General:** Dra. Alina Boteanu

• **Tesorero:** Dr. Eugenio de Miguel Mendieta

Vocales:

• Dra. Gema Bonilla Hernán
• Dr. Jorge Juan González Martín
• Dra. Hilda Godoy Tundidor
• Dr. Alejandro Gómez Gómez
• Dra. Laura González Hombrado
• Dra. Beatriz Joven Ibáñez
• Dra. Cristina Macía Villa
• Dr. Juan Carlos Nieto González
• Dr. Luis Rodríguez Rodríguez
• Dra. Lucía Ruiz Gutiérrez
• Dra. Olga Sánchez Pernaute
• Dra. Eva Tomero Muriel

Editorial

A pocos días de finalizar el mandato de esta Junta directiva, me dirijo a vosotros con la satisfacción de haber cumplido la mayor parte de los objetivos que nos planteábamos al inicio de este periodo.

En primer lugar, gracias a todos por ofrecerme vuestra confianza para liderar esta Junta Directiva de la que me gustaría destacar su gran entrega, ilusión y compromiso durante estos 2 años. Aprovecho estas líneas para trasladarles mi agradecimiento personal y mi admiración por el trabajo realizado.

Fruto de este trabajo hemos mantenido aquellas actividades que venían funcionando con éxito como son: las becas de investigación o los proyectos del área de formación y docencia. Además como novedad, en estas dos áreas hemos impulsado iniciativas como la creación de la I Beca de Intensificación para la investigación y el desarrollo de Sesiones Interhospitalarias con carácter trimestral.

También durante este periodo hemos intentado poner en valor nuestra especialidad ante la sociedad, llevando el foco a la realidad del enfermo reumático con iniciativas como la I Carrera Solidaria de las Enfermedades Reumáticas, celebrada el pasado 2 de Junio, que movilizó a más de 1000 participantes, con la que obtuvimos como Sociedad Científica una importante repercusión en medios de comunicación como la televisión, prensa, radio y redes sociales.

Por último reitero mi agradecimiento a todos los miembros de la Junta Directiva por su trabajo desinteresado, a nuestras compañeras de viaje en esta aventura Toñi (secretaria) y Goretti (Community Manager), a Alberto (representante en el Colegio de Médicos, a los presidentes y Juntas previas, a la Sociedad Española de Reumatología y a las compañías farmacéuticas: gracias por vuestro apoyo, colaboración, compromiso y entusiasmo con el que nos habéis hecho sentir a todos que formamos parte de esta gran familia que es SORCOM.

Un abrazo y hasta siempre,

Carlos Acebes Cachafeiro
Presidente de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid

Comunicaciones orales

Comunicación 01

INHIBIDORES DE JAK EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA. DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES MENORES Y MAYORES DE 65 AÑOS.

Retuerto Guerrero M, Lozano Morillo Fernando, Lavilla Villar P.

Servicio de Reumatología Hospital12 de octubre.

INTRODUCCIÓN: Los pacientes de edad avanzada con artritis reumatoide (AR) están subrepresentados en ensayos clínicos. Existen dos inhibidores de JAK (JAKi) para AR y los datos de su uso en práctica clínica real son escasos aun.

OBJETIVOS y MÉTODOS: Analizar la eficacia y seguridad del tratamiento con JAKi como grupo (baricitinib y tofacitinib) entre enero de 2018 y marzo de 2019 en pacientes con AR <65 y ≥ 65 años en nuestro centro.

RESULTADOS: Se incluyen 41 pacientes (Tabla 1); 22 <65 años al inicio del JAKi y 19 ≥ 65 años. El grupo menor de 65 años presenta un Indice de comorbilidad de Charlson de 1±1,4, frente a un 4,6 ± 2 de los ≥ 65 (*p <0,000*). Este grupo también presentan una mayor determinación de PCR: 2,7 ± 2 frente 1 ± 0,8 (*p < 0,007*). En < de 65 se suspende el JAKi en 8 pacientes (7 ineficacia, 1 VVZ) y en el de ≥ 65 años en 9 (3 ineficacia, 3 infecciones, 2 VVZ, 1 tromboembolismo pulmonar), encontrándose una tendencia a mayor número de infecciones en mayores de 65 años. La media de seguimiento en pacientes que no suspenden tratamiento es de 10,2±5 y 9,4±5,6 meses respectivamente.

	<65 años (n=22)	≥ 65 años (n=19)	
Edad, años (media ± DE)	50 ± 8	72 ± 5	
Sexo, n (%)	19 (86%)	17 (89%)	
Índice Comorbilidad Charlson	1 ± 1,4	4,6 ± 2,1	*p <0,000*
Duración, años (media ± DE)	12 ± 7	15 ± 10	
Factor reumatoide, n (%)	19 (86%)	17 (89%)	
Antipéptidocitrulinado, n (%)	14 (63%)	16 (84%)	
Erosiones, n (%)	12 (55%)	11 (58%)	
Manif extrarticulares, n (%)	5 (23%)	3 (16%)	
NAD (media ± DE)	10,3 ± 5,5	10,7 ± 7,5	
NAT (media ± DE)	7,1 ± 6,3	8,7 ± 7,4	
PCR mg/dl (media ± DE)	1 ± 0,8	2,7 ± 2,5	*p < 0,007*
DAS28-PCR (media ± DE)	5,1 ± 1	5,3 ± 1,5	
Prednisona al inicio, n (%)	17 (77%)	14 (74%)	
FAME concomitante, n (%)	19 (86%)	19 (100%)	
Biológico previo, n (%) Nª biológico previo (media ± DE)	15 (68%) 3,8 ± 1,9	14 (74%) 3,1 ± 1,6	
Biológico anti-TNF previo, n (%)	15 (68%)	14 (74%)	
Biológico no anti-TNF previos, n (%) Abatacept Tocilizumab Rituximab	 8 (36%) 11 (50%) 5 (23%)	 5 (26%) 8 (42%) 2 (9%)	
Suspensión Por infección (incluido VVZ)	8 (36%) 1 (5%)	9 (47%) 5 (26%)	 *p <0,06*

CONCLUSIONES: el tratamiento con JAKi parece eficaz y seguro en ambas poblaciones, pudiendo existir una tendencia a un mayor riesgo de infecciones en mayores de 65 años. Estos resultados deben confirmarse con estudios controlados con mayor tiempo de seguimiento.

Comunicación 02

INCIDENCIA DE SINTOMATOLOGÍA ARTICULAR EN PACIENTES CON EII EN TRATAMIENTO CON VEDOLIZUMAB

Rodríguez-Merlos P[1], Ruiz MA[2], Plasencia-Rodríguez C[1], Navarro-Compán V[1], Suárez C[2], Martin-Arranz E[2], Martín-Arranz MD[2], Peiteado D[1], Bonilla G[1], Sánchez M[2], Poza J[2], Franco K[1], Balsa A[1]. [1]Servicio de Reumatología. [2]Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario La Paz. Paseo de la Castellana, 261, 28046 Madrid.

Objetivos: Los objetivos principales de este estudio son: i) analizar la incidencia de debut de patología inflamatoria articular y ii) analizar la prevalencia de brotes de enfermedad articular conocida previamente en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) durante el tratamiento con vedolizumab (VEDO).

Métodos: Estudio descriptivo observacional de una cohorte prospectiva de pacientes con EII en tratamiento con Vedolizumab. Todos los pacientes cumplieron los siguientes criterios de inclusión: adultos >18 años, diagnóstico histológico de Enfermedad de Crohn (EC) o Colitis Ulcerosa (CU) y haber recibido o estar tratamiento actual con VEDO. El trabajo se realizó como colaboración entre los servicios de Digestivo y Reumatología del HULP. Los datos demográficos, clínicos y analíticos referentes a la patología digestiva se obtuvieron de la base de datos de biológicos del servicio de digestivo. La información referente a la actividad articular se recogió de la historia clínica electrónica del servicio de reumatología. Se realizó análisis estadístico con tablas de frecuencia de los datos obtenidos.

Resultados: Se incluyeron un total de 44 pacientes (25 con EC y 19 con CU). De éstos la mayoría habían recibido tratamiento previo con iTNF (41 pacientes "switchers" y 3 pacientes näive a biológicos). La media de edad de los pacientes incluidos fue de 50 ± 15.4 años con predomino del sexo femenino (54%). El tiempo medio de seguimiento de los pacientes en este estudio fue de 26±10 meses. En total, 13 pacientes (30%) presentaron síntomas articulares durante el tratamiento con VEDO (8 con EC y 9 con CU). De éstos 13 pacientes, 3 ya tenían diagnóstico previo de patología inflamatoria articular (espondiloartritis), 6 pacientes debutaron con síntomas articulares inflamatorios durante el tratamiento con VEDO y 4 artralgias mecánicas. De los 6 pacientes con síntomas articulares de perfil inflamatorio de "novo" se confirmó patología inflamatoria en 5 pacientes (espondiloartritis) y 1 paciente presentaba patología mecánica osteomuscular. Se observó un total de 11 pacientes con enfermedad reumatológica diagnosticada (25%) en esta cohorte.

Conclusiones: La incidencia de patología inflamatoria articular en pacientes con EII tratados con VEDO es similar a la descrita otras cohortes descritas de pacientes independientemente del tratamiento recibido. La suspensión del tratamiento con iTNF para cambiar a VEDO puede asociarse con brotes de la patología reumática. Esto supone un reto en el abordaje terapéutico, siendo crucial un abordaje multidisciplinar.

Comunicación 03

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS EN PACIENTES CON AIJ

Antía García Fernández, Andrea Briones Figueroa, Laura Calvo Sanz, Africa Andreu Suárez, Javier Bachiller Corral, Alina Boteanu. Reumatología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid

Objetivo: Comparar la eficacia, seguridad y supervivencia de los tratamientos biológicos (TB) en pacientes con AIJ.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes diagnosticados de Artritis idiopática Juvenil (AIJ) en seguimmiento en un hospital terciario que hayan recibido al menos un tratamiento biológico entre 2000 y 2019.

Resultados: Se incluyeron 168 TB (100 TB en 1º linea, 43 en 2ª linea,16 en 3ª linea, 7 en 4ª linea, 2 en 5ª linea) en 100 pacientes con AIJ con una mediana de duración de los TB de 43,5 meses IQR(12-96). Un 66% eran mujeres con una mediana de edad al diagnóstico de 8 años IQR(2,3-13) y de edad al inicio del TB de 15 años IQR(8-21,8). Un 20% de los pacientes presentaron uveitis en el seguimiento. El 69% de las TB se indicaron por artritis, 10,7% por uveitis, 1,8% por artritis y uveitis, 9,5% por actividad sistémica y 4 tratamientos por síndrome de activación macrofágica. El TB que más se indicó el 1º linea fue Etanercept (ETN) 44%, seguido de Adalimumab (ADA) 27% e Infliximab (INF) 15%. El 49% de los farmacos de 1ª linea se retiraron: 34,7% por reacciones adversas, 28,6% por fallo 1º y 24,5% por fallo 2º. Los fármacos que más se suspendieron fueron Anakinra (ANAK) 83,3%, INF 73,3% y ETN 54,4% respecto a los pautados. 43 pacientes recibieron un 2º TB: 41,9% recibió ADA y 21% Tocilizumab (TCZ). Se suspendieron 20/43 TB: el 75% del ETN y el 75% INF indicados en 2ª linea. Las causas fueron: fallo 1º 45%, fallo 2º 25%, remisión 15%.En 1º línea reciben antiTNF un 87%, manteniendo la diana en 2ª línea un 87,5%. En 3ª linea TCZ fue el más indicado. El 79% de los pacientes siguen recibiendo TB. Se retiró el TB en 12/100 pacientes: el 33% por reacciones adversas, el 25% por remisión, el 16,7% por deseo genésico. En el analisis de supervivencia, 48 recibieron ADA de los que el 64,6% se mantienen con una mediana de duración de 55,5 meses IQR(15-97,2) y de los 25 que recibieron TCZ se mantienen un 64% con una mediana de duración de 34 meses IQR(12,4-87,4) como se indica en la tabla.

Conclusiones: El 43% precisaron >1 TB. ADA y TCZ son los TB con mayor supervivencia,INF y ANAK los de menor supervivencia. Las causas más frecuentes de cambio fueron las reacciones adversas en 1ª linea y el fallo 1º en 2ª linea.

Comunicación 04

IMPORTANCIA DE LA COLABORACIÓN REUMATÓLOGO - DIGESTIVO PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE LA ESPONDILOARTRITIS ASOCIADA A ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL

Valero C[1], Chaparro M[2], Casanova MJ[2], Vega L[3], Castañeda S [1], Pérez-Gisbert J[2], Vicente-Rabaneda E[1]. Servicios de Reumatología[1] y Aparato Digestivo[2] y Unidad de Metodología[3]. Hospital de La Princesa. IIS-Princesa. Madrid.

Objetivos: 1) Determinar la prevalencia acumulada de patología músculo-esquelética (MSQ) subclínica no referida por los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) a su médico de Aparato Digestivo; 2) Evaluar cuántos de estos pacientes cumplen criterios de clasificación ASAS de espondiloartritis (ESPA) asociada a EII.

Métodos: Estudio observacional transversal con inclusión prospectiva de pacientes con EII que no han referido sintomatología MSQ a su médico de Digestivo, derivados desde su consulta monográfica. Se recogieron, de forma protocolizada, datos demográficos, características de la EII (actividad, fenotipo, tiempo de evolución y subtipo clínico) y actividad laboral y deportiva. Se realizó una anamnesis y exploración física del aparato locomotor por un reumatólogo entrenado. Se recogieron los índices BASFI, BASDAI y HAQ. Análisis estadístico: Las variables continuas se expresan como medias±DE o rango y las categóricas como número de casos (%). Las asociaciones fueron evaluadas mediante los tests de la t de Student, Mann-Whitney o Kruskal-Wallis para las variables continuas, según se precisara, y la $\chi 2$ para las categóricas. Se analizaron también las correlaciones de Pearson y Spearman (programa estadístico Stata v.14).

Resultados: Se han evaluado 50 pacientes (50% varones), 25 Crohn (EC) y 25 colitis ulcerosa (CU), edad 43,3±11,8 años, tiempo evolución 11 años (rango: 0,1-37,3), CDAI 18,1±16,4, índice Mayo 0,4±1, terapia con FAME en 88% (azatioprina 18%, mesalazina 66%, metotrexato 6%, mercaptopurina 4%) durante 7,5±7,2 años, VSG 10,7±7,8 y PCR 0,14±0,18 mg/dl. Antecedentes MSQ: 44% dolor lumbar (inflamatorio 30%), 18% dolor en entesis (55,6% en talón), 6% dactilitis, 4% artralgias sospechosas y 2% artritis. El 4% había tenido uveítis anterior, 32% historia familiar de ESPA, 6% psoriasis y 2% infección genitourinaria. Un 22% de los EII cumplían criterios ASAS de ESPA axial o periférica atendiendo a sus antecedentes y un 12% cumplían criterios ASAS por la patología MSQ presente en el momento de la evaluación, siendo más frecuente en los pacientes con CU en ambos casos.

Conclusiones: Un elevado porcentaje de pacientes con EII presentan manifestaciones MSQ que no han referido espontáneamente a su médico Digestivo e incluso cumplen criterios ASAS de clasificación de ESPA que no es sospechada. Creemos que una colaboración estrecha entre reumatología y aparato digestivo es fundamental para una detección temprana, reducir la progresión de su enfermedad y mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

Comunicación 05

EFECTO NEFROPROTECTOR DEL TRATAMIENTO REDUCTOR DE URICEMIA EN PACIENTES CON GOTA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

Enrique Calvo[1], Marta Novella[2], José Luis Cabrera[3], Francisco Aramburu[4], Iustina Janta[5], María del Carmen Ortega[6], Alejandro Prada[2], Luis Sala[2], Paloma García de la Peña[4], César Díaz-Torné[7]; Ana Urruticoechea[8].
[1]Hospital U. Infanta Leonor, [2]Hospital U. de Torrejón, [3]CNIC, [4]Hospital U. HM Sanchinarro, [5]H.G.U. Gregorio Marañón, [6]Hospital U. Infanta Elena, [7]Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, [8]Hospital Can Misses.

Objetivos: Valorar el efecto del tratamiento reductor de uricemia con estrategia "treat-to-target" (T2T) en el filtrado glomerular estimado (FGE) de pacientes con gota y enfermedad renal crónica (ERC) estadio 3.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de gota y ERC estadio 3 según fórmula Cockroft-Gault (FGE 30-59 ml/min/m^2) que hubieran recibido tratamiento con inhibidores de xantina oxidasa (IXO), con un seguimiento de 6 y 12 meses. Se excluyeron pacientes con enfermedad renal primaria, monorrenos, trasplantados renales y pacientes con diagnóstico de otras patologías inflamatorias/ autoinmunes. Se recogieron variables sociodemográficas y clínicas: edad, sexo, edad al diagnóstico de gota, patrón de afectación articular, presencia de tofos, uricemia, urolitiasis, comorbilidades, tratamientos concomitantes, tabaquismo y alcohol.

Análisis estadístico: se utilizó un modelo lineal de efectos mixtos, considerándose significativo p-valor <0.05 para los coeficientes obtenidos.

Resultados: 50 pacientes (44 hombres y 6 mujeres), con una edad media de 72 ± 8.94 años. La media de uricemia basal fue de 8.55±1.57 mg/dl y la de FGE 45.52 ± 9.21 ml/min/m^2. Se observó un aumento significativo del FGE en los primeros 6 meses (16.7 ± 5.1 ml/min/m^2) (p=0.004), asociado con reducción de la uricemia (p=0.04). Los pacientes no fumadores presentaron un mayor FGE en los puntos de corte del estudio. No se observaron diferencias significativas entre los tratamientos administrados (Alopurinol y Febuxostat).

Conclusiones: La reducción de uricemia en pacientes con gota y ERC moderada tratados con IXO mediante estrategia T2T, implica una mejora en el FGE. Estos resultados sugieren que la mejoría del FGE es mayor durante los 6 primeros meses de tratamiento, manteniéndose en el tiempo. Por ello, un control óptimo de la gota puede ayudar a preservar y mejorar la función renal de estos pacientes.

Comunicación 06

CURSO CLÍNICO DE PACIENTES CON IPAF EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA

Ines Pérez-Sancristobal, Cristina Vadillo, Maria Asunción Nieto, Dalifer Freites, Leticia León, Judit Font, Juan Angel Jover, Lydia Abasolo. UGC de Reumatología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid. C/profesor martin lagos s/n 28040

Objetivo: Descripción de las características, sociodemográficas, clínicas, funcionales y de manejo terapéutico de los pacientes con neumonías intesrticiales con características autoinmunes (IPAF) en la práctica clínica y evaluar la tasa de incidencia de deterioro funcional a lo largo del tiempo.

Metodos: Estudio observacional longitudinal prospectivo desde febrero 2007 hasta julio 2019. Los pacientes fueron reclutados desde el momento de diagnóstico de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) por un equipo multidisciplinario en un Hospital Terciario en Madrid y seguidos hasta pérdida de seguimiento, fin de estudio en octubre 2019. Variable principal: deterioro relativo de la función respiratoria (reducción de la capacidad vital forzada predicha (CVF%) ≤ el 5% comparado con la visita anterior). La función respiratoria se midió al inicio y cada 6 meses. Covariables: a) sociodemográficas, b) clínicas, c) patrón radiológico (neumonía intersticial no específica [NINE]; neumonía intersticial habitual [NIU], otras); d) FVC,% DLCO% ; e) pruebas de laboratorio; f) terapia utilizada. Análisis estadístico: Descripción de las características de las IPAF. Se utilizaron técnicas de supervivencia para estimar la tasa de incidencia (DI) de deterioro relativo de la función respiratoria, expresada por 100 pacientes-semestre con intervalo de confianza [IC 95%].

Resultados: 17 pacientes fueron incluidos con un seguimiento medio de 3±1.5 años, 70.6% eran mujeres con una edad media de 65±10 años. Los criterios clínicos para IPAF más frecuentes: artritis (50%), raynaud (33%) y manos de mecánico (17%). Los criterios serológicos: 65% tenían ANA >=1/360; 31% FR > 40; 30% Anti-Ro positivo; 20% Anti-DNA y 7.7% anti-CCP +. El 59% tenían patrón NINE y 29.4% fue NIU. La mediana basal de FVC% y DLCO% fue 89[83-107.7] y 63[50-79.8] respectivamente. Durante del seguimiento el 94% de los pacientes toman tratamiento (87.5% corticoides, 68.5% micofenolato, 56% azatiprina; 18,7% ciclofosfamida iv y 33% antifibróticos). Durante el seguimiento (104.6 pacientes-semestre) 15 pacientes presentaron deterioro relativo de la función respiratoria con una DI de 23.8% [16.1-35.3] pacientes-semestre. 50% de los pacientes tuvieron deterioro relativo de la función respiratoria a los 14 meses del diagnóstico IPAF. Al final del seguimiento, el 50% empeoran la DLCO%.

Conclusión: Son principalmente mujeres, en torno a los 65 años, siendo el patrón NINE el predominante. El manejo es fundamentalmente con corticoides, micofenolato y azatiprina. IPAF progresa en el tiempo, afectando al 21% de los pacientes por cada 6 meses analizados y estando el 50% afectados a los 14 meses de diagnóstico de IPAF. Es necesario estudios longitudinales y multicéntricos para avanzar en el conociminto y manejo de estos pacientes

Comunicación 07

HIPOFOSFATASIA: ¿SE PUEDE IDENTIFICAR A LOS ADULTOS QUE TENDRÁN UNA VARIANTE DEL GEN ALPL?

C. Tornero (1), *V. Navarro-Compán (1), J. A Tenorio (2), S. García (1), A.Buño (3), I. Monjo (1) , C. Plasencia (1), J.M. Iturzaeta (3), P. Lapunzina (2), K. Heath (2), A. Balsa (1), P. Aguado (1). 1) Departamento Reumatología. 2) Instituto Genética Médica y Molecular (INGEMM). 3) Departamento Bioquímica. Hospital La Paz. Paseo de la Castellana, 261. CP 28029. Madrid.*

Objetivos: Caracterizar los principales hallazgos clínicos y de laboratorio asociados a la presencia (TG +) o ausencia (TG-) de variantes en *ALPL* en sujetos con fosfatasa alcalina (FA) persistentemente baja y evaluar la posibilidad de predecir la presencia de mutaciones en *ALPL*.

Métodos: Estudio transversal en el que los niveles de FA de 383,353 sujetos pertenecientes a un Hospital Terciario (2009-2015) fueron evaluados. De ellos, 109 sujetos con FA baja persistentemente baja (≥2 inferiores o iguales a 35 UI/L y ninguna superior a 45 IU/L) fueron incluídos en el estudio y 85 dieron su consentimiento para la realización de estudio genético para detección de Hipofosfatasia (HPP). Se llevó a cabo un cuestionario sistematizado para recogida de datos demográficos, clínicos y de laboratorio. Las comparaciones entre grupos se realizaron mediante T-Student para datos con distribución normal y U Mann-Whitney para los que no presentaron distribución normal. Se utilizó una regresión logística ajustada por factores de confusión para investigar la asociación entre las características clínicas y de laboratorio y la presencia o ausencia de variantes genéticas.

Resultados: El 47% (40/85) de sujetos mostraron mutaciones en *ALPL*: 75% (30/40) fueron heterocigotos para una variante patogénica, 17.5% (7/40) para una probablemente patogénica y 5% (1/40) para una variante de significado incierto (VUS) y una paciente con HPP de inicio pediátrico presentó heterocigosis compuesta. La presencia de mutación se asoció a la presencia de dolor musculoesquelético (OR: 5.9; 95% IC: 1.7-20.5). Las fracturas de metatarso de estrés fueron también más frecuentes en el grupo TG + (4 vs 0, p=0.007). Los niveles de FA fueron inferiores en el grupo TG + comparado con el de TG - (24.2 vs 29.1 UI/L, p < 0.0001; respectivamente). Resulta de interés el hecho de que niveles por debajo de 25 UI/L mostraron una especificidad del 97,8%, un valor predictivo positivo del 94,4% y Likelihood ratio + de 19.8 para detectar la positividad de un test genético.

Conclusiones: En nuestra cohorte, niveles de FA inferiores a 25 UI/L fueron identificacdos como un buen predictor para la presencia de mutaciones en *ALPL*. La presencia de dolor musculoesquelético se asoció a positividad en el estudio genético.

Comunicación 08

DESCRIPCIÓN DE LA ACTIVIDAD DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN TEMPRANA A INDIVIDUOS EN INCAPACIDAD LABORAL TEMPORAL DE ORIGEN MUSCULOESQUELÉTICO EN LA COMUNIDAD DE MADRID: PROGRAMA IT-ME

Pablo Moreno Fresneda[1], Sandra Garrote Corral[2], María Liz Concepción Romero Bogado[3], Cynthia Pilar Bouroncle Alaluna[1], Cristina Pijoan Moratalla[2], Carmen Victoria Medina Quiñones[2], Cristina Sobrino Grande[2], Marcelino Revenga Martínez[2], Arantzazu Rubio Hontanilla[3], Santiago Muñoz Fernández[3], Mónica Vázquez Díaz[2], Lydia Abásolo[1], Luis Rodriguez-Rodriguez[1], Juan Angel Jover[1]. [1]Hospital Clínico San Carlos, Madrid; [2]Hospital Ramón y Cajal, Madrid; [3]Hospital Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.

Objetivos: Describir el funcionamiento de un programa de intervención temprana en individuos en situación de incapacidad laboral temporales (IT) de origen musculoesquelético (MSK), puesto en marcha en 3 áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid.

Métodos: Individuos en proceso de IT, iniciado entre el 1 de mayo y el 30 de septiembre de 2019, que hubieran recibido como motivo de la IT algún código diagnóstico perteneciente al capítulo M de la Clasificación Internacionales de Enfermedades, versión 10 (CIE10). Las variables continuas se describieron mediante mediana y rango intercuartílico (RIC) y las variables categóricas mediante número y porcentaje.

Resultados: Durante el periodo del estudio, 7.500 episodios de IT fueron evaluados, pertenecientes a 6.975 individuos (93.2% presentó 1 episodio, 6.2% presentó 2 y 0.6% presentaron entre 3 y 5). De todos los episodios de IT, 3.963 no fueron contactados, debido a que el proceso presumiblemente tendría una duración <5 días (52.9%), imposibilidad de contactar con el individuo (20.7%), ausencia de huecos en los que citar a los candidatos (18.0%), proceso de causa traumatológica (2.9%), o de causa quirúrgica (2.4%), o embarazo (2.0%). En los restantes episodios (3.537, 47.2%), los individuos fueron contactados. De ellos, en 1.369 episodios, los pacientes no fueron citados en el programa, debido a embarazo (33.7%), proceso de causa quirúrgica (17.1%), individuo en seguimiento por otro especialista (21.6%), alta próxima por parte de Primaria (13.7%), proceso de causa traumatológica (5.8%), o no interés en participar en el programa (5.8%). Finalmente, en 2.154 episodios (60.9%) se facilita una cita, acudiendo a consulta el 94.2% de los individuos (2.029). La mediana (RIC) del tiempo transcurrido entre el inicio del episodio de IT y la fecha de la consulta fue de 4 días (3-6), con un 93.9% de los episodios siendo atendidos en ≤7 días tras el inicio del proceso. La edad (RIC) de los individuos atendidos fue de 47 (38-55) años, siendo el 56.6% mujeres. Los principales diagnósticos atendidos fueron lumbalgia (31%), cervicalgia (13.7%), lumbociatalgia (11.5%), tendinitis de hombro (8.3%), patología de pie y tobillo (7.2%), trastornos internos de rodilla (6.3%), y trocanteritis (5.3%). Las enfermedades inflamatorias crónicas supusieron <1% de los episodios atendidos.

Conclusiones: Este programa ha atendido más del 25% de los episodios de IT de origen MSK de tres áreas sanitarias de la Comunidad de Madrid. La mayoría de los pacientes han sido atendidos en menos de 1 semana tras el inicio del proceso de IT, siendo los diagnósticos más frecuentes afectaciones de partes blandas.

Comunicación 09

RENTABILIDAD DE LA REALIZACIÓN DE LAS BIOPSIAS DE GLÁNDULA SALIVAL MENOR EN UN SERVICIO DE REUMATOLOGÍA.

P. Pretel Ruiz[1], A. Castelló Pastor [2,3], A. Abbasi Pérez [1], F. Albarrán Hernández [1], L. Barrio Nogal [4], C. Bohóquez Heras [1], V. Emperiale [1], A. Movasat Hajkhan [1], A. Pérez Gómez [1], E. Rabadán Rubio [1], L. Ruiz Gutiérrez [1], A. Sánchez Atrio [1], J. Suárez Cuba [1], M. Álvarez de Mon Soto [1].

[1] Servicio de Enfermedades del Sistema Inmune/Reumatología. Hospital Universitario Príncipe de Asturias (Madrid). Carretera Alcalá-Meco S/N; [2]Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá de Henares (Madrid); [3]Área de Epidemiología del Cáncer. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III (Madrid); [4]Servicio de Reumatología. Hospital de Torrejón (Madrid)

Introducción: La realización de biopsias de glándula salivar menor (BGSM) es una técnica válida para el diagnóstico de Síndrome de Sjögren (Ssj). A pesar de la sencillez de la técnica, la BGSM no está incorporada en la práctica diaria en todos los servicios de Reumatología y la dependencia de otros servicios para obtener los resultados de esta prueba aumenta los tiempos de espera y desalienta su uso. Con este trabajo pretendemos evaluar la eficacia de los servicios de Reumatología para realizar biopsias de glándula salivar de forma independiente.

Metodología: Se han recogido datos sobre las BGSM realizadas para el diagnóstico de SSj en un hospital terciario de

Madrid (H. Príncipe de Asturias) desde enero de 2000 hasta junio de 2017. Se recogió información sobre tamaño y calidad de la muestra y tiempo de obtención de los resultados. La muestra se consideró insuficiente cuando tenía un tamaño menor a 4 mm2 (según criterios de Chisholm y Mason), y de mala calidad cuando no se obtuvo tejido glandular. Dado que la distribución de los datos del tiempo desde la solicitud hasta la realización de la biopsia no se ajustó a una distribución normal, las diferencias observadas entre pacientes intervenidos en Reumatología o en un servicio quirúrgico (Maxilofacial, ORL) se describieron con la mediana y el intervalo intercuartílico (IIQ), y la significación de las diferencias se evaluó con el test de rango-suma de Wilcoxon. Estas diferencias en términos de calidad de la muestra se describieron con número de casos y porcentaje y la significación estadística de las mismas se evaluó con el test exacto de Fisher.

Resultados: Durante el periodo descrito, se realizaron 58 (45%) biopsias en el servicio de Reumatología y 71 (55%) los servicios quirúrgicos. El tiempo transcurrido desde la solicitud hasta la realización de biopsia fue significativamente menor (p-valor <0.001) entre los pacientes cuya extracción de la muestra se obtuvo en Reumatología (Me(IIQ)=8 días (4.5;14)) que entre aquellos cuya muestra se extrajo en un servicio quirúrgico (Me(IIQ)=70 días (37;108)). La tasa de éxito fue similar en ambos servicios (93.1% en Reumatología y 93% en quirúrgicos). Sin embargo, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas, los datos indican que, en el caso de Reumatología la mayor parte de las muestras no válidas lo fueron por tener un tamaño insuficiente (3 (5.2%) tamaño insuficiente y 1(1.7%) falta de tejido glandular), mientas que en el caso de los servicios quirúrgicos la mayor parte de las muestras se invalidaron por falta de tejido glandular (1(1.4%) tamaño insuficiente y 4(5.6%) falta de tejido glandular).

Conclusión: La realización de la BGSM en un servicio de Reumatología disminuye el tiempo de espera para la realización de la técnica, con la misma tasa de éxito que en los servicios quirúrgicos. Por tanto, su realización por los servicios de Reumatología agiliza de forma significativa el diagnóstico del Ssj.

Comunicación 10

¿SE ASOCIA LA POSITIVIDAD AISLADA PARA ANTICUERPOS ANTI-RNP-A CON DESARROLLO DE AUTOINMUNIDAD?

Fernando Lozano Morillo[1], Óscar Cabrera Marante[1], Antonio Serrano Hernández[1], Miriam Retuerto Guerrero[1], Patricia Lavilla Villar[1], Boris Anthony Blanco Cáceres[2], Luis Morillas López[1].

Hospital Universitario 12 de Octubre. Avenida de Córdoba, s/n. 28041, Madrid; Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. M-607 Colmenar Viejo, km. 9,100. 28034, Madrid.

Objetivos: La determinación de anticuerpos anti-RNP-A está incluida en las técnicas de inmunoensayo basadas en tecnología multiplex para detección de anticuerpos antinucleares (ANA) en muchos centros, aunque se ha descrito que su especificidad es baja, con frecuentes falsos positivos en sujetos sanos. Nuestro objetivo es estudiar la asociación entre dichos anticuerpos y el desarrollo de enfermedad inflamatoria inmunomediada (IMID, por sus siglas en inglés).

Métodos: Búsqueda de pacientes con al menos una determinación de anticuerpos anti-RNP-A+ en ausencia de positividad para el resto de especificidades del multiplex (BioPlex® 2200 system, Bio-Rad, Hercules, CA) y para la IFI, entre enero 2012 y junio 2016. Las historias clínicas de dichos pacientes fueron revisadas de forma prospectiva hasta octubre de 2019 (seguimiento mínimo de 3 años y máximo de 7) para recoger si existía diagnóstico de IMID inicial, la sospecha clínica que motivó la determinación de ANA y si finalmente se llegó a un diagnóstico de IMID en los casos en los que no existiera previamente.

Resultados: Encontramos 310 pacientes con anti-RNP+ aislado, de los cuales 78 (25%) ya tenían un diagnóstico de IMID previo (38.5% AR, 11.5% espondiloartritis asociadas a EII, 9% LES, 7.7% APs, 6.4% PMR, 5% síndrome de Sjögren, 3.8% EspA-ax, 2.5% miositis, 2.5% SAF, 2.5% esclerodermia, 1.2% EMTC, 3.8% enfermedad inflamatoria intestinal, 5.1% otros). Del 75% de pacientes sin IMID inicial (n=232), en 76 (33%) no se pudo identificar el motivo de sospecha (petición de ANA por rutina o no especificada), mientras que entre los otros 156 (67%), el motivo más frecuente de sospecha fueron las artritis/artralgias (33.3%), seguido de rash cutáneo (9%), síntomas neurológicos no explicados (7.7%), miopatía/hiperCKemia (5.1%), estudio de neumonitis intersticial u otros síntomas respiratorios (4.5%), nefritis a estudio (3.2%), síndrome seco (2.5%), patología ocular inflamatoria a estudio (2%) y fenómeno de Raynaud (2%).
De los 156 pacientes sin diagnóstico inicial con sospecha de IMID, se llegó a un diagnóstico en 23 pacientes (14.7%), pero sólo en 9 de ellos (5.8%) este fue de una conectivopatía asociada a ANA (1 LES, 1 LES inducido por anti-TNFα, 2 EMTC, 2 SAF, 3 Sjögren), mientras que curiosamente en otros 14 (8.9%) se llegó al diagnóstico de otra enfermedad inmunomediada no asociada a ANA (5 APs, 3 AR, 2 PMR, 1 EspA-ax, 3 vasculitis).

Conclusiones: A pesar de que los anticuerpos anti-RNP-A+ pueden estar presentes con una frecuencia relativamente alta en sujetos sin enfermedad autoinmune subyacente, nuestra serie muestra que existe un pequeño porcentaje de pacientes con sospecha de IMID y anti-RNP+ aislados que acaban desarrollando una enfermedad inmunomediada a lo largo de varios años de seguimiento. Dichos hallazgos podrían justificar un seguimiento periódico a largo plazo (p.ej. anual) en pacientes con alta sospecha clínica.

Comunicación Oral Beca SORCOM I

CHOROID THICKNESS MEASUREMENT AS A MARKER OF RESPONSE TO BIOLOGICAL TREATMENT IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS

Martina Steiner [a,c] , Maria del Mar Esteban-Ortega [b,c], Isabel García-Lozano [b] and Santiago Muñoz-Fernández, MD, PhD[a,c] on behalf of COnTEST Study Group.

[a] Rheumatology Department. Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, Spain; [b] Ophthalmology Department. Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, Spain; [c] Biomedical science and Health Faculty. Universidad Europea, Madrid, Spain; Paseo de Europa, 34, 28703 San Sebastián de los Reyes, Madrid

Objectives: Over the last decades, choroidal thickness (CT) measurement has been proposed as a biomarker for inflammatory diseases. Previously, we found a significant thicker choroid in patients with Ankylosing Spondylitis (AS) without history of eye involvement, compared to matched healthy participants. The aim of this study was to evaluate CT of AS patients with high activity of the disease before and after six months of biological treatment.

Methods: This prospective study evaluated the CT of 43 AS patients with high disease activity and no history of eye inflammation before and after six months of biological treatment. In addition, we assessed C-reactive protein (CRP) and disease activity indexes before and after six months of biological treatment.

Results: Mean baseline CT value of AS patients was 355.3±80.4 µm, and after six months of biological treatment mean CT was 341.3±81.6 µm ($p< 0.001$). This significant reduction in CT remained after dividing the patients into two subgroups. The first group consisted in patients on secukinumab or etanercept (371.0±87.9 at baseline, 353.12±91.2 µm after six month ($p= 0.024$) and the second group consisted in patients on adalimumab, golimumab or certolizumab (348.12±74.9 at the baseline, 337.12±73.6 after six months ($p= 0.005$). All indexes of disease activity, including CRP and CT, decreased significantly after six months of biological treatment all groups. Patients less responsive (ASDAS 0 to 6 months <1.1) had higher baseline CT ($p<0.05$).

Conclusions: CT decrease after six months of biological therapy. This decrease is not only seen in the subgroup of therapies with known eye inflammation control, but also even in the subgroup without effect in eyes. Baseline CT may be useful as a marker of inflammation and response to biological treatment in AS.

MEASURING CHOROID THICKNESS AS A MARKER FOR SYSTEMIC INFLAMMATION IN PATIENTS WITH ANKYLOSING SPONDYLITIS

Martina Steiner [a,c] , Maria del Mar Esteban-Ortega [b,c], Isabel García-Lozano [b] and Santiago Muñoz-Fernández, MD, PhD[a,c] on behalf of COnTEST Study Group.

[a] Rheumatology Department. Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, Spain; [b] Ophthalmology Department. Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, Spain; [c] Biomedical science and Health Faculty. Universidad Europea, Madrid, Spain; ***:*** *Paseo de Europa, 34, 28703 San Sebastián de los Reyes, Madrid*

Objectives: Ankylosing Spondylitis (AS) is an inflammatory disease occurring in flares. Over the last decades, choroidal thickness (CT) measurement has been proposed as a biomarker for inflammatory diseases. The aim of our study was to compare CT of AS patients with the CT of healthy subjects.

Methods: This cross-sectional multicenter study compared the CT of 44 AS patients with high disease activity and no history of eye inflammation with 44 matched healthy subjects aged between 18-65 years. In the AS group, the correlation between CT and C-reactive protein (CRP), HLA B27 positivity, disease duration and disease activity were measured.

Results: Mean CT values of AS patients were significantly higher in right eye, left eye, and the thickest choroid eye. Right eye mean CT was 338.3±82.8 µm among AS patients, and 290.5±71.2 µm among healthy subjects (p= 0.005). Left eye mean CT was 339.5±84.7 µm for AS patients, and 298.4±68.9 µm for healthy subjects (p= 0.015). The thickest choroid eye CT was 358.4±82.1 µm among AS patients, and 314.1±65.2 µm among the healthy subjects (p=0.006). We did not find a significant correlation between CT and disease activity measured with standard indexes, CRP, HLA B27 positivity or disease duration.

Conclusions: In this study, we show that AS patients with active disease and without history of eye inflammation have a thicker choroid than healthy subjects. This finding supports that CT is a marker of inflammation in patients AS, even without eye involvement.

Pósters

Póster 01

VENTAJAS DEL PRECONDICIONAMIENTO DE LAS ASCS MEDIANTE TERAPIA DE ONDAS DE CHOQUE

Freitag, Karin, Cabrera Freitag, Manuela
Clinica DKF Avenida del Dr. Arce, 27- 28002 Madrid

Objetivo: Ventajas del precondicionamiento de las ASCs mediante terapia de ondas de choque.

Método: Recolección de la grasa manualmente por lipoaspirado para evitar trauma celular y aislamiento de células mesenquimales en laboratorio.

Elección de plástico con poco grosor y moldeable para favorecer la aplicación directa de las ONDAS DE CHOQUE DEFOCALIZADAS (Orthogold), un total de 1000 IMPULSOS con 0.2 MJ/mm2,4hz.

4 Grupos: Grupo 1: sin tratamiento de ondas de choque, Grupo 2: ondas de choque aplicadas a la fracción vascular estromal, Grupo 3: ondas de choque sobre el lipoaspirado, Grupo 4: Ondas de choque sobre lipoaspirado tratado enzimáticamente.

Comparación entre los grupos: Estudio de viabilidad celular con programa XLSTAT y aplicación del test de Friedman. Estudio de diferenciación adipogénica y ostegénica, Estudio de crecimiento celular (crecimiento acumulativo). Estudio de formación de colonias. Estudio de migración celular.

Resultados: Las ondas de choque no afectan la viabilidad de las ASCs(sin cambios en morfología y potencia celular)
Las ondas de choque no afectan la diferenciación hacia linaje adipo y osteogénico. Las ondas de choque no alteran la capacidad de las ASCs de formar colonias de progenitores celulares. Las ondas de choque MEJORAN EL CRECIMIENTO CELULAR Y LA MIGRACION CELULAR

Conclusiones: Las ondas de choque pueden suponer el ¨link" de mecanotransducción para estímulo de la biología celular.

Póster 02

¿PUEDE LA DACTILITIS Y ENTESITIS PREDECIR EL ÉXITO DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS EN ARTRITIS PSORIÁSICA? ANÁLISIS SECUNDARIO BASADO EN UNA ENCUESTA A PACIENTES

Carlos Guillén Astete, Irene Gaite Gonzalez
Hospital Universitario Ramón y Cajal – Ctra Colmenar Viejo Km 4.1 28033

Objetivo: Determinar la existencia o no de asociación entre la presencia de entesitis o dactilitis y el éxito de ciertas terapias biológicas en pacientes con Apso.

Método: Se realizó un análisis secundario de un estudio previo basado en una encuesta electrónica cumplimentada por pacientes con APso y distribuida entre miembros de la asociación de pacientes "Acción Psoriasis". Se incluyeron los registros de 191 encuestados que habían recibido al menos una terapia biológica. Los pacientes fueron agrupados en función de las presencia o ausencia de dactilitis o entesitis. Se comparó la tasa de necesidad de progresar a una siguiente línea terapéutica.

Resultados: 61 pacientes declararon tener dactilitis y 155 entesitis. Distribución de tratamientos en pacientes con dactilitis: 33 pacientes recibieron un antiTNF-alfa, 11 Secukinumab y 12 Ustekinumab. 15 pacientes del grupo que recibió una antiTNF-alfa tuvieron que sustituir el tratamiento por otro en menos de 2 años (45.4%). 3 pacientes de cada uno de los grupos restantes tuvieron que sustituir el tratamiento por otro en menos de 2 años (27.2% y 25%, respectivamente). Comparados con los que recibieron una terapia antiTNF-alfa los pacientes tratados con Secukinumab o Ustekinumab tuvieron mayor persistencia terapéutica a 2 años ($P<0.001$, en ambos casos). Distribución de tratamientos en pacientes con entesitis (no incluye dactilitis, como polientesitis): 115 recibieron un antiTNF-alfa, 25 recibieron Secukinumab y 18 recibieron Ustekinumab. 38 pacientes que recibieron un antiTNF-alfa tuvieron que sustituirlo por otro en menos de 2 años (24.5%). 4 pacientes que recibieron Secukinumab y 3 que recibieron Ustekinumab tuvieron que sustituir sus tratamientos en menos de 2 años (16% y 16.6%, respectivamente). Comparados con los pacientes que recibieron una terapia antiTNF-alfa, los pacientes que fueron tratados con Secukinumab y Ustekinumab tuvieron una mayor proporción de persistencia terapéutica a 2 años ($P<0.05$ para ambos casos).

CONCLUSIONES: La presencia de dactilitis, en mayor medida que la de entesitis, se asocia a una mayor proporción de persistencia terapéutica en aquellos pacientes tratados con anti-IL17 o anti-IL23, que en aquellos tratados con antiTNF-alfa. Si bien, existen múltiples factores que condicionan la elección de terapias biológicas en pacientes con APso, la presencia de entesitis y de dactilitis (entendida como una polientesitis) debería ser considerada entre las más importantes.

Póster 03

Cambios sinoviales y entésicos inducidos por el ejercicio: ¿Una potencial herramienta diagnóstica y de seguimiento en Artritis Psoriásica?

Carlos Guillén Astete
Hospital Universitario Ramón y Cajal – Ctra Colmenar Viejo Km 4.1 28033

Objetivo: Presentar nuestra experiencia observacional en pacientes con APso en situación de remisión o baja actividad expuestos a la realización de esfuerzos físicos manuales controlados y adaptados a la capacidad de prensión propia de cada sujeto.

Método: Estudio antes-después, de una cohorte consecutiva de pacientes con APso (Criterios CASPAR), de al menos dos años d evolución y DAPSA≤14 en la actualidad. Se excluyeron a pacientes con factor reumatoide positivo, a pacientes con formas exclusivamente axiales y a pacientes en terapia biológica al inicio del estudio. A todos los pacientes se les realizó una ecografía basal y post ejercicio dinamométrico controlado (CAMRY EH101-17) de la mano dominante que incluyó el carpo, MCFs, IFPs e IFDs de los dedos 2º al 5º. Se puntuaron los hallazgos ecográficos según recomendaciones EULAR en escala de grises (EG) y power Doppler (PD) para sinovitis, Entesitis y tenosinovitis (puntuaciones máximas 71 y 87, respectivamente). Para en análisis estadístico se hicieron comparaciones de los resultados de sus puntuaciones ecográficas basal y post ejercicio entre los sujetos con diagnóstico de APso y los controles. Se utilizó la prueba de T de Student para datos relacionados y no relacionados según correspondencia.

Resultados: Se incluyeron 19 pacientes y controles, de los cuales el 73.7% eran varones. Medias de edad: 42.2 DE 6.6 y 42.21 DE 8.28 (*P*=0.932), respectivamente. DAPSA basal entre pacientes: 7.26 DE 4.53. La media de fuerza de tracción de pacientes y controles: 23.8 DE 7.3 y 26.1 DE 6.9 Kg, respectivamente (*P*=0.336). En el grupo de pacientes el DAPSA post ejercicio tuvo una media de 7.52 DE 4.62 (*P*=0.021, respecto del DAPSA basal). La puntuación total media en EG en el grupo de pacientes fue 3.94 DE 2.36 y 7.31 DE 3.3, pre y post ejercicio, respectivamente (P<0.001). La puntuación total media en el estudio PD fue 0.73 DE 0.73 y 2.57 DE 1.16, respectivamente (P<0.001). En el grupo control, ningún cambio ecográfico registró diferencias estadísticamente significativas, aunque la puntuación para tenosinotivis varió de 0,1 DE 0.31 a 0.42 DE 0.6 (*P*=0.055).

Conclusiones: Los pacientes con APso en situación clínica de remisión o de baja actividad, según puntuación DAPSA desarrollan cambios ecográficos post ejercicio controlado que son detectables mediante el estudio siguiendo los protocolos de exploración y definiciones EULAR/OMERACT. Estos cambios se producen a nivel de la detección de señal power Doppler y en las sinoviales articulares y tendinosas más no a nivel entésico. Estos cambios también se observan en la población sana sin embargo su magnitud es significativamente menor en todos los aspectos ecográficos valorados. Comparativamente, en población sana estos cambios son mucho menos evidentes que en pacientes con APso. A la luz de nuestros resultados, se podría considerar el estudio ecográfico tras esfuerzo como una herramienta útil en la discriminación de pacientes con APso en remisión o baja actividad y controles y, probablemente, en la disquisición diagnóstica en pacientes con sospecha de APso con incumplimiento de los criterios habituales.

Póster 04

EL ESTRÉS MECÁNICO SINOVIAL INDUCE LA SINOVITIS SUBCLINICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN REMISION EN TRATAMIENTO CON METOTREXATE MAS NO EN AQUELLOS TRATADOS CON INHIBORES DEL TNF-ALFA

Carlos Guillén Astete
Unidad de Reumatología – HLA Moncloa / Vithas NISA Pardo de Aravaca

Objetivo: Comparar la respuesta sinovial al estrés mecánico de pacientes con Artritis Reumatoide (AR) en situación de remisión tratados con Metotrexate (MTX) o Entanercept (ETN).

Método: Estudio descriptivo observacional. Se incluyeron pacientes con AR en situación de remisión (DAS28<2.6) durante al menos 6 meses en tratamiento con MTX o MTX y terapia antiTNF-alfa (ETN). Se elaboró un protocolo de exploración ecográfica de las articulaciones 2º, 3º y 4º MCF y carpo de la mano no dominante para escala de grises (EG) y detección de señal power Doppler (sPD) según definiciones EULAR/OMERACT. Se realizaron dos exploraciones ecográficas a cada paciente, antes y 24 horas después de iniciar un programa de ejercicios manuales de flexión digital contra resistencia

medida por un dinamómetro de mano CAMRY™ modelo EH101-17. Se compararon las puntuaciones totales de sinovitis en EG (0-12) y de sPD (0-12).

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes en tratamiento con MTX (mediana de dosis 15mg/sem, rango 7,5-25mg/sem) y 16 pacientes en tratamiento con ETN (mediana de dosis 50mg/sem, rango 25-50 mg/sem). La puntuación basal en el grupo en tratamiento con MTX fue 1,6 DE 1,4 en EG y 2,2 DE 0,5 en sPD. Tras la realización del esfuerzo dinamométrico controlado, la puntuación fue 2,4 DE 1,9 en EG y 4,4 DE 1,5 en sPD (*P*<0,05 y *P*<0,001, respectivamente). En pacientes en tratamiento con ETN, la puntuación basal en EG fue 1,3 DE 0,6 en EG y 0,6 DE 0,3 en sPD. Tras la realización del esfuerzo dinamométrico controlado, la puntuación fue 1,8 De 0,9 en EG y 0,7 DE 0,4 en sPD (P=0,07 y P<0,001, respectivamente). En el grupo de pacientes en tratamiento con MTX, 4 notificaron clínica articular tras el esfuerzo físico.

Conclusiones: Nuestras observaciones son congruentes con experiencias previas en las que se ha observado que el esfuerzo físico se traduce en cambios sinoviales detectables mediante estudios ultrasonográficos. Nuestros resultados, aunque modestos en volumen de pacientes, sugieren que la actividad TNF-alfa es crucial en el desarrollo y mantenimiento de la hiperemia inducida por ejercicio físico. El significado clínico de nuestra observación podría radicar en el valor predictivo de la respuesta a terapia antiTNF en pacientes con AR, sin embargo para tales asociaciones harán falta diseños metodológicos específicos.

Póster 05

EFECTO DE LA REDUCCIÓN DE LA GRASA CORPORAL TOTAL EN PACIENTES CON ARTRITIS PSORIÁSICA POLIARTICULAR

Carlos Guillén Astete
Hospital Universitario Ramón y Cajal – Ctra Colmenar Viejo Km 4.1 28033

Objetivo: El objetivo del presente estudio es determinar si cambios en el porcentaje de grasa corporal modifican la respuesta a terapia modificadora de la enfermedad no biológica en pacientes con Apso.

Método: Estudio prospectivo tipo antes-después de una cohorte consecutiva de pacientes con APso (Criterios CASPAR) de al menos dos años de evolución. Se excluyeron a pacientes con factor reumatoide positivo, a pacientes con formas exclusivamente axiales y a pacientes en terapia biológica al inicio del seguimiento. Los pacientes fueron instruidos a realizar ejercicio físico 5 días/semana a razón de 30 minutos por día. El programa de ejercicios se basó en las recomendaciones sugeridas en el Proyecto Innovara 2018 por el catedrático de educación física, Felipe Isidro Donate. Se recogieron los valores de los índices compuestos DAS66/68 y DAPSA basales y al término del seguimiento, el IMC basal y el porcentaje de grasa corporal por impedanciometría (OMRON® BF 511). Se compararon los tratamientos al inicio y final del estudio.

Resultados: Se enrolaron a 37 pacientes, 10 de los cuales eran mujeres (27%). Edad media y desviación estándar: 51.3 DE 13.2 años. IMC medio basal: 7.4 DE 6.5. Obesos: 17 (45,9%). % medio de grasa corporal (PCGMI): 24.9 DE 4.6. El DAS66/68 basal fue 3.59 DE 1.62 y el DAPSA basal fue 15.4 DE 7.0. Media de seguimiento: 8 meses (rango 6 a 11 meses). Veintitrés pacientes (62.1%) reconocieron plena adherencia al programa de ejercicios. Al término del seguimiento el IMC promedio de la cohorte fue 27.12 DE 6.6, el PCGMI fue 21.9 DE 4.9. El DAS66/68 final fue 3.05 DE 1.00 y el DAPSA final fue 13.7 DE 5.3. Del total de pacientes en tratamiento con MTX, 14 (43.7%) redujeron su dosis semanal en al menos 2.5mg. De los 5 pacientes con SZA, la totalidad redujo su dosis diaria en al menos 500mg. Excluyendo a los pacientes que reconocieron no haber tenido mínima adherencia al programa de ejercicios, los resultados de las variables basales fueron los siguientes: IMC 27.7 DE 6.54, PGCMI 24.8 DE 4.5, DAS66/68 3.67 DE 1.63 y DAPSA 15.8 DE 7.0. Los resultados al término del seguimiento fueron los siguientes: IMC 27.4 DE 6.6 (*P*=0.064), PGCMI 21.7 DE 4.8 (*P*<0.001), DAS66/68 3.08 DE 1.02 (*P*=0.022) y DAPSA 13.7 DE 5.4 (*P*=0.004).

Conclusiones: La incorporación de pacientes con APso a un programa de ejercicio físico dirigido por medio de tutoriales online se asocia a una significativa reducción de la grasa corporal y a una modificación positiva de los indicadores compuestos DAS66/68 y DAPSA, permitiendo en hasta un tercio de los pacientes, realizar modificaciones terapéuticas de reducción posológica.

Póster 06

PERSITENCIA DE USTEKINUMAB EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

A. García Martos, P. Castellanos Caballero, L. González Hombrados. Unidad de Reumatología HU del Tajo. Aranjuez.

Introducción: La artritis psoriasica (APs) es una artropatía inflamatoria crónica que puede llegar a ser causa de invalidez. Los tratamientos biológicos han mejorado notablemente su pronóstico y la calidad de vida de los pacientes. Ustekinumab es un anticuerpo monoclonal eficaz en el tratamiento de la APs. La persistencia de un fármaco es una medida indirecta de eficacia del mismo la práctica clínica.

Objetivos: Estudiar la persistencia de Ustekinumab. Como Objetivo secundario se valoraron los factores asociados a una persistencia más prolongada.

Métodos: Estudio retrospectivo monocentrico. Se recoge la información de pacientes adultos con APs que recibieron tratamiento con Ustekinumab entre 2011 y febrero de 2019.
La probabilidad de persistencia se calculó mediante el test de Kaplan-Meier, las potenciales diferencias por tipo de manifestación y por dosis de tratamiento por rangos logarítmicos. Para el análisis de los posibles factores asociados con la persistencia del tratamiento mediante modelos de regresión de Cox.

Resultados: se recogieron los datos de 11 pacientes con APs y tratamiento con UST. El 81,8% fueron mujeres y el 19,2% varones. La Edad Media fue de 49.91 años, el IMC medio de 33.83. Cinco pacientes eran fumadores. El 82% de los paciente tenían afección mixta. La mayoría, el 36,4% había recibido más de 3 biológicos previos. La persistencia global fue del 81,8%. No se econtró ninguna asociación significativa en el análisis de Cox.

Conclusiones: 100% de los pacientes con dosis de 90mg y el 60% de los pacientes con 45mg cada 12 semanas mantuvo el tratamiento a los 18 meses.

Póster 07

BLOQUEO ECOGUIADO DEL NERVIO SUPRAESCAPULAR: SERIE DE CASOS

Álvaro García Martos, Laura González Hombrado, Patricia Castellanos Caballero.
Unidad de Reumatología. Hospital Universitario del Tajo. Av. Amazonas central s/n, 28300, Aranjuez, Madrid.

Objetivos: Describir la respuesta analgésica tras el bloqueo del nervio supraescapular en pacientes con omalgia crónica mal controlada.

Métodos: Durante un periodo de 12 meses se recogieron los datos demográficos de los pacientes, tipo de lesión ecografica, tratamiento previo, EVA antes y a los 3 meses del bloqueo ecoguiado con 10cc de bupivacaina al 5%.

Resultados: 31 pacientes a los que se realizó la técnica aceptaron participar en el estudio, de los cuales 23 (74.19%) eran mujeres. La Edad Media de la muestra fue de 70.12+/-13,84, mayor en el subgrupo de mujeres (73.78 años) que en el de varones (50.62 años). El hombro derecho fue el más frecuente en nuestra serie, afectado en 21 pacientes (67.74%). Con respecto a las lesiones ecograficas encontradas fueron: Roturas 15 (TSE 10, TSE+TIE 4, Biceps 1); Tendinosis 6 (TSE 3, TSE+SASD 2, TSE+TIE 1); Otros, síndrome subacromial 6, calcificación TSE 3, Hombro de Milwakee 1.

Los tratamientos recibidos previamente fueron AINEs en 17 pacientes (54.84%) e infiltraciones previas en 21 pacientes (67.74%). El número de infiltraciones previo al bloqueo fue variable: 1 en 11 casos (52.38%), 2 en 8 casos (38.09%) y 3 en 2 pacientes (9.52%).

La EVA Inicial (EVAo) media fue de 8.96+/-0.79 y el EVA final (EVAf) medio fue de 4.67+/-2.65. Con una mejoría media de 4.29+/-2.43. Los EVA agrupados por patologías fueron (Ver Tabla 1):

	EVAo	EVAf	Dif. EVA
ROTURAS	8.9+/-0.79	4.2+/-2.48	4.7+/-2.43
TENDINOSIS	9.14+/-0.89	4.42+/-2.63	4.72+/-2.21
OTROS	8.8+/-0.78	5.66+/-2.95	3.2+/-2.54

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en relación de la edad o el sexo con la diferencia de EVA (Spearman - 0,1 p 0,925)

Conclusiones: 29 de los 31 pacientes sometidos al bloqueo del N Supraescapular mostraron disminución del EVA de manera independiente de edad y el sexo.

El bloqueo ecoguiado del N Supraescapular es una técnica eficaz para el control del hombro doloroso de fácil realización en las consultas externas de Reumatología.

Póster 08

EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN EL MANEJO DE LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES CON AFECTACIÓN EXTRACRANEAL

Morán-Álvarez, Patricia[a]; Garrote-Corral, Sandra[a]; Vázquez-Díaz , Mónica[a]

[a]Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. de Colmenar Viejo, km. 9,100, 28034 Madrid, España

Objetivo: Analizar características clínicas, métodos diagnósticos y tratamientos de una serie hospitalaria de 8 pacientes diagnosticados de arteritis de células gigantes (ACG) con afectación extracraneal.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo incluyendo a todos los pacientes entre 2016-2019 con diagnóstico de ACG con afectación extracraneal demostrada mediante PET-TC. Se recogieron los datos demográficos, clínicos, analíticos, histopatológicos, pruebas de imagen, tratamientos y sus efectos secundarios, a través de la revisión de historias clínicas.

Resultados: Se incluyeron 8 pacientes, 100% eran mujeres de raza caucásica. La edad media al diagnóstico fue de 73 años (rango 62-83 años). Como factores de riesgo cardiovascular, 3 (26.6%) sufrían hipertensión arterial, 3 (26.6%) dislipemia y 1 (12.5%) era fumadora. El tiempo desde aparición de los síntomas hasta el diagnóstico de ACG fue de 7,3 semanas (2-20 semanas) y de 15 meses (0-84 meses) para la afectación extracraneal. Dentro de las manifestaciones clínicas: 8 (100%) desarrollaron cefalea, 4 (50%) claudicación mandibular, 6 (75%) clínica compatible con polimialgia reumática, 2 (25%) síntomas visuales, 2 (25%) fiebre y síndrome constitucional y 1 (12.5%) paciente sufrió un ictus vertebrobasilar al debut. Las medianas de VSG y PCR al diagnóstico de la ACG fueron de 68 mm/1ª hora y 56 mg/L, respectivamente; y de 48 mm/1ª hora y 43 mg/L en el momento de la detección de la afectación extracraneal. En relación con el diagnóstico, en un 50% de los pacientes con ecografía de arterias temporales, se evidenció signo del halo, y en un 75% con biopsia de arteria temporal, esta fue positiva. Con respecto a los hallazgos del PET-TC, la aorta torácica descendente fue la porción más afecta (87.5%), seguida de la aorta ascendente (75%) y el cayado aórtico (75%); siendo otras localizaciones menos frecuentes (37.5% aorta abdominal, 12.5% iliacas y 12.5% carótidas). El tratamiento de inicio en todos ellos fue prednisona oral a una dosis media de 53,75 mg/día (30-60). Un 87.5% de los pacientes recibieron metotrexato (MTX) a una dosis media de 17.8 mg/semana y 62.5% tocilizumab (TCZ) intravenoso, alcanzándose la remisión en el 75% de los pacientes. Como efectos secundarios, 1 paciente presentó neutropenia; y 2 de ellos sufrieron una infección por virus herpes zoster. No fue registrado ningún fallecimiento. Un PET-TC de control fue realizado en 5 de los 8 pacientes, existiendo sólo en 2 de ellos una correlación clínico-radiológica.

Conclusiones: La sospecha de afectación extracraneal en pacientes con ACG, basada en la persistencia de los síntomas y/o elevación de los reactantes de fase aguda a pesar de la corticoterapia, fue confirmada a través de la realización de un PET-TC. En estos casos el uso de MTX y TCZ permitió una mejoría de los síntomas y una menor dosis de glucocorticoides. Utilizar como variable respuesta la realización de un PET-TC control, actualmente sigue siendo una gran incertidumbre.

Póster 09

PREVALENCIA DE HIPERURICEMIA Y GOTA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE PAGET ÓSEA

M.A. Terán Tinedo, C. Pijoan Moratalla, J.R. Quiñones Torres, J. Bachiller-Corral, M. Vázquez Díaz.
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. Ctra. De Colmenar Viejo Km 9100 CP 28034

Objetivos: Analizar la frecuencia de hiperuricemia y gota en pacientes con diagnóstico de enfermedad de Paget ósea (EP) y establecer la correlación existente entre los niveles de ácido úrico, la actividad de la enfermedad de Paget y su tratamiento.

Metodología: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EP entre los años 2013 y 2018 que tuvieran una gammagrafía basal con captación sugestiva de actividad y que tuvieran un seguimiento posterior en consultas con analíticas anuales. Se recogió información demográfica, manifestaciones clínicas de la EP, extensión y número de focos, el valor de fosfatasa alcalina (FA) y del ácido úrico (AU) al diagnóstico y tras el tratamiento recibido. De igual forma, se recogió la presencia de factores de riesgo hiperuricemiantes (FRH), la historia de gota y finalmente las cifras de FA y AU durante brotes de gota en caso de haberlos. Se creó una base de datos y se realizó un análisis descriptivo y de correlación de las variables.

Resultados: Se incluyeron un total de 95 pacientes con una edad media de 70,59 (± 9,98) años (rango 45-89), siendo el 56% mujeres. Los valores medios de FA y AU al diagnóstico fueron respectivamente de 178,05 ± 82,81 mg/dl y 5,84 ± 1,74 mg/dl. El 58,9% de los pacientes presentaban afectación monostótica (56/95) y solo el 53,12% presentaban síntomas asociados (51/95), en el resto fue un hallazgo incidental. El 70,83% no presentaban FRH. 56 pacientes (58,9%) recibieron tratamiento para la EP (39 con zoledronato, 6 con risedronato y 11 con otros bisfosfonatos). El índice de correlación de Pearson entre FA y AU en el momento basal y durante el seguimiento fue de 0,71 ($p < 0,001$) que indica una relación positiva moderada alta. El 50,52% de los pacientes (48/95) tenían hiperuricemia con valores de AU por encima de 6 mg/dl al momento de diagnóstico EP, con una media de 7,10 ± 1,74 mg/dl, y en estos pacientes, tras haber recibido tratamiento con bisfosfonatos se evidenció

una media de descenso de 0,78 ± 1,3 mg/dl sobre el valor basal al año de su administración. Este descenso se evidenció en el 93,5% de los casos de pacientes tratados para EP. 11 pacientes (11,57%) presentaron clínica de gota durante el seguimiento, con elevación de las cifras de FA por encima de 126 mg/dl en el momento del ataque en el 63,63% de los casos.

Conclusiones: En nuestra cohorte, se evidenció una correlación positiva moderada alta, estadísticamente significativa, entre los niveles de FA y de AU en la enfermedad de Paget activa. El tratamiento del Paget produjo una reducción de las cifras de AU desde su valor basal. Asimismo, se apreció un número elevado de ataques de gota en estos pacientes con una elevación de los niveles de FA en las crisis.

Póster I0

EPISODIOS DE UVEÍTIS ANTERIOR AGUDA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ESPONDILOARTRITIS HLA B27+ EN PRÁCTICA CLÍNICA REAL

M. Espinosa Malpartida, E. Rico Sánchez-Mateos, C. Merino Argumánez, O. Rusinovich, N. de la Torre Rubio, H. Godoy Tundidor, J. Campos Esteban, JL Andreu Sánchez, J. Sanz Sanz. M.B. Ruíz Antorán
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. C/ Manuel de Falla, 1, 28222 Majadahonda, Madrid

Objetivo: Evaluar la incidencia y prevalencia de episodios de uveítis anterior aguda (UAA), así como de factores que pudieran estar relacionados en pacientes con diagnóstico clínico de espondiloartritis (EspA) en práctica clínica real.

Material y Métodos: Se lleva a cabo un estudio observacional retrospectivo de pacientes con diagnóstico de EspA (axial y/o periférica) HLAB27 positivo. Se revisaron historias clínicas informatizadas de pacientes vistos en consultas externas de Reumatología de un hospital de tercer nivel. Se recogen los episodios UAA registrados desde enero de 2016 hasta diciembre de 2018, así como datos demográficos, clínicos y analíticos relevantes como son edad, sexo, tratamientos, factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades. Se realiza un análisis descriptivo e inferencial de dichos datos.

Resultados: Se incluyen 251 pacientes, 168 son varones (66.9%). La edad media es de 55.2 años (±12.8). De todos ellos, 49 (19.5%) presentaron al menos un episodio de UAA entre 2016 y 2018, de los cuales en 5 (10.2%) era su primer episodio. La media de episodios de UAA fue de 1.98 (±1.37) con un rango de episodios entre 1 y 7. Los pacientes en tratamiento con fármacos biológicos tuvieron tasas de episodios de UAA más bajas comparadas con los no tratados [36 vs 60 episodios/paciente (26,1% vs 36,5%)] y entre ellos encontraron diferencias a favor de adalimumab frente a etanercept en la reducción del número de episodios de UAA (7.5% vs 29.3%, $p < 0.012$). No se encontró relación con el resto de variables analizadas.

Conclusión: Este estudio confirma una alta prevalencia de UAA en pacientes con EspA, aunque menor comparada con la literatura científica (19.02% vs 30-35%). El número de episodios es menor en pacientes bajo tratamiento anti-TNFα. En nuestra serie encontramos diferencias en cuanto a la disminución de episodios a favor de adalimumab frente a etanercept.

Póster II

PAQUIMENINGITIS INFLAMATORIA INFLAMATORIAS ASOCIADAS A PSEUDOTUMOR ORBITARIO EN TRATAMIENTO CON RITUXIMAB. DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS

Tomás Almorza Hidalgo, Esther Rodríguez-Almaraz.
Servicio de Reumatología. Hospital Universitario 12 de Octubre. Av/Andalucía S/N 28041-Madrid

Introducción: la paquimeningitis es proceso infrecuente consistente en la inflamación de la duramadre, que puede presentarse sin asociación clínica objetivable (forma idiopática) o bien asociada a una enfermedad infecciosa (tuberculosis…), neoplásica (linfoma) o autoinmune como la granulomatosis con poliangeitis o la enfermedad relacionada con IgG4, pudiendo aparecer asociada a procesos pseudotumorales de naturaleza inflamatoria. Presentamos dos casos de paquimeningitis inflamatoria asociadas a pseudotumor orbitario con buena respuesta a tratamiento con Rituximab.

Presentación clínica: Se trata de dos casos (una mujer, de edad al diagnóstico de 50 años; y un varón, de edad al diagnóstico de 55 años) diagnosticados de paquimeningitis de etiología inflamatoria, habiéndose descartado causa infecciosa y otras enfermedades no inmunomediadas; en un caso en el seno de enfermedad por IgG4 en overlap con poliangeitis microscópica y otro sin asociación clínica objetivable, clasificado como una forma hipertrófica idiopática, ambos asociados a aparición de pseudotumor inflamatorio a nivel de órbita tratados con Rituximab con buena respuesta y evolución posterior.

Conclusiones: El tratamiento de la entidad descrita no está claramente establecido ya que la escasez de la casuística dificulta la estandarización del mismo. Sin embargo, cada vez son más los casos publicados en la bibliografía que avalan el uso de Rituximab en estos casos. Los casos descritos refuerzan esta hipótesis aun en perfiles de pacientes claramente diferenciados pero con similar proceso patológico.

Póster I2

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS E INMUNOLÓGICAS DE UNA SERIE DE PACIENTES CON RHUPUS

Fernando Lozano Morillo[1], Tomás Almorza Hidalgo[1], Patricia Lavilla Villar[1], Miriam Retuerto Guerrero[1], Boris Anthony Blanco Cáceres[2], Óscar Cabrera Marante[1], Antonio Serrano Hernández[1].
Hospital Universitario 12 de Octubre. Avenida de Córdoba, s/n. 28041, Madrid. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. M-607 Colmenar Viejo, km. 9,100. 28034, Madrid.

Objetivos: descripción de las características demográficas, clínicas e inmunológicas de una serie de pacientes con rhupus y comparación con lo descrito previamente en la literatura.

Métodos: revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en consultas de Reumatología con criterios clasificatorios de AR (ACR 1987 o ACR/EULAR 2010) y LES (ACR 1997 o SLICC 2012), además de búsqueda manual de pacientes con positividad conjunta para anticuerpos anti-CCP (>3 UI/mL) y anti-DNAds (IFI+) o anti-Sm (en multiplex) desde 2017. Se excluyeron pacientes con EMTC, LES inducido por fármacos en pacientes con AR y pacientes con AR con anti-DNAds+ o anti-Sm+ en ausencia de manifestaciones clínicas sugestivas de LES.

Resultados: identificamos 8 pacientes, todas mujeres (4 de etnia latinoamericana, 3 caucásicas, 1 árabe) con edad media al diagnóstico de 35 años (19-63 años) y duración media de enfermedad de 9 años (±10.5 años). El diagnóstico de AR y LES fue simultáneo en el 50% (37.5% debut como AR y 12.5% como LES, siendo en estos casos el tiempo medio entre ambos diagnósticos de 16.5 meses). Las características inmunológicas de las pacientes están recogidas en la Tabla 1. En el 37.5% la afectación articular es erosiva. Como clínica extraarticular, el 75% presenta afectación cutánea (más frecuente fotosensibilidad, rash malar, aftas orales y alopecia) y el 100% afectación hematológica con linfopenia (37.5% trombopenia), siendo menos frecuentes la serositis (37.5%), la afectación renal (25% glomerulonefritis en biopsia, 12.5% proteinuria no nefrótica) y neurológica (sólo en una paciente). Los tratamientos pautados más frecuentes en nuestra serie son los glucocorticoides (100%), antipalúdicos (87.5%) y metotrexate (87.5%), requiriendo además el 50% terapia biológica (2 etanercept, 1 adalimumab, 1 rituximab) por insuficiente control de la artritis con FAMEs sintéticos convencionales.

Conclusiones: la prevalencia de la artritis erosiva en nuestras pacientes es menor que la descrita en otras series de rhupus, si bien como limitación no disponemos de pruebas más sensibles que la radiografía simple (como ecografía y RMN) para la detección de erosiones, además de tratarse de una muestra pequeña teniendo en cuenta la escasa prevalencia de esta entidad. La proporción de pacientes que se diagnostican simultáneamente de AR y LES es así mismo mayor (con un menor intervalo entre ambos diagnósticos cuando este no es el caso), así como la proporción de pacientes que recibe terapia biológica. El resto de características clínicas y serológicas son similares a las descritas en la literatura.

Tabla 1

	ANA (título IFI)	Anti-DNAds (título IFI)	Anti-Sm	Anti-cromatina	FR (UI/mL)	Anti-CCP (UI/mL)	Anti-Ro	Anti-cardiolipina (UI/mL)	Anti-β2GPI (UI/mL)	Anticoagulante lúpico
Paciente 1	1/320	-	-	+	53	2	-	-	22 (IgM)	-
Paciente 2	1/640	-	-	-	810	486	-	-	-	-
Paciente 3	1/1260	-	-	-	1230	310	-	25.8 (IgM)	-	-
Paciente 4	1/640	1/50	-	+	588	>300	-	-	28.5 (IgA)	-
Paciente 5	1/160	-	-	-	232	11,1	+ (Ro60)	148 (IgG) 121 (IgM)	160 (IgG), 111 (IgM), 42 (IgA)	+
Paciente 6	1/160	1/50	-	+	230	>300	-	32.4 (IgM)	-	-
Paciente 7	1/320	-	-	-	198	>300	+ (Ro52)	19.5 (IgM)	-	-
Paciente 8	1/160	-	+	+	170	>300	-	-	-	-

Póster 13

MIOPATÍAS INFLAMATORIAS ANTI- FACTOR DE TRANSCRIPCIÓN 1 INTERMEDIARIO (anti-TIF-1) POSITIVO

Morán-Álvarez, Patricia[a]; Garrote-Corral, Sandra[a]; Ballester-González, Rubén[b]; García-Hoz, Carlota[b]; Larena-Grijalba, Carmen[a]; Blázquez-Cañamero, Mª Ángeles[a]; Morell-Hita, José Luis[a]; Bachiller-Corral, Javier[a]; Vázquez-Díaz , Mónica[a]

[a]Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. de Colmenar Viejo, km. 9,100, 28034 Madrid, España
[b]Servicio de Inmunología, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. de Colmenar Viejo, km. 9,100, 28034 Madrid, España

Objetivo: analizar características clínicas, métodos diagnósticos y tratamientos de una serie hospitalaria de 5 pacientes diagnosticados de miopatía inflamatoria anti-TIF-1 positivo.

Métodos: estudio observacional, retrospectivo, descriptivo incluyendo a todos los pacientes entre 2013-2019 con diagnóstico de miositis inflamatoria anti-TIF-1 positivo. Se recogieron los datos demográficos, clínicos, analíticos, histopatológicos, pruebas de imagen, estudio electrofisiológico, tratamientos y mortalidad a través de la revisión de historias clínicas.

Resultados: Se incluyeron 5 pacientes, 3 mujeres y 2 hombres, todos ellos de raza caucásica. La edad media al diagnóstico fue de 56 años (rango: 40-65 años). 4 presentaron una neoplasia subyacente: 3 de órgano sólido (mama, renal y pulmón) y 1 hematológica (linfoma no Hodgkin). El tiempo entre el diagnóstico de la miopatía inflamatoria y la detección de una neoplasia fue simultánea en todos ellos, excepto 3 años en uno de los pacientes. Dentro de las manifestaciones clínicas: 3 de ellos desarrollaron rash heliotropo, eritema en chal, eritema periungueal y/o pápulas de Gottron; 1 fenómeno de Raynaud; 3 artralgias y/o artritis; 2 pérdida ponderal; 4 mialgias; y 4 debilidad de cinturas (3 cintura escapular y pelviana; 1 cintura escapular; y 1 disfagia, disfonía y debilidad diafragmática asociadas). Ninguno presentó alteraciones gastrointestinales, pulmonares y/o fiebre. Las medianas de CK, aldolasa y LDH al diagnóstico fueron de 674 U/L, 9.8 U/L y 547 U/L, respectivamente. En relación con el diagnóstico: 3 de ellos presentaban signos inflamatorios en la resonancia magnética muscular; 4 un patrón miopático en el estudio electrofisiológico; y 1 paciente una biopsia muscular concluyente. Según los criterios de *Bohan and Peter* se registraron 3 dermatomiositis (2 definitivas y 1 probable) y 2 polimiositis (1 probable y 1 posible). El tratamiento de inicio en todos ellos fue prednisona a dosis de 1mg/Kg/día. 1 de ellos recibió 3 pulsos intravenosos (125 mg/ día durante 3 días) de metilprednisolona. Otros tratamientos administrados fueron: hidroxicloroquina (3), azatioprina (2) e inmunoglobulinas intravenosas (1). Se registraron 2 muertes con un rango de 5 meses – 4 años desde su diagnóstico, siendo 1 de ellas secundaria a disfunción diafragmática.

Conclusiones: las miopatías inflamatorias anti-TIF1 positivo son un tipo de miositis con una gran fuerza de asociación a neoplasias (predominantemente de órgano sólido), por lo que su búsqueda es obligatoria tanto en el momento de su diagnóstico como durante su seguimiento. El manejo de este tipo de miopatías se basa en el tratamiento de la neoplasia subyacente y el uso de glucocorticoides como primera línea. No obstante, otros tratamientos pueden ser necesarios. A pesar de ello, su pronóstico a largo plazo es poco favorable.

Póster 14

EFICACIA DE SECUKINUMAB EN PACIENTES CON ESPONDILOARTRITIS NAÏVE A BIOLÓGICO: EXPERIENCIA EN VIDA REAL

Ana Victoria Esteban Vázquez, Israel J. Thuissard, Cristina García Yubero, Tatiana Cobo Ibáñez y Santiago Muñoz Fernández. Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes. Universida Europea. Madrid.

Objetivo: Analizar la eficacia y supervivencia de Secukinumab como tratamiento biológico de primera línea en pacientes diagnosticados de artritis psoriásica (APs) y espondiloartritis axial (EspA) en condiciones de vida real, en los que ha fallado la terapia convencional.

Métodos: Estudio retrospectivo sin comparador de una cohorte de pacientes con APs y EspA que cumplían criterios CASPAR y ASAS respectivamente que iniciaron tratamiento con secukinumab en primera línea de biológico tras el fracaso al tratamiento convencional según recomendaciones SER. Se registraron datos demográficos (edad, sexo, diagnóstico, fecha de inicio y final del tratamiento), de actividad (BASDAI; ASDAS, DAPSA y PCR) y de función (BASFI) de manera basal, a los 3 meses y posteriormente cada 6 meses. Así mismo, se registró si el paciente estaba o no en baja actividad definida por ASDAS menos de 2,1, BASDAI menor de 4 o DAPSA menor de 5 puntos, según el diagnóstico. Además, se evaluaron los posibles factores que pudieron estar implicados en el abandono/fallo primario del tratamiento.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes (edad media 47,1 +/-12,5 años; 68,8% varones; tiempo medio de seguimiento: 15,6 +/-8,4 meses). Once pacientes (68,8%) tenían EspA y 5 (31,3%) APs. Se encontraron disminuciones significativas con respecto al valor basal antes de comenzar el tratamiento de los parámetros de actividad y función de la enfermedad a partir de los tres meses del inicio, que se mantuvieron a lo largo del seguimiento en los pacientes respondedores. El tratamiento se suspendió por fallo primario en 7 pacientes (43%). No se evidenciaron efectos adversos secundarios al tratamiento.

Conclusiones: Secukinumab es un fármaco eficaz en pacientes naïve a biológico sin efectos adversos. En nuestra serie hay una tasa alta de fallos primarios lo cual habría que confirmar con series más amplias. Es necesario un estudio multicéntrico que permita ampliar el tamaño muestral y llegar a más conclusiones significativas.

Póster I5

EVENTOS TROMBÓTICOS Y OTRAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO (SAF) PRIMARIO SEGÚN PERFIL DE ANTICUERPOS

Morán-Álvarez, Patricia[a]; Garrote-Corral, Sandra[a]; García-García, Verónica[a]; Tortosa-Cabaña, Marina[a]; Corral-Bote, Ana[a]; García-Villanueva, Mª Jesús[a]; Vázquez-Díaz, Mónica[a].
[a] Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal. Ctra. de Colmenar Viejo, km 9, 100, 28034 Madrid, España.

Objetivo: evaluar los eventos trombóticos y otras manifestaciones clínicas en pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF) primario según perfil de anticuerpos antifosfolípido (AAF).

Métodos: estudio observacional, retrospectivo, descriptivo incluyendo a todos los pacientes entre 1986 y 2019 con diagnóstico de SAF primario confirmado a través de los criterios revisados de Sapporo de 2006. Se recogieron los datos demográficos, clínicos y analíticos a través de la revisión de historias clínicas y se realizó un análisis estadístico a través del test exacto de Fisher.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes, 24 (80%) mujeres y 6 (20%) hombres, siendo 28 (93.3%) de raza caucásica. La edad media al debut de la enfermedad fue de 51 13.3 años. Como factores de riesgo cardiovascular: 14 (46.7%) tenían hipertensión arterial, 2 (6.7%) diabetes mellitus, 7 (23.3%) dislipemia, 2 (6.7%) obesidad y 5 (16.7%) eran fumadores. En relación con los perfiles de AAF: 4 (13.3%) eran anti-CL o anti-2GP positivo (+), 4 (13.3%) ALE+, 12 (40%) presentaban doble positividad y 10 (33,3%) triple positividad. De todos ellos, 22 (73.3%) desarrollaron al menos 1 evento trombótico, siendo 9 (40.9%) arteriales; 8 venosos (26.7%) y 5 arterial más venoso (16,7%). A pesar del tratamiento anticoagulante, 12 (40%) presentaron al menos un nuevo episodio trombótico. 14 pacientes (46.7%) desarrollaron complicaciones obstétricas. 16 (53.3%) sufrieron sólo complicaciones trombóticas, 8 (26,7%) sólo obstétricas, y 6 (20,0%) trombóticas y obstétricas. Otras manifestaciones menos frecuentes fueron: 26.7% trombopenia, 20% cardiacas (1 endocarditis de Libman Sacks fue registrada), 17.2% fenómeno de Raynaud, 16.7% neurológicas, 6.7% livedo reticulares y 3.3% microangiopatía trombótica renal. En ninguno de ellos se detectó anemia hemolítica. A su vez se calcularon las prevalencias de las distintas manifestaciones clínicas según los perfiles preestablecidos de AAF (Tabla 1). Se objetivaron diferencias estadísticamente significativas ($p< 0.05$) sólo en relación con las manifestaciones obstétricas según el perfil de AAF.

Conclusiones: los eventos trombóticos, y, en segundo lugar, los eventos obstétricos fueron las manifestaciones clínicas más prevalentes. La trombosis arterial fue más frecuente que la venosa. Un alto porcentaje de los pacientes (40%) sufrieron un nuevo episodio de trombosis. A pesar de la relación establecida entre ALE+, doble o triple positividad como perfiles de mayor riesgo trombótico, en nuestro estudio no se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 1. Recuento y porcentajes de las distintas manifestaciones según perfiles de anticuerpos antifosfolípido (AAF). aCL (anticardiolipina), aB2GP (anti-B2gligoproteína), ALE (anticogulante lúpico), doble + (al menos 2 de los anteriores), triple +(ALE +, aB2GP + y aCL +).

		aCL/aB2GP +	ALE +	Doble +	Triple +
Trombosis		1 (25%)	4 (100%)	10 (83,3%)	7 (70%)
Tipo trombosis	Arterial	0 (0%)	1 (25%)	4 (40%)	4 (57,1%)
	Venosa	1 (100%)	1 (25%)	4 (40%)	2 (28,6%)
	Arterial + Venosa	0 (0%)	2 (50%)	2 (20%)	1 (14,3%)
Retrombosis		1 (25%)	2 (50%)	5 (41,7%)	4 (40%)
Complicaciones obstétricas		4 (100%)	0 (0%)	5 (41,7%)	5 (50%)
Manifestación trombótica u obstétrica	Trombótica	0 (0%)	4 (100%)	7 (58,3%)	5 (50%)
	Obstétrica	3 (75%)	0 (0%)	2 (16,7%)	3 (30%)
	Ambas	1 (25%)	0 (0%)	3 (25%)	2 (20%)
Trombopenia		1 (25%)	1 (25%)	4 (33,3%)	2 (20%)
Livedo reticularis		0 (0%)	0 (0%)	2 (16,7%)	0 (0%)
Fenómeno de Raynaud		0 (0%)	0 (0%)	3 (25%)	2 (22,2%)
Valvulopatía		0 (0%)	1 (25%)	1 (8,3%)	4 (40%)
Anemia hemolítica		0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Microangiopatía trombótica		0 (0%)	1 (25%)	0 (0%)	0 (0%)
Neurológicas		1 (25%)	1 (25%)	3 (25%)	0 (0%)

Póster I6

PREDICTORES DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON ENFERMEDADES MUSCULOESQUELÉTICAS: ANÁLISIS LONGITUDINAL A PARTIR DE UNA HISTORIA CLÍNICA ELECTRÓNICA DEPARTAMENTAL

A Madrid, J. Font, L. León, D. Freites, C Lajas, E. Pato, B. Fernández-Gutiérrez, JA Jover, L Abásolo, L Rodríguez Rodríguez. UGC de Reumatología e Instituto de Investigación Sanitaria San Carlos (IdISSC), Hospital Clínico San Carlos, 28040, Madrid.

Objetivos: Analizar en una cohorte de pacientes con enfermedades musculoesqueléticas (MSKs) la influencia de predictores demográficos y clínicos, en medidas repetidas de calidad de vida relacionadas con la salud (QoL) (Índice de *Rosser*) y recogidas en una historia clínica electrónica (HCE), usando ecuaciones de estimación generalizadas penalizadas (PGEE).

Métodos: Se incluyeron contactos de pacientes con al menos dos visitas atendidos en consultas de reumatología entre abril de 2007 y noviembre de 2017. Las visitas separadas más de un año con respecto a la visita anterior y la siguiente se eliminaron. El análisis estadístico para la selección de los predictores se hizo en cuatro pasos: a) Análisis bivariado en el que se eliminaron los predictores con un *p-valor* > 0.15. b) Eliminación de variables altamente correlacionadas, con una media absoluta de correlación > 0.95. c) Análisis multivariados de términos clínicamente relacionados. Al menos se incluyó un predictor de cada análisis multivariado, aunque ninguno tuviese un valor de *p* por debajo de < 0.15. En este caso se incluyó el predictor con el valor de *p* más bajo. d) Cálculo del valor de penalización, mediante una búsqueda en malla y cómputo de las PGEE empleando una estructura de correlación independiente. Aquellas variables con un valor de estimación $<10^{-3}$ fueron contraídas y se consideraron como significativas aquellas con un *z-robust* > *1*.96.

Resultados: Con una población inicial de 18.187 pacientes, 95.960 contactos y 410 variables de estudio, la edad mediana fue de 56,4 años, la mayor parte de los pacientes fueron mujeres (69,4%) y la mediana de *Rosser* fue de 0,986. Se mantuvieron 289, 241, 153 y 33 predictores durante el proceso de selección de estos. Los diagnósticos, tratamientos y comorbilidades mas frecuentes fueron lumbodorsalgia, tendinitis y dolor en articulación; analgesia, protector gástrico y antiinflamatorios; hipertensión, dislipemia, y diabetes, respectivamente. La calidad de vida de los pacientes en los tres meses previos, el haber estado tratado con antigotosos, analgésicos de 3º nivel, o corticoides está asociado de forma positiva con la QoL. Haber padecido fallo renal o cardiopatía isquémica, estar tratado con analgésicos de 3º nivel de forma recurrente o recibir diagnósticos de monoartritis, fibromialgia se asoció con una peor calidad de vida.

Conclusiones: Hemos identificado una serie de diagnósticos, tratamientos, y comorbilidades asociados independientemente con la QoL en pacientes seguidos en una HCE. Esto puede permitir desarrollar estrategias para minimizar el impacto de las MSKs en los pacientes.

Póster I7

EFECTO INMUNOMODULADOR A LARGO PLAZO EN EL COMPARTIMENTO CIRCULANTE DE CÉLULAS B DE PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO TRATADOS CON BELIMUMAB: DE VUELTA AL PRINCIPIO.

Abbasi A[2], Perez Gómez A[2,3], A. Gómez LaHoz[1,3], L. Paule[1,3], Moruno H[2], Albarrán F[2,3], Suárez J[2], León MJ[2,3], Monserrat J[1,3], M. Alvarez-Mon[1,2,3].

[1]Laboratorio de Enfermedades del Sistema Inmune. [2]Servicio de Enfermedades del Sistema Inmune/Reumatología. [3]Departamento de Medicina y Especialidades Médicas. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad de Alcalá. Alcalá de Henares, Madrid, España. Carretera de Alcalá-Meco s/n, 28802 (Alcalá de Henares).

Objetivos. Los linfocitos B tienen un papel relevante en la patogénesis del lupus eritematoso sistémico (LES), y por tanto, son un claro objetivo para nuevas estrategias terapéuticas de la enfermedad. Belimumab es un anticuerpo monoclonal humanizado dirigido contra el factor activador de linfocitos B (BLys). En este trabajo evaluamos los efectos del tratamiento con belimumab en pacientes con LES sobre los linfocitos B a largo plazo, estudiando la distribución de los linfocitos B CD19+ circulantes novatos, efectores con o sin cambio de isotipo, plasmablastos y linfocitos B de memoria antes y a lo largo de 6 y 18 meses de seguimiento en tratados y no tratados con belimumab.

Métodos. Se analizaron 14 pacientes con LES (7 tratados con belimumab y 7 sin tratamiento) y 12 controles sanos pareados en edad y sexo. Se obtuvo sangre periférica en condiciones basales, a los 6 y a los 18 meses. Las PBMC se obtuvieron por centrifugación mediante un gradiente de densidad Ficollhypaque y se analizó por citometría de flujo multiparamétrico (citómetro FacsAria II) con los siguientes anticuerpos marcados contra los antígenos de superficie de las células B: anti-CD19, CD27, IgD, CD38, CD40, CD23 y HLA-DR. Se analizó con el software Diva y Flow-Jo.

Resultados. Se detectó una disminución significativa en las células B CD19+ circulantes en los pacientes con LES tratados

con belimumab respecto a LES no tratados con belimumab y controles sanos a los 6 y 18 meses. Esta reducción se explica por una disminución significativa en la subpoblación de células B CD19+CD27⁻IgD+ (naive). Por otro lado, se encontró una expansión asociada a belimumab de los subconjuntos de células B CD19+CD27+IgD- (efectoras con cambio de isotipo) y CD19+CD27Hi+IgD- (plasmablastos). Sin embargo, no observamos modificaciones significativas en los linfocitos B CD19+CD27+IgD+ (efectoras sin cambio de isotipo). Además, las células B CD19+CD27-IgD- (memoria) están significativamente elevadas a los 6 y 18 meses con respecto al inicio de la terapia con belimumab.

Conclusiones. Belimumab tiene un efecto inmunomodulador a largo plazo en las células B de pacientes con LES caracterizado por una retracción y redistribución del subconjunto de los linfocitos B, disminuyendo los linfocitos B vírgenes y aumentando las células B efectoras y de memoria, lo que hace pensar en una tendencia hacia la normalización del proceso de maduración y activación del compartimento B.

Póster I8

DETECCIÓN DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE Y ESPONDILOARTRITIS: VALIDEZ DEL CUESTIONARIO MULTIDIMENSIONAL DE EVALUACIÓN DEL ESTADO DE SALUD (MDHAQ) EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Christian Y. Soleto[1]; Ana M. Anzola Alfaro[1]; Rosa Morla[2]; Raimon Sanmarti[3]; Theodore Pincus[4]; Isabel Castrejón[1,4]. Unidad-Reumatología: [1]Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid (Dr. Esquerdo 46, 28007) [2]Xarxa Sanitaria Santa Tecla, Tarragona; [3]Hospital Clinic, Barcelona, [4]Rush University MC, Chicago IL. (1611 West Harrison Street, Suite 510, Chicago, IL 60612)

Objetivo: Los pacientes con artritis reumatoide (AR) y espondiloartritis (SpA) tienen mayor probabilidad de presentar depresión que la población general, lo que le confiere peor pronóstico a su enfermedad de base. El MDHAQ consta de tres preguntas para la detección de depresión. Nuestro objetivo fue evaluar la validez del MDHAQ en comparación con dos cuestionarios estándar de depresión: el Cuestionario de Depresión (PHQ-9) y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS).

Métodos: Realizamos un estudio transversal en donde se incluyeron pacientes consecutivos con diagnóstico de SpA o AR que completaron de forma rutinaria el cuestionario MDHAQ en nuestra consulta de reumatología. A estos pacientes se les invitó a completar el PHQ-9 y HADS entre Noviembre de 2018 y Febrero de 2019. Se calculó la correlación de Spearman entre las tres preguntas específicas de depresión del MDHAQ y el PHQ-9 y el HADS..Para evaluar el nivel de concordancia para identificar a los pacientes con depresión se calculó el Kappa de Cohen con intervalos de confianza del 95%, y la curva de Característica Operativa del Receptor (ROC), utilizando los cortes de PHQ-9 ≥10 y HADS≥8 como referencia externa.

Resultados: Se incluyeron 170 pacientes, 102 diagnosticados de AR y 68 de SpA; el 82% y 47% de los pacientes fueron mujeres con una edad promedio de 58,8 (+/-12,1) y 55,6 (+/-11,1) respectivamente. Se identificó depresión en el 26%, 28% y 33% según el MDHAQ, PHQ-9 y HADS en pacientes con AR, en comparación con 35%, 43% y 45% en pacientes con SpA. La concordancia entre el MDHAQ y PHQ-9 ≥10 para identificar depresión fue de 83% (kappa 0,60 IC 0,47-0,73); y entre el MDHAQ y el HADS ≥8 de 79% (kappa=0,52, IC 0,39-0,66). Las correlaciones de Spearman calculadas entre los ítems específicos de depresión del MDHAQ y el PHQ-9/HADS se detallan en la siguiente tabla:

Tabla: Correlación de Spearman, Todos los valores en la tabla tienen una **p<0.001**

MDHAQ	PHQ-9	HADS		
		Depresión	Ansiedad	Total
Ítems de Depresión (0-3.3/ítem)				
• - Alteraciones del Sueño	0,75	0,63	0,62	0,67
• - Nerviosismo/Ansiedad	0,69	0,64	0,75	0,74
• - Depresión/tristeza	0,72	0,70	0,70	0,75
Total de ítems combinados (sueño+ansiedad+depresión; 0-9.9)	0,80	0,73	0,76	0,79

Conclusión: La prevalencia de depresión en la población con SpA es mayor que en AR según los cuestionarios utilizados. El MDHAQ presenta buena concordancia con el PHQ-9 y HADS, ambos cuestionarios específicos de depresión, y podría ser válido como herramienta para la detección de depresión en la práctica clínica diaria.

Póster 19

CONSULTA DE ECOGRAFÍA DEL CENTRO DE ENFERMEDADES INFLAMATORIAS MEDIADAS POR LA INMUNIDAD (CEIMI)

Liz Rocío Caballero Motta; Juan Carlos Nieto González; Ana Melissa Anzola Alfaro; Christian Y. Soleto; Laura Trives Folguera; Julia Martínez-Barrio; Belén Serrano Benavente; Juan Molina Collada; Isabel Castrejón; Indalecio Monteagudo Sáez; Carlos M. González Fernández; José María Álvaro-Gracia Álvaro. Hospital General Universitario Gregorio Marañón (HGUGM); Calle Dr. Esquerdo 46, 28007 Madrid.

Objetivo: El centro de enfermedades inflamatorias mediadas por la inmunidad (CEIMI) del HGUGM es una unidad para pacientes con enfermedades inflamatorias y en tratamiento biológico de distintas especialidades con un enfoque multidisciplinar. Ha sido inaugurado en el 2019 y cuenta con una consulta de ecografía con agenda propia. El objetivo de este trabajo es describir los hallazgos ecográficos desde el inicio de esta consulta especializada.

Métodos: En esta consulta se reciben pacientes de las especialidades incluidas en el CEIMI (Reumatología, Dermatología y Digestivo) en una agenda específica de 2 días al mes. Se realizan ecografías, con infiltración si precisa y se remite a su médico habitual. Se han recogido los motivos de solicitud, características basales y resultados ecográficos de todos los pacientes entre Febrero y Octubre de 2019.

Resultados: En 15 días de consulta se atendieron a 67 pacientes (38 mujeres, 56,7%). La edad media fue 51,6 años, con un rango de 22 a 89 años. La media fue de 4,5 pacientes/día, la mayoría (92,5%) citados de forma habitual. Se solicitaron 63 (94%) ecografías articulares y 4 de glándulas salivares, de las cuales 6 fueron solicitadas por Digestivo y el resto por Reumatología (Tabla 1). Se realizaron 21 infiltraciones (31,3%; con media de 1,4 infiltraciones/día).
En relación a los resultados ecográficos 26 (41,3%) fueron normales, 18 (28,6%) presentaban osteofitos, 16 (25,4%) sinovitis y 12 (19%) tendinopatía o entesopatía. De las articulaciones exploradas, las más solicitadas fueron carpo y mano (25 pacientes, 35,2%), tobillo y pie (16 pacientes, 22,5%) y rodillas (12 pacientes, 16,9%). La mayoría estaban diagnosticados de artritis reumatoide (15 pacientes, 23,1%), espondiloartritis (16 pacientes, 24,6%) o enfermedad inflamatoria intestinal (16 pacientes, 24,6%). De las ecografías de glándulas salivares la mitad (2) fueron normales y las otras 2 tuvieron un grado II.

Conclusiones: La consulta de ecografía del CEIMI, de inicio reciente, da apoyo a los distintos servicios que componen este centro, especialmente a Reumatología. Las mayoría de las exploraciones son patológicas y las infiltraciones son frecuentes.

Tabla 1. Enfermedades de base de los pacientes atendidos

	n	%
Enfermedad de Crohn	7	10,8
Colitis Ulcerosa	5	7,7
Artritis reumatoide	15	23,1
Espondilitis anquilosante	5	7,7
Artritis psoriásica	7	10,8
Artrosis	1	1,5
Artralgias	5	7,7
SpA asociada a EII	4	6,2
Síndrome seco	2	3,1
Espondiloartritis	7	10,8
Artritis idiopática juvenil	1	1,5
Otros	6	9,2
Polimialgia reumática	2	3,1

Póster 20

TERAPIAS BIOLÓGICAS EN AIJ: ¿EXISTEN DIFERENCIAS ENTRE LAS CATEGORÍAS?

Antía García Fernández, Andrea Briones Figueroa, Laura Calvo Sanz, Africa Andreu Suárez, Javier Bachiller Corral, Alina Boteanu. Reumatología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid

Objetivo: Evaluar la indicación y retirada los tratamientos biológicos (TB) según la categoría de AIJ.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes diagnosticados de Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) en seguimiento en un hospital terciario que hubieran recibido al menos un TB entre 2000 y 2019.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes con AIJ; 22 Oligoarticulares (OligP), 17 Artritis-entesitis(ArE), 17 Sistémicas (AIJs), 12 Poliarticulares FR+(PoliFR+), 11 Poliarticulares FR-(PoliFR-), 10 Artritis Psoriasica(APso), 9 Oligoarticulares Extendidas(OligE), y 2 Indiferenciada(Ind). Las caracteristicas basales se describen en la tabla 1.El fármaco que más se indicó el 1ª linea fue Etacercept (ETN) 44% en todas las categorías excepto ArE donde el más frecuente fue Adalimumab (ADA) y AIJs donde fue Anakinra (ANK). El tiempo hasta biológico fue diferente entre las categorías (p 0,002). En la IND el tiempo hasta biólogico fue el menor (mediana 1 mes) ya que ambos pacientes presentaban coxitis, seguido de APso (mediana 8,5 meses IQR(1,8-33)) y PoliFR- (mediana 9 IQR(1-223)). Las categorías con más tasa de suspensión del 1er TB fueron: AIJs (82,4%), OligE (77,8%) y PoliFR+ (50%). Precisaron TB en 2ª linea 43 pacientes: 100% Ind, 66,7% OligE, 59% AIJs. Analizando la persistencia de los TB por categorías: el 88,2% de las ArE mantienen el primer TB indicado, seguido del 60% de APso y del 59,% en las OligP. Unicamente 17,6% de las AIJs mantienen el TB indicado en 1ª linea (el 47% eran antiTNF).

Conclusiones: La AIJs fue la categoría que precisó más cambios de TB, en probable relación con el cambio de las recomendaciones de tratamiento a lo largo del tiempo. La que precisó menos cambios fue la ArE. La IND fue en la categoría que antes se indicó TB por la presencia de coxitis.

Póster 21

DIFERENCIAS EN EL COMPORTAMIENTO DE LAS INMUNOGLOBULINAS EN PACIENTES CON VASCULITIS ANCA POSITIVOS Y AR TRATADOS CON RITUXIMAB

Sanz Jardón, María; Bonilla Hernán, Mª Gema; Peiteado López, Diana; Plasencia Rodríguez, Chamaida. Balsa Criado, Alejandro. Servicio de Reumatología. Hospital Universitario La Paz. Paseo de La Castellana, 261, Madrid, 28046

Objetivos: Analizar el comportamiento de las inmunoglobulinas (Igs) y su repercusión clínica en pacientes con vasculitis ANCA positivo en tratamiento con rituximab (RTX) y establecer comparaciones con pacientes con Artritis Reumatoide (AR) que reciben el mismo tratamiento.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes tratados con RTX en la unidad de terapias complejas de Reumatología de nuestro hospital. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico de vasculitis ANCA positivo y AR que disponían de niveles de Igs previos al tratamiento y después de cada ciclo. Se analizaron variables clínicas y demográficas, tratamientos inmunosupresores anteriores, valores de Igs previos a RTX y los disponibles durante los primeros 5 ciclos de RTX. Se calcularon las medias y porcentajes de las distintas variables para los dos grupos y se compararon las proporciones de pacientes mediante chi-cuadrado.

Resultados: Se incluyeron 86 pacientes, 10 (11,6%) con vasculitis ANCA positivos y 76 (88,4%) con AR. En el grupo de vasculitis el 60% (6/10) eran mujeres y en el de AR el 78,9% (60/76). La edad media al inicio del tratamiento con RTX, en el grupo de vasculitis era 63 ±12 años, y en el de AR 56 ± 13 años. Durante el seguimiento 12 pacientes (13,9%) desarrollaron hipogamamaglobulinemia (IgG<600 mg/dl), que fueron el 80 % del grupo de vasculitis y solo el 5,3 % del grupo de AR (p<0,001). Dos de las hipogammaglobulinemias del grupo de vasculitis fueron graves (IgG<400 mg/dl). Dentro de la muestra total, 11,6% (10/86) presentaba IgG< 725 mg/dl antes de iniciar el tratamiento, 6 pacientes (60%) eran vasculitis y 4 (40%) AR. Del grupo de AR solo el 5,3 % (4/76) de los pacientes presentaron cifras de Ig G <725 antes del RTX, mientras que del grupo de vasculitis fue el 60 % (6/10). Durante el seguimiento de los 10 pacientes con IgG basal < 725 mg/dl, 8 (66,7%) desarrollaron hipogammaglobulinemia (p<0,001). De los pacientes con hipogammaglobulinemia, 6 (50%) presentaron infecciones, 5 (62,5%) de ellos del grupo de vasculitis, de las cuales el 2 (40%) fueron graves, y uno (25%) del de AR, que fue grave.

Conclusiones: Se observa un porcentaje significativamente mayor de hipogammaglobulinemia en pacientes con vasculitis ANCA positivo tratados con RTX, respecto a pacientes con AR, y una frecuencia mayor de infecciones. Parece influir en ello los niveles de IgG al inicio del tratamiento, si bien estos datos se limitan a una serie de casos, por lo que se precisaría realizar estudios de mayor tamaño para analizar posibles factores de riesgo que puedan influir.

Póster 22

NIVEL DE DAÑO, INFLAMACIÓN Y AFECTACIÓN PSICOSOMÁTICA EN DISTINTAS ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS: RELACIÓN CON LA VALORACIÓN GLOBAL DE LA ENFERMEDAD Y REMISIÓN

Laura Trives Folguera[1], Katherine F López Gloria[1], Ailda. Nika[2], Julia Martinez-Barrio[1], José María Álvaro-Gracia Álvaro[1], Theodore Pincus[2], Isabel Castrejon[1,2]

[1]Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid (Dr. Esquerdo, 46, 28007) [2]Rush University Medical Center, Chicago IL (1611 West Harrison Street, Suite 510)

Objetivo: la remisión se ha convertido en el objetivo terapéutico de muchas enfermedades reumatológicas hoy en día. Sin embargo, esta se puede ver influenciada no solo por el grado de inflamación, también por el daño residual y la afectación psicosomática. Nuestro objetivo es valorar el nivel de inflamación, de daño y afectación psicosomática en distintas enfermedades reumatológicas desde el punto de vista del médico en relación con la tasa de remisión de acuerdo a RAPID3, un índice compuesto solo de medidas reportadas por el paciente o PROs.

Métodos: El paciente completa de forma rutinaria en Rush el cuestionario multidimensional de evaluación del estado de salud (MDHAQ). Por otro lado, el médico utiliza 4 escalas analógicas visuales (RheuMetric) para la valoración global del paciente (DOCGL); con subdivisiones en inflamación (DOCINF), daño (DOCDAM) y afectación psicosomática (DOCSTR). Se clasificaron los pacientes según su diagnóstico (ICD10) y se presenta un análisis descriptivo calculando la media y desviación estándar (SD) para la valoración global del paciente, del médico y las tres escalas adicionales. Se calculó también la correlación de Spearman entre escalas.

Resultados: Se incluyeron 563 pacientes. Las tasas de remisión de acuerdo a RAPID3 oscilaron entre 1 y 23%. Las puntuaciones DOCINF más altas fueron para Artritis Reumatoide (AR), Lupus Eritematoso Sistémico (LES), Vasculitis, Polimialgia Reumática (PMR), Espondiloartropatías (SpA) y Gota; la más alta para DOCDAM fue en Osteoartrosis (OA) y en DOCSTR en Fibromialgia (FM) (Tabla 1). La correlación de DOCGL respecto las diferentes subescalas fue mayor para DOCINF en las patologías inflamatorias (rho= 0,51 vs 0,39 en daño y 0,32 en afectación psicosomática); mayor para DOCDAM en OA (rho= 0,51 vs 0,10 en inflamación y 0,36 en afectación psicosomática) y mayor para DOCSTR en FM (rho= 0,43 vs 0,00 en inflamación y 0,13 en daño).

Tabla 1. Media (SD) para RAPID3, PATGL, DOCGL y tres subscalas adicionales para DOCINF, DOCDAM y DOCSTR en una escala visual (0-10).

Diagnóstico Principal (ICD-codes)	N (%)	% Remisión según RAPID3	Valoración global de la enfermedad (0-10)		Subdivisión de la valoración global por el médico (0-10)		
			Paciente	Médico	DOCINF	DOCDAM	DOCSTR
AR	64	11%	4,9 (2,9)	4,5 (2,4)	2,4 (2,2)	3,7 (2,8)	1,9 (2,7)
LES	47	23%	4,1 (3,1)	3,7 (2,8)	2,2 (2,4)	1,5 (1,7)	1,8 (2,5)
SpA y Artritis Psoriásica	34	6%	4,1 (2,9)	3,9 (2,4)	2,4 (2,5)	2,7 (2,3)	1,9 (2,8)
Vasculitis y PMR	23	17%	3,6 (2,6)	3,4 (3,0)	2,6 (1,8)	2,3 (2,2)	1,7 (2,6)
Gota	21	19%	4,4 (2,9)	4,2 (2,7)	2,8 (2,5)	3,2 (2,8)	1,5 (1,9)
OA	135	6%	5,8 (2,9)	4,9 (2,2)	1,2 (1,9)	4,9 (2,5)	2,2 (2,7)
FM	84	1%	6,5 (2,6)	5,2 (2,2)	0,9 (1,2)	1,7 (2,0)	6,2 (2,6)
Otros diagnósticos	155	18%	4,0 (3,0)	3,2 (2,2)	1,6 (2,0)	2,4 (2,3)	1,6 (2,1)
TOTAL	563	14%	4,8 (3,0)	3,9 (2,4)	1,6 (2,0)	2,9 (2,5)	2,4 (2,9)

Conclusión: generalmente el parámetro que resulta más relevante en la valoración de los pacientes reumatológicos es el nivel de inflamación. Sin embargo, el nivel de daño crónico y la afectación psicosomática también es relevante en la mayoría de diagnósticos. Así pues, la valoración de estos tres parámetros es importante e ilustra la complejidad del manejo de nuestros pacientes.

Póster 23

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS INHIBIDORES DE QUINASAS JANUS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UN HOSPITAL TERCIARIO.

O. Rusinovich, C. Merino Argumánez, N. de la Torre Rubio, C. J. Campos Esteban, Barbadillo Mateos, H.Godoy Tundidor, M. Espinosa Malpartida, J.L. Andreu Sánchez, L.F. Villa Alcázar, J. Sanz Sanz, C.M. Isasi Zaragoza.

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda

Introducción: Los inhibidores de quinasas Janus (JAK) son una nueva opción terapéutica para el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide (AR) moderada a grave con respuesta inadecuada o intolerancias a uno o más fármacos modificadores de la enfermedad (FAMEs).

Objetivos: Descripción de las características clínicas y evolutivas de una serie de pacientes tratados con inhibidores de JAK en un hospital terciario, en condiciones de práctica clínica habitual.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico en el que fueron incluidos todos los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide tratados con inhibidores de JAK, desde diciembre de 2017 hasta la actualidad. Se recogieron características clínicas y demográficas de la muestra y se evaluaron los parámetros de actividad clínica y analítica.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes: 24 mujeres (88,89%) y 3 varones (11,11%), con edad mediana de 61 (40-81) años. Tiempo medio de duración de enfermedad: 14,29 ± 11,59 años. Pacientes FR+/ACPA+: 20 (74,07%), FR+/ACPA-: 2 (7,41 %), FR-/ACPA-: 3 (11,11 %), FR-/ACPA+:2 (7,41 %). Terapias previas: solo FAME sintéticos: 4 (14,82 %), un anti-TNF: 5 (18, 51%), abatacept: 2 (7,4 %); 2 FAME biológicos: 4 (14,81 %); ≥3 FAME biológicos: 8 (29,63%). El jakinib fue usado en monoterapia en 18 pacientes (66,67%), en combinación con metotrexato en 8 (29,63%) y en combinación con leflunomida en 1 (3,7 %). A los 3 meses de seguimiento (26 pacientes), se encontraban en remisión 19 (73,08%), en baja actividad 4 (15,38%) y en moderada actividad: 3 (11,54%). A los 6 meses de tratamiento (16 pacientes), se encontraban en remisión 13 (81,25%); en baja actividad 2 (12,5%) y en moderada actividad 1 (6,25%). A los 9 meses de seguimiento (11 pacientes), se encontraban en remisión 7 (63,64%), en baja actividad 3 (27,27%), en moderada actividad 1 (9,09%). A los 12 meses de seguimiento (6 pacientes), se encontraban en remisión 5 (83,33%) y uno (16,67%) en baja actividad. A los 18 meses de seguimiento un paciente (100%) se encontraba en remisión. En 3 pacientes se han observado molestias gastrointestinales, motivo por el cual el fármaco fue suspendido en 2 de ellos. En un paciente el fármaco se suspendió por ineficacia.

Conclusiones: En este estudio en condiciones de práctica clínica habitual, los inhibidores de JAK son un tratamiento efectivo en pacientes con una respuesta inadecuada previa a varios FAME, tanto en monoterapia como en combinación con metotrexato o leflunomida. El perfil de seguridad es favorable.

Póster 24

FASCITIS EOSINOFÍLICA: ANÁLISIS DESCRIPTIVO Y EXPERIENCIA CLÍNICA DE 8 CASOS DIAGNOSTICADOS Y TRATADOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

O. Rusinovich, C. Merino Argumánez, N. de la Torre Rubio, J. Campos Esteban, C. Barbadillo Mateos, H.Godoy Tundidor, M. Espinosa Malpartida, J.L. Andreu Sánchez, L.F. Villa Alcázar, J. Sanz Sanz, C.M. Isasi Zaragoza.

Servicio de Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda

Introducción: La fascitis eosinofílica (FE) es una enfermedad rara del tejido conectivo de origen desconocido, caracterizada por tumefacción difusa de la piel y tejido celular subcutáneo con rigidez, principalmente en las extremidades, como manifestación inicial de la enfermedad, motivo por el que los pacientes suelen remitirse a reumatología. Presentamos un análisis retrospectivo utilizando la base de datos del servicio pacientes diagnosticados de FE en el periodo del 2008 al 2019, habiéndose objetivado 75% de los casos en los últimos 6 años..

Presentación clínica: Se identificaron ocho casos (7 mujeres y 1 varón), con una edad media al diagnóstico de 45,8 años (30-65). En cuanto a la localización de la enfermedad, 6 pacientes (75%) presentaban afectación de extremidades superiores e inferiores, 3 (37,5%) afectación del tronco, 2 (25%) lesiones cutáneas, 1 (12,5%) afectación de extremidades superiores, 1 (12,5%) afectación de extremidades inferiores y 1 (12,5%) síntomas articulares. En cuanto a los parámetros analíticos, 7 pacientes (87,5%) presentaron eosinofilia periférica, 4 (50%) hipergammaglobulinemia, 3 (37,5%) positividad para anticuerpos antinucleares, 2 (25%) elevación de reactantes de fase aguda, y 1 paciente (12,5%) positividad de factor reumatoide. Respecto a las pruebas de imagen diagnóstica, a 4 pacientes se les realizó ecografía, y en todos (100%) se observó engrosamiento de la fascia. De los 3 pacientes a los que se les practicó resonancia magnética, en 2 (66,7%) se objetivaron alteraciones compatibles con fascitis sin miositis asociada. La biopsia fue compatible con FE en 5 pacientes (62,5%). Siete pacientes (87,5%) recibieron tratamiento con corticoides. Asimismo, 7 pacientes (87,5%) recibieron

inmunosupresores con diferentes secuencias (metotrexato, azatioprina, micofenolato y ciclosporina); dos pacientes (25%) recibieron terapia biológica (rituximab y tocilizumab).

Conclusiones: En nuestra experiencia reciente la alta sospecha diagnóstica acompañada de exploración física y ecografía aumentan la probabilidad del correcto diagnóstico de esta enfermedad con las implicaciones terapéuticas que esto conlleva. La mayoría de los pacientes recibió un inmunosupresor como ahorrador de corticoides, siendo el más utilizado metotrexato.

Póster 25

PAPEL DE LA SINOVITIS ECOGRÁFICA GRADO I EN PACIENTES CON ARTRALGIAS INFLAMATORIAS EN UN HOSPITAL MADRILEÑO DE TERCER NIVEL

Jaime Arroyo Palomo[1], Marilia Arce Benavente[2], Boris Blanco Cáceres[1], Ana Rodríguez García[1]
[1]Hospital Universitario Ramón y Cajal, 28034, Madrid; [2]Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, 50009, Zaragoza

Objetivos: Investigar la relación entre la sinovitis grado I en modo B y/o Doppler con un diagnóstico de artritis establecido en el plazo de un año.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico, en el que se seleccionaron 18 pacientes vistos en una consulta monográfica de ecografía del servicio de Reumatología durante los meses de julio a septiembre de 2018. Fueron excluidos aquellos con sinovitis grado II o mayor tanto en escala de grises como Doppler, y los que no presentaban sinovitis ecográfica.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 52,5 años y el 83.3% (15) eran mujeres. Los diagnósticos al año fueron: 9 (50%) artralgias inespecíficas, 1 (5,6%) artritis psoriásica, 5 (27,8%) artrosis, 1 (5,6%) síndrome de Sjögren y 2 (11,1%) clasificado como otros, principalmente patología de partes blandas. Entre los pacientes que no desarrollaron un diagnóstico establecido (16, 88,9%), la media de PCR fue 3,3 y de VSG, 7,19 mm, todos los casos presentaban factor reumatoide (FR) y antiCCP negativo, 5 (31,3%) de ellos presentaron ANAs a títulos bajos; en los que se determinó HLA B-27 y Cw6 (4, 25%), ambos fueron negativos en todos los casos; la mediana del recuento de articulaciones tanto dolorosas como tumefactas fue 0, y la mediana de total de articulaciones afectas en la ecografía fue de 3. En cuanto los pacientes que desarrollaron un diagnóstico de artritis (2, 11,2%), la media de PCR y VSG fueron respectivamente 5,77 y 9,5; FR, ANAs a títulos bajos y antiRo positivo en paciente que debutó con síndrome de Sjögren (50%); la mediana del recuento de articulaciones fue 3 dolorosas y 3,5 tumefactas, y la de articulaciones afectadas en la ecografía fue de 4.

Conclusiones: Los resultados del estudio concuerdan con la bibliografía publicada hasta el momento. Sin embargo, en el 10% de nuestros pacientes se llegaba a un diagnóstico de artritis en el plazo de un año, posiblemente debido a la significación patológica de sinovitis grado I en escala de grises. El factor predictor más potente podría ser la asociación entre sinovitis grado I y un mayor recuento de articulaciones dolorosa y tumefactas por un reumatólogo. El limitado número de pacientes es la principal desventaja del estudio, siendo necesarios nuevos estudios con una muestra mayor.

Póster 26

CARIES DENTAL EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO. ESTUDIO EPOX-SSP

Mónica Fernández Castro[1], Rosa M. López-Pintor[2], Julia Serrano[2], Lucía Ramírez[2], Gonzalo Hernández Vallejo[2], Mariano Sanz[2], José Luis Andreu[1], M. Ángeles Blázquez[3], Cristina Bohórquez[4], Gema Bonilla[5], Jesús García Vadillo[6], Jorge Juan González Martín[7], Leticia Lojo[8], F. Javier López Longo[9], Sheila Melchor[10], M. Teresa Navío[11], Laura Nuño[5], M. Carmen Ortega[11], Diana Peiteado[5], Sheila Recuerdo[12], Ana Rodríguez[13], Marta Valero[7], Santiago Muñoz Fernández[14]. H. Puerta de Hierro[1], Dto. Esp. Cl. Odontológicas Univ. Complutense[2], H. Severo Ochoa[3], H. Príncipe de Asturias[4], H. La Paz[5], H. La Princesa[6], H. San Chinarro[7], H. Infanta Leonor[8], H. Gregorio Marañón[9], H. Doce de Octubre[10], H. Infanta Elena[11], Fundación Jiménez Díaz [12], H. Ramón y Cajal[13], H. Infanta Sofía[14], Madrid.

Objetivos: Describir el estado dental de los pacientes con síndrome de Sjögren primario (SSP) en Madrid.
Métodos: Estudio transversal multicéntrico en pacientes con SSp que cumplen criterios de clasificación de 2002. Se el índice CAOD, herramienta en la que se suman los dientes cariados ©, ausentes (A) y obturados (O) y se divide el resultado por el número de individuos estudiados. Los valores cercanos a 0 indican mejor salud dental. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial para realizar el análisis.

Resultados: El índice CAOD se recogió en 57 pacientes del registro EPOX (56 mujeres y un hombre), con una edad media de 57 años. El tiempo medio de evolución de la enfermedad fue de 8,5 años. La media del CAOD fue de 16,79 (DE 7,88); el índice mínimo fue de 2 y el máximo de 37. La media de los dientes cariados fue de 1,36 (DE 2,52) y el máximo de dientes cariados fue de 12. La media de dientes ausentes fue de 6,91 (DE 8,75) y el máximo de dientes ausentes fue de 28. La media

de dientes obturados fue de 8,58 (DE 6,1) y el máximo de dientes obturados fue de 27. La media en la EVA (escala analógica visual) de xerostomía fue de 46,14 (DE 14,38). La media en el OHIP-14 (Oral Health Impact Profile) fue de 22,65 (DE 13,84). El 96% de los pacientes referían sequedad oral, el 51% presentaron signos de sequedad oral, el 58% presentaron hiposialia en el flujo salival (FS) no estimulado (FSNE) y el 53% en el FS estimulado (FSE). El 53% presentaron una biopsia de glándula saliva menor compatible con la enfermedad y el 91% anticuerpos característicos. El 54% presentaban manifestaciones sistémicas y el 33% parotiditis. Los pacientes con hiposialia medida con el FSNE presentaron de forma significativa un CAOD mayor (33,30 vs. 23,08; p=0,021); aquellos con hiposialia medida por FSE también tendieron a un CAOD mayor (32,92 vs. 24,65; p=0,06). Se encontró una correlación positiva significativa entre el índice CAOD y la edad (a mayor edad mayor CAOD, p=0,0001).

Conclusión: Los pacientes con SSp de la comunidad de Madrid presentaron un índice CAOD elevado. El índice CAOD fue mayor en los individuos de mayor edad y con menor flujo salival.

Póster 27

NEUROBEHÇET, UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE SIN TRATAMIENTO ESTANDARIZADO. PRESENTACIÓN DE 3 CASOS.

Noemí Franco Domingo, Tomás Almorza Hidalgo, Nerea Costas Torrijo, Fernando Lozano Morillo, Miriam Retuerto Guerrero, Jaime de Inocencio Arocena. Hospital Universitario 12 de Octubre. Av. de Córdoba, s/n, 28041 Madrid.

Introducción: La Enfermedad de Behçet (EB) es un proceso inflamatorio, inmunomediado, crónico, recidivante y multisistémico, de origen desconocido pero con asociación genética. La afectación neurológica se presenta en un 5% de los casos, siendo más frecuente en varones y de debut en los primeros 5 años tras el diagnóstico. Existen dos patrones de afectación, parenquimatoso (80% de casos) y vascular (20% de casos).

Presentación clínica: Presentamos 3 casos de Neurobehcet. Dos de los casos son mujeres en la década de los 30, una de las cuales debutó tras iniciarse clínica sistémica 2 años antes; el segundo caso debutó con clínica neurológica y cutaneomucosa. Ambos casos respondieron a corticoterapia siendo necesario en el primero añadir FAME tanto sintético como biológico (adalimimab) por reaparición de síntomas. En ambos casos no han vuelto a presentar clínica tras un correcto control. El tercer caso debutó en edad juvenil con clínica neurológica y lesiones compatibles en la resonancia, con evolución tórpida tras corticoterapia y metotrexato estando actualmente con Azatioprina y Adalimumab.

Conclusiones: Todos los casos presentados son mujeres, no correspondiendo al patrón típico. Uno de ellos se desarrolló con menor edad de la habitual. Dado lo descrito, diagnóstico y tratamiento precoz puede conllevar un mejor resultado y pronóstico para el paciente no cumpliendo de forma consistente un claro patrón clínico.

SEXO	COMORBILIDADES Y FACTORES GENÉTICOS	EDAD EB	EDAD NB	Criterios ICBD (2013)	Clínica neurológica + Otra clínica	RM	LCR	Evolución y tratamiento
M	Sindrome de Dandy-Walker (hidrocefalia) HLA-B51 Negativo	10	10	Score 7	Cefalea, diplopia, cambios de humor, somnoliencia	Lesiones parenquimatosas en tronco encéfalo	Sin alteraciones con respecto a la normalidad	Tórpida tras corticoterapia y MTX AZA y ADA
M	HLA-B51 Negativo	27	27	Score 6	Cefalea, fiebre, fotofobia, sonofobia	Realce leptomeníngeo difuso infra y supratentorial	Leve pleiocitosis de predominio PMN	Buena DXM
M	Fumadora Hipotiroidismo HLA-B51 Negativo	33	35	Score 8	Sd hemisensitivo izdo y cefalea Poliartritis recidivante	Lesiones parenquimatosas subcorticales bifrontales	Sin alteraciones con respecto a la normalidad	Recidiva con buena evolución tras ajuste medicación MP, P y AZA → ADA

Póster 28

EXPERIENCIA EN ARTRITIS PSORIÁSICA Y UVEITIS EN UN CENTRO MADRILEÑO

Jaime Arroyo Palomo[1], Lourdes Villalobos Sánchez[1], Verónica García García[1], Víctor Aguado Casanova[2], Iván del Bosque Granero[1], Laura Calvo Sanz[1], Fernando José Huelin Alcubierre[2], Julio José González López[2], Marcelino Revenga Martínez[1].

[1]Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, 28034, Madrid; [2]Servicio de Oftalmología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, 28034, Madrid.

Objetivos: Describir las características clínicas e inmunológicas de los pacientes diagnosticados de artritis psoriásica en nuestro centro, con especial atención a la uveítis asociada.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico en el que se incluyeron pacientes diagnosticados de artritis psoriásica hasta mayo de 2017. Se analizaron los datos de 278 sujetos, tras excluir 216 pacientes por falta de datos y diagnósticos alternativos. Se recogieron las características de la afectación oftalmológica y cutánea, en caso de que presentase.

Resultados: De los 278 sujetos incluidos, 118 (42,4%) eran mujeres, con una media de edad al diagnóstico de 40,6 años (desviación estándar 13,76 años). Entre las presentaciones clínicas. la afectación periférica fue la más frecuente (134 pacientes, 48,2%); seguida de la mixta (122 pacientes, 43,88%) y, por último, axial (20 pacientes, 7,2%). 31 pacientes (11,15%) presentaban afectación entesítica, y 18 (6,5%), dactilitis. Entre los pacientes incluidos, 231 (83.1%) también tenían el diagnóstico de psoriasis cutánea. Se determinó HLA-B27 y HLA-Cw6 en 228 (82%) y 204 (73,4%) pacientes, respectivamente; de los cuales, 45 (19,7%) eran HLA-B27 positivo y 56 (27,4%) positivos para HLA-Cw6.Tan solo 8 (2,9%) de los pacientes incluidos, presentaron uveítis aguda anterior antes del diagnóstico de artritis psoriásica o durante el seguimiento. La mediana de edad del primer episodio fue de 54 años, y el 62,5% eran varones. En dos casos, el primer episodio de uveitis precedió al diagnóstico de artritis psoriásica. La afectación de artritis psoriásica más común fue mixta (5, 62,5%). En 6 casos (75%), el primer episodio fue uveítis anterior aguda. Los patrones de afectación más comunes fueron uveítis aguda y de duración limitada en 3 casos (37,5%) y recidivante en 3 pacientes (37,5%). En un caso se registró un patrón de afectación crónica. Inmunológicamente, 3 pacientes eran HLA-B27 positivo y 2 (25%), HLA-Cw6 positivo.

Conclusiones: La prevalencia de uveítis en artritis psoriásica en nuestro centro es menor a la publicada en la bibliografía. Esto puede ser debido a un control más estrecho de la actividad inflamatoria. Además, en nuestra experiencia, existe mayor afectación aguda y de elementos anteriores respecto a lo publicado.

Póster 29

DESEMPEÑO DE PET-TC ENLA EVALUACIÓN DE LAS VASCULITIS SISTÉMICAS

C. Merino[1], B. Rodríguez-Alfonso [2], N. de la Torre[1], O. Rusinovich[1], M. Espinosa[1], H. Godoy[1], C. Barbadillo[1], M. Fernández Castro[1], LF Villa[1], J. Campos[1], C. Isasi[1], J. Sanz[1], J. L. Andreu[1]. 1. Servicio de Reumatología. 2. Servicio de Medicina Nuclear. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Calle Manuel de Falla 1, 28222, Majadahonda, Madrid.

Objetivo: Revisión de los motivos que más frecuentemente conducen a la realización de una PET-TC en busca de vasculitis o con hallazgo incidental de vasculitis en un hospital terciario, y buscar datos clínicos, analíticos o en otras pruebas de imagen que ayuden a interpretar y complementar el resultado de la PET-TC.

Métodos: Se revisaron59 historias clínicas de pacientes a los que se les realizó una PET en busca de vasculitis o bien se evidenció vasculitis en una PET solicitada por otro motivo. Se excluyeron 4 pacientes por falta de datos. Se recogió motivo de solicitud de la PET, proteína C reactiva (PCR) coincidente con la realización de la PET y tratamiento corticoideo en ese momento, así como si tenía un TC previo.

Resultados: Los motivos de petición más frecuentes fueron: detección de vasculitis en el contexto clínico de polimialgia reumática (14 casos), valorar afectación de grandes vasos en contexto clínico de arteritis temporal (9 casos), estudio de fiebre de origen desconocido (8 casos), valoración de hallazgo de vasculitis en TC previo (7 casos), valorar inflamación en Takayasu diagnosticada previamente (5 casos), malestar general y elevación de PCR (4 casos). De los 55 pacientes, 27 tenían realizado TC previo. En 11 casos, el TC evidenció vasculitis posteriormente corroborada en la PET. El dato radiológico más frecuente en estos casos fue el engrosamiento de la pared vascular, seguido de dilataciones aneurismáticas y de la ocupación o borramiento de la grasa adyacente al vaso. En 3 casos el TC evidenció vasculitis, posteriormente descartada en la PET. En estos casos falsamente positivos, destaca como hallazgo la presencia de manguito de partes blandas perivascular. Se revisó el resultado de la PCR en los 55 pacientes, descartado a 8 de ellos por ausencia de datos analíticos. De los casos restantes,la PET resultó positiva para vasculitis en 21, de los cuales 13 presentaban elevación de la PCR, encontrándose 7 en tratamiento con corticoides (85% con PCR ≤ 50 mg/l) y 6 sin tratamiento con corticoides (17% con PCR ≤50 mg/l). En otros 4 casos se evidenció captación vascular en la PET (en 3 de ellos, muy leve o dudosa) pero, dado el contexto clínico de los pacientes, se consideraron falsos positivos. Veintiséis pacientes presentaron una PET negativa para vasculitis, 17 de los mismos con PCR normal.

Conclusiones: El engrosamiento mural vascular en la TC junto con PCR elevada (≥ 50 mg/l en pacientes sin corticoides o ≤ 50 mg/l si están en tratamiento) apoyan el diagnóstico de vasculitis por PET.

Póster 30

UTILIDAD DE LA CALPROTECTINA FECAL EN EL ESTUDIO ETIOLÓGICO DE LA UVEÍTIS. EXPERIENCIA DE UNA CONSULTA DE OFTALMOLOGÍA Y REUMATOLOGÍA

C. Merino Argumánez [1], J.M. López-Villalta Garcés [2], O. Rusinovich [1], N. de la Torre Rubio [1], M. Espinosa Malpartida [1], H. Godoy Tundidor [1], J. Campos Esteban [1], M. Fernández Castro [1], C. Barbadillo Mateos [1] , L.F. Villa Alcázar [1] , C.M. Isasi Zaragoza [1] N. Valdés Sanz[2], J. L. Andreu Sánchez [1], J. Sanz Sanz [1].

1. Servicio de Reumatología. 2. Servicio de Oftalmología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Calle Manuel de Falla 1, 28222, Majadahonda, Madrid (España)

Introducción: La uveítis puede deberse a una amplia variedad de causas. En el 50% de los casos no se llega a filiar la causa exacta y se habla de uveítis idiopáticas. En los últimos años se ha puesto de manifiesto la utilidad de a valoración conjunta entre el oftalmólogo y el reumatólogo en el estudio de la uveítis, de cara a filiar la etiología y establecer tratamiento, que en muchas ocasiones requiere el uso de inmunosupresores químicos o biológicos. Desde la experiencia de una consulta de Oftalmología – Reumatología, se identifica la calprotectina fecal (CF) como una útil herramienta en el despistaje etiológico de las uveítis de causa no aclarada. Se exponen 3 casos ilustrativos.

Presentación clínica: El primer paciente es un hombre de 45 años sin antecedentes de interés, con uveítis anterior aguda (UAA) de repetición de años de evolución, estudiado previamente sin encontrar causa. No presentaba clínica sistémica. Destacaba la elevación de reactantes de fase aguda (RFA) y ferropenia sin anemia. La CF resultó elevada. Se solicitó colonoscopia la cual encontró un íleon edematoso. Las biopsias mostraban hallazgos compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal (EII), probablemente Crohn (EC).

En el segundo caso se trata de un varón de 53 años que ya había tenido un episodio de UAA previo al inicio de seguimiento en nuestro centro, y había sido estudiado sin filiar etiología. A la anamnesis destacaba dolor en sacroiliacas con cierta frecuencia, rigidez matutina y ritmo intestinal variable. Analíticamente presentaba RFA elevados. Con estos datos se solicitó CF, que resultó elevada, por lo que se realizó colonoscopia con biopsias que mostraron signos de EII (EC).

El tercer paciente es un varón de 58 años, diabético tipo 2 e hipertenso, con antecedente de un síndrome de Guillain-Barré tratado hacía 1 año con inmunoglobulinas y episodios de artritis recortados compatibles con gota. Había tenido 2 episodios de UAA previos. Analíticamente destacaba elevación de RFA. La CF resultó elevada, con colonoscopia no concluyente para EII. A pesar de ello dada la elevada sospecha clínica se inició adalimumab con respuesta clínica completa. Está pendiente la realización de cápsula endoscópica.

Conclusiones: La CF es útil en el estudio de la uveítis sin causa aclarada, especialmente si hay elevación de RFA.

Póster 31

EXPERIENCIA DE LOS PACIENTES CON LA PRESCRIPCIÓN, INFORMACIÓN Y USO DEL METOTREXATO

Teresa Otón[1], Loreto Carmona[1], José Luis Andreu[2]

[1]InMusc. Instituto de Salud Musculoesquelética. C/ Conde de la Cimera, 6. 28040 Madrid; [2]Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. C/ Manuel de Falla, 1. 28222 Majadahonda. Madrid

Objetivos: En la actualidad el metotrexato (MTX) es un medicamento fundamental en el tratamiento de las enfermedades reumáticas. Sin embargo, la respuesta a MTX no es universal, poniendo de relieve que ésta puede estar condicionada por un número variable de factores, entre los que la adherencia parece tener un papel importante. El objetivo de este trabajo es explorar la adherencia al MTX en pacientes con enfermedades reumáticas, y los condicionantes o barreras que estos perciben para la toma y mantenimiento de la prescripción.

Métodos: Estudio cualitativo del discurso, a través de grupos focales, con pacientes en tratamiento con MTX oral y subcutáneo (pudiendo ser el metotrexato el tratamiento principal o coadyuvante) por alguna enfermedad reumática. Los grupos se moderaron por una reumatóloga sin relación con los pacientes incluidos. El discurso se grabó y transcribió. Posteriormente se realizó una codificación inductiva con la ayuda de Atlas.ti y se extrajeron temas principales y subtemas, cada uno de ellos con ejemplos de discurso real anonimizado (*verbatim*).

Resultados: Se realizaron 3 grupos focales, con un total de 12 participantes, de los cuales, 8 eran mujeres, 7 tenían artritis reumatoide, 3 artritis psoriásica, 1 espondiloartritis y 1 lupus eritematoso sistémico. Todos los pacientes referían una adecuada adherencia al tratamiento. Al tratar posibles barreras y facilitadores de la toma del MTX, aparecieron los siguientes aspectos. Como dificultades: el prospecto del fármaco, el lenguaje técnico usado en consulta, la dificultad de acceso al médico para dudas y el tiempo de consulta, la familia, el dispositivo del fármaco subcutáneo o la tolerancia a su uso. Como

facilitadores surgieron los siguientes temas: buena predisposición del médico, la recomendación de webs fiables, las asociaciones de pacientes, la entrega de material gráfico y por escrito y el apoyo de la pareja.

Conclusiones: A pesar de una adecuada adherencia al MTX, los pacientes con enfermedades reumáticas en tratamiento con MTX detectan dificultades en la información y uso que podrían condicionar la adherencia.

Póster 32

ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE EL FUNCIONAMIENTO DEL HOSPITAL DE DÍA REUMATOLÓGICO EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN LOS AÑOS 2011 Y 2019

De la Torre-Rubio N, Campos J, Merino Argumánez C, Rusinovich O, Pavía-Pascual M, Godoy-Tundidor H, Barbadillo C, Villa LF, Isasi C, Espinosa M, Fernández-Castro M, Sanz J, Andreu JL. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda (Calle Manuel de Falla, 1, 28222 Majadahonda, Madrid, España).

Objetivos: Comparar los indicadores de calidad asistencial del Hospital de Día Reumatológico y la opinión de los pacientes con respecto al estudio realizado en nuestro centro en los meses de febrero y marzo de 2011 para valorar si existe una mejoría de la calidad asistencial.

Métodos: Estudio descriptivo con componente analítico de variables cualitativas realizado mediante una encuesta de satisfacción anónima a una muestra de 50 pacientes consecutivos atendidos en el Hospital de Día Reumatológico en octubre y noviembre de 2019. Se utilizó el test de la Chi cuadrado como test de comparación.

Resultados: Se exponen los datos de 2011 entre corchetes. De las 50 encuestas entregadas la tasa de respuesta fue del 100% [78%]. El personal sanitario se presentó en la mayoría de los casos (92% [82.9%], el personal médico; 74% [82.9%], el personal de enfermería). El 72% recibieron un informe de la visita. El 68% [63.9%] de los usuarios consideraron buenas o muy buenas las explicaciones y recomendaciones acerca del tratamiento. El 58% [48.7%] de los pacientes estaban bastante satisfechos con el trato recibido por el personal médico y el 66% [74%] estaban muy satisfechos con el personal de enfermería, pero la comparación no fue estadísticamente significativa en ninguna de las dos variables. El 54% [56.4%] de los pacientes estaba muy satisfecho con las instalaciones. El 44% [71%] estaba bastante satisfecho en el caso del horario, siendo estadísticamente significativo con un valor $p<0.001$. El 24% se encontraba bastante satisfecho y el 42% muy satisfecho [39.5% moderadamente satisfecho] con el tiempo de espera hasta que se les administró el tratamiento. La mayoría califica entre 9 y 10 [8 y 9] la atención global recibida con una media de 8.68 [8.57]. Trece de los 24 comentarios (54%) [82%] hacían referencia al tiempo de espera y 5 de los 24 comentarios (20.8%) fueron agradecimientos.

Conclusiones: La atención global del Hospital de Día se ha mantenido. La satisfacción de los pacientes con el trato recibido por el personal médico ha mejorado con respecto a 2011; sin embargo, ha disminuido en el caso del personal de enfermería y auxiliares, aunque no fue estadísticamente significativo. Ha habido un empeoramiento estadísticamente significativo en la opinión sobre el horario. A pesar de que ha mejorado ligeramente el tiempo de espera hasta que se administró el tratamiento, la mayoría de los comentarios hicieron referencia al mismo.

Póster 33

DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERISTICAS CLINICO - SEROLÓGICAS DE LA ENFERMEDAD DE BEÇHET EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL TAJO: SERIE DE CASOS

Inmaculada Muñoz Porras[a], Álvaro García Martos[b], Laura González Hombrados[b]
[a]Estudiante de Medicina en la Universidad Alfonso X, El Sabio; [b]Unidad de Reumatología. Hospital Universitario del Tajo; Av. Amazonas central s/n, 28300, Aranjuez, Madrid.

Objetivos: Descripción de las variables demográficas y clínico-serológicas y tratamiento de la enfermedad de Behçet (EB) de los pacientes diagnosticados y tratados en el Hospital Universitario del Tajo.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, monocentrico. Desde enero 2018 hasta enero de 2019 se recogieron los datos demográficos, clínicos, serológicos y tratamiento de los pacientes con EB atendidos en Reumatolgia en el Hospital Universitario del Tajo. 17 (21-62 años) pacientes aceptaron participar. Se realiza una descripción de la muestra mediante porcentajes para variables cualitativas, media y desviación estándar para variables cuantitativas, así como otros estadísticos robustos como la mediana e intervalo intercuartílico.

Resultados: La media de edad fue de 38,5 años(+/-9,52). En tabla 1 se encuentra la descripción de la muestra según los criterios de la *International Study Group* y *Mason-Barnes.* El HLB51 se analizó en 15 pacientes (88,24%) de los cuales fue positivo en 7 (46,67%). En 16 pacientes se analizo el FR y fue positivo en 11 (68,75%). Los tratamientos pautados fueron

colchicina en 13 pacientes (76,47%), AINEs en 2 (11,76%), corticoides en 7 (41,18%), DMARDs sintéticos en 3 (17,65%) y DMARDs biológico 1 paciente (5,88%). La prevalencia de la EB es mayor en nuestra serie de casos que la esperable por las series de casos nacionales publicadas, ya que el área del hospital es de 100.000 habitantes.

Conclusiones: La distribución por sexos es similar. Existe predominio de aftas orales como manifestación más frecuente, aftas genitales son las segundas en frecuencia seguidas de las alteraciones cutáneas. Se han registrado pacientes con afectación a otros órganos, más frecuente en forma de artritis seguida de sistema digestivo y SNC. HLAB51 y FR son positivo en casi la mitad de los pacientes.

La colchicina es el fármaco más usado, destacando solo un paciente con DMARDs biológicos.

Póster 34

ESTUDIO TRANSVERSAL DE LOS TRASTORNOS DEL RITMO CARDIACO EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

C. Rodríguez-López[1], EF. Vicente[1], EG. Tomero[1], JP. Lopez-Bote[1], A. Humbría[1], L. Piris[2], N. García-Castañeda[1], MD. Martinez-Quintanilla[1], I. Llorente[1], E. Patiño[1], JA. García-Vadillo[1], AM. Ortiz[1], C. Valero[1], I. Gonzalez-Álvaro[1], R. García de Vicuña[1], F. Alfonso Manterola[3], S. Castañeda[1].

Servicios de Reumatología[1], Metodología[2] y Cardiología[3], H. de La Princesa, IIS-Princesa, Madrid.

OBJETIVOS: Estimar la prevalencia de arritmias en pacientes diagnosticados de espondilitis anquilosante (EA) en nuestro medio y compararla con la de la población general.

MÉTODOS: Estudio transversal descriptivo en pacientes diagnosticados de EA por criterios de NY, vistos en nuestra consulta desde el 1 de enero de 2018 a 30 de marzo de 2019, con edad ≥ 18 años a los que se realizó un ECG basal de 12 derivaciones si no tenían hecho un ECG o Holter 24 h en el año previo. Se recogieron además variables demográficas y relacionadas con la enfermedad como: sexo, edad, índice de masa corporal (IMC), HLA-B27, año de diagnóstico, patrón de afectación, comorbilidades, VSG y PCR, BASFI y BASDAI (escalas de 0 a 100), cuestionario sobre ejercicio físico, tabaco y tratamientos recibidos. Se realizó análisis estadístico descriptivo mediante el cálculo de medias con su desviación estándar (DE) y porcentajes con sus intervalos de confianza (IC). Las prevalencias obtenidas se compararon con estudios que determinaron la prevalencia de arritmias en la población general (pq. estadístico SPSS).

RESULTADOS: Se incluyeron 117 pacientes con EA (62,4% hombres), edad media 54,8 años (± DE: 15,7), evolución de la enfermedad de 14,7 ± 9,6 años. El HLA B27 fue positivo en un 75,4%. Los valores medios de VSG y PCR fueron 14,4 mm/h y 0,6 mg/dl respectivamente, y la media de los índices BASFI y BASDAI fue 26/100 y 30/100, respectivamente. La prevalencia de trastornos del ritmo cardiaco fue 19,7% (IC 95% 12,3-27,0), que se asoció de forma significativa con edad avanzada, HTA e IMC. Sin embargo, no se encontró asociación con otros parámetros específicos de la enfermedad (PCR, BASDAI, BASFI). El 9,4% de los pacientes (IC 95% 4,0-14,8) presentaron taquiarritmias supraventriculares. El 7,7% (IC 95% 2,7-12,6) padecían bloqueos auriculoventriculares y el 6,8% (IC 95% 2,2-11,5) trastornos de la conducción intraventricular. Aunque no se encontraron diferencias respecto a la prevalencia descrita en población general, sí se apreció una tendencia asociativa, aunque no significativa debido al pequeño tamaño muestral.

CONCLUSIONES: En nuestro estudio hemos encontrado una prevalencia incrementada de arritmias en pacientes con EA. Además, se encuentra asociación entre la presencia de arritmias y ciertos escenarios proinflamatorios (edad e IMC, aunque no PCR).

Póster 35

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE SERIE DE CASOS DE OSTEONECROSIS DE MANDÍBULA EN EL ÁREA ÚNICA DE SALUD PÚBLICA-3 Y ESTIMACIÓN DE SU INCIDENCIA. *¿ESTÁ JUSTIFICADA LA ALARMA SOCIAL Y SANITARIA?*

Celia Estrada Costas, Ana Pérez Gómez, Daniel Aliaga Vega, Adrián Abassi, Melchor Álvarez de Mon Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Carretera Meco s/n, 28805 Alcalá de Henares, Madrid.

Introducción y objetivos: la osteonecrosis de mandíbula es una complicación infrecuente pero grave de fármacos antirresortivos y agentes antiangiogénicos. En este estudio se pretende estimar la incidencia de ONM relacionada con fármacos en el Área Única de Salud Pública-3, describir la serie de casos identificados y elaborar una herramienta informativa para pacientes y profesionales.

Métodos: se estimó la incidencia anual de ONM en el Área 3 mediante el método captura-recaptura. Para el estudio

descriptivo de los 22 pacientes identificados se utilizaron la mediana, el rango intercuartil, la chi-cuadrado y tests no paramétricos de comparación de medianas. Para el cálculo del porcentaje de cambio de la incidencia anual se utilizó un modelo de regresión de Poisson. La elaboración del documento informativo se basó en los datos obtenidos de la revisión bibliográfica, y específicamente, de las guías de práctica clínica.

Resultados: la incidencia anual de ONM en el área fue de 0,70 por 100.000 personas-año en el periodo 2007-2018. El 81,82% fueron mujeres y la mediana fue de 67 años, siendo significativamente superior en los pacientes osteoporóticos. El cáncer (59,1%) fue la enfermedad más frecuente por la que se administraba tratamiento antirresortivo y/o antiangiogénico. El 89,9% tenía antecedente de intervención dentoalveolar y la presencia de Actymoices spp fue identificada en todos los casos.

Conclusiones: la incidencia de ONM en el área es baja siendo ligeramente superior en pacientes oncológicos que reciben BPs i.v. La enfermedad principal, los antecedentes de manipulación dental y la infección bucal parecen ser fundamentales en el desarrollo de la enfermedad. Las guías de práctica clínica coinciden en aspectos preventivos pero difieren en otros más específicos como la suspensión del tratamiento ante la realización de intervenciones dentales.

Osteoporosis International
https://doi.org/10.1007/s00198-018-4605-7

ORIGINAL ARTICLE

Short-term association between outdoor air pollution and osteoporotic hip fracture

R. Mazzucchelli[1] · N. Crespi Villarias[2] · E. Perez Fernandez[3] · M. L. Durban Reguera[4] · A. Garcia-Vadillo[5] · F. J. Quiros[1] · O. Guzon[6] · G. Rodriguez Caravaca[7] · A. Gil de Miguel[7]

Received: 15 December 2017 / Accepted: 13 June 2018
© International Osteoporosis Foundation and National Osteoporosis Foundation 2018

Abstract

Summary This study examines the association of the levels of different airborne pollutants on the incidence of osteoporotic hip fracture in a southern European region. Association was detected between SO_2 and NO_2 and hospital admissions due to hip fracture.

Introduction To examine the short-term effects of outdoor air pollution on the incidence of osteoporotic hip fracture in a southern European region.

Methods This is an ecological retrospective cohort study based on data obtained from three databases. In a time-series analysis, we examined the association between hip fracture incidence and different outdoor air pollutants (sulfur dioxide (SO_2), monoxide (NO), nitrogen dioxide (NO_2), ozone (O_3), and particulate matter in suspension < 2.5 ($PM_{2.5}$) and < 10-μm (PM_{10}) conditions by using general additive models (Poisson distribution). The incidence rate ratio (IRR), crude and adjusted by season and different weather conditions, was estimated for all parameters. Hip incidence was later analyzed by sex and age (under or over age 75) subgroups. The main outcome measure was daily hospital admissions due to fracture.

Results Hip fracture incidence showed association with SO_2 (IRR 1.11 (95% CI 1.04–1.18)), NO (IRR 1.01 (95% CI 1.01–1.02)), and NO_2 (IRR 1.02 (95% CI 1.01–1.04)). For O_3 levels, this association was negative (IRR 0.97 (95% CI 0.95–0.99)). The association persisted for SO_2 and NO_2 when the models were adjusted by season. After adjusting by season and weather conditions, the association persisted for NO_2. When participants were stratified by age and sex, associations persisted only in women older than 75 years.

Conclusions A short-term association was observed with several indicators of air pollution on hip fracture incidence. This is the first study that shows these associations.

Keywords Air pollution · Climate variables · Hip fracture · Osteoporosis · Seasonality · Spain · Weather

✉ R. Mazzucchelli
rmazzucchelli@fhalcorcon.es

[1] Department of Rheumatology. Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, Spain

[2] Health Center La Rivota in Alcorcon, Madrid, Spain

[3] Department of Clinical Investigation, Hospital Universitario Fundacion Alcorcon, Madrid, Spain

[4] Department of of Statistics/Escuela Politecnica Superior, Universidad Carlos III de Madrid, Madrid, Spain

[5] Department of Rheumatology, Hospital Universitario de la Princesa, Madrid, Spain

[6] Department of Rehabilitation, Hospital Universitario Fundación Alcorcon, Madrid, Spain

[7] Department of Preventive Medicine and Public Health, Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, Spain

Índice de Autores

A

Abasolo L 9, 10, 23
Abbasi A 10, 23, 34
Aguado P 9
Aguado V 30
Albarrán F 10, 23
Aliaga D 34
Almorza T 19, 20 , 30
Álvarez-Demon M 10, 23, 34
Álvaro-Gracia JM 25, 27
Andreu A 7, 25
Andreu JL 19, 28, 29, 31, 32, 33
Anzola AM 24, 25
Aramburu F 8
Arce M 29
Arroyo J 29, 30

B

Bachiller J 7, 18, 21, 25
Balsa A 7, 9, 26
Ballester-González R 21
Barbadillo C 31, 32, 33
Barbadillo M 28
Barrio L 10
Blanco BA 11, 20, 29
Blázquez MA 21, 29
Bohórquez C 10, 29
Bonilla G 7, 26, 29
Boteanu A 7, 25
Bouroncle CP 10
Briones A 7, 25
Buño A 9

C

Caballero LR 25
Cabrera JL 8
Cabrera O 11, 20
Calvo E 8
Calvo L 7, 25, 30
Campos J 19, 28, 31, 32, 33
Carmona L 32
Casanova MJ 8
Castañeda S 8, 34
Castellanos P 16, 17
Castelló A 10
Castrejón I 24, 25, 27
Cobo-Ibáñez T 21
Corral-Bote A 22
Costas N 30
Crespi N 36
Chaparro N 8

D

De Inocencio J 30
Del Bosque I 30
De la Torre N 19, 28, 31, 32, 33
Díaz-Tomé C 8
Durvan ML 36

E

Emperiale V 10
Espinosa M 19, 28, 31, 32, 33
Esteban AV 21
Esteban-Ortega M 12, 13
Estrada C 34

F

Fernández M 29, 31, 32
Fernández-Castro M 33
Fernández-Gutiérrez B 23
Font J 9, 23
Franco K 7
Franco N 30
Freitag K 14
Freitag M 14
Freites D 9, 23

G

Gaite I 15, 16
García A 7, 16, 17, 25, 33
García C 21
García J 29
García S 9
García V 30
García-Castañeda N 34
García de la Peña P 8
García de Vicuña R 34
García-García V 22
García-Lozano I 12, 13
García-Oz C 21
García-Vadillo A 34, 36
García-Villanueva MJ 22
Garrote S 10, 18, 21, 22
Gil de Miguel A 36
Godoy H 19, 28, 31, 32, 33
Gómez A 23
González-Álvaro I 34
González CM 25
González JJ 29, 30
González L 16, 17, 33

Guzón O 36

H

Heath K 9
Hernández G 29
Huelin FJ 30
Humbría A 34

I

Isasi CM 28, 31, 32, 33
Iturzaeta JM 9

J

Janta I 8
Jover JA 9, 10, 23

L

Lajas C 23
Lapunzina P 9
Larena C 21
Lavilla P 6, 11, 20
León L 9, 23
León MJ 23
Llorente I 34
Lojo L 29
López KF 27
López-Bote JP 34
López-Longo FJ 29
López-Pintor RM 29
López-Villalta JM 32
Lozano F 6, 11, 20, 30

M

Madrid A 23
Manterola FA 34
Martín-Arranz E 7
Martín-Arranz MD 7
Martínez-Barrio J 25, 27
Martínez-Quintanilla MD 34
Mazzuchelli R 36
Medina CV 10
Melchor S 29
Merino C 19, 28, 31, 32, 33
Molina J 25
Monjo I 9
Montserrat J 23
Monteagudo I 25
Morán-Alvarez P 18, 21, 22
Morell JL 21
Moreno P 10
Morillas L 11
Morla R 24
Moruno H 23
Movasat A 10
Muñoz I 33
Muñoz S 10, 21, 29
Muñoz-Fernández S 12, 13

N

Navarro-Compan V 7, 9
Navío MT 29
Nica A 27
Nieto JC 25
Nieto MA 9
Novella-Navarro M 8
Nuño L 29

O

Ortega MC 8, 29
Otón T 32
Ortíz AM 34

P

Patiño E 34
Pato E 23
Paule L 23
Pavía-Pascual M 33
Peiteado D 7, 26, 29
Pérez A 10, 23, 34
Pérez E 36
Pérez-Gisbert J 8
Pérez-Sancristobal I 9
Pijoan C 10, 18
Pincus T 24, 27
Piris L 34
Plasencia-Rodríguez C 7, 9, 26
Poza J 7
Prada A 8
Pretel P 10

Q

Quiñones JR 18
Quirós FJ 36

R

Rabadán E 10
Ramírez L 29
Recuerdo S 29
Retuerto M 6, 11, 20, 30
Revenga M 10, 30
Rico E 19
Rodríguez A 29
Rodríguez L 23
Rodríguez G 36
Rodríguez-Almaraz E 19
Rodríguez- Alfonso B 31
Rodríguez-López C 34
Rodríguez-Merlos P 7
Rodríguez-Rodríguez L 10
Romero M 10
Rubio A 10
Ruíz L 10

Ruíz MA 7
Ruíz MB 19
Rusinovich O 19, 28, 31, 32, 33

S

Sala L 8
Sánchez A 10
Sánchez M 7
Sanmartí R 24
Sanz J 19, 28, 31, 32, 33
Sanz M 26, 29
Serrano A 11, 20
Serrano B 25
Serrano J 29
Sobrino C 10
Soleto CH 24, 25
Steiner M 12, 13
Suárez C 7
Suárez J 10, 23

T 9
18
Tenorio JA 21
Terán MA 34
Thuissard I 9
Tomero E 22
Tornero C 25, 27
Tortosa-Cabaña M
Trives L

U

Urruticoechea A 8

V

Vadillo C 9
Valdés N 32
Valero C 8, 34
Valero M 29
Vázquez-Díaz M 10, 18, 21, 22
Vega L 8
Vicente EF 34
Vicente-Rabaneda E 8
Villa LF 28,31, 32
Villalobos L 30

BANCO DE ALIMENTOS
MADRID
OPERACIÓN KILO.
Un kilo de comida. Un millón de gracias.

sorcom