

Septiembre 2003

Nº 2 · AÑO 1

# Osteoporosis



No sólo una  
cuestión femenina

Los Reumatismos

Publicación Oficial de la Sociedad Española de Reumatología



**Entrevista**

Dra. Nuria Guañabens

“Es fundamental  
identificar a los  
grupos de riesgo  
de fracturas”



**Reportaje**

Actualizado el  
documento de  
consenso sobre  
osteoporosis





# ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA  
Y COMUNICACIÓN

Gabinete de Prensa · Editorial Técnica · Agencia de Publicidad  
Diseño Gráfico / Audiovisuales · Gabinete Sociológico

**Ibáñez&Plaza** pone a su disposición 5 divisiones concebidas para resolver cualquier necesidad de Comunicación en Salud con la máxima calidad y eficacia.

Desde 1988 proporcionamos a nuestros clientes los mejores profesionales y las técnicas más avanzadas para apoyarles en sus objetivos.

Compruebe el estilo que nos caracteriza en **[www.ibanezyplaza.com](http://www.ibanezyplaza.com)**



**ibáñez & Plaza**

EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN

**LOS REUMATISMOS** es una publicación oficial de la Sociedad Española de Reumatología destinada a los profesionales sanitarios, buscando la actualización de los conocimientos sobre las patologías reumáticas. Los Reumatismos no se identifica necesariamente con todas las opiniones expuestas por sus colaboradores.

**Editor:**

Dr. Jesús Tornero Molina

**Consejo Asesor:**

Dres. Eliseo Pascual Gómez, F. Javier Paulino Tevar, Pere Benito Ruiz, Jordi Carbonell Abelló

**Secretario de Redacción:**

Dr. José Rosas Gómez de Salazar

**Colaboradores:**

Dr. José Ivorra Cortés (H. de Onteniente, Valencia), y Dr. Santiago Muñoz Fernández (H. La Paz, Madrid)

[www.ser.es](http://www.ser.es)[www.ibanezyplaza.com](http://www.ibanezyplaza.com)**ibáñez & Plaza** ASOCIADOS, S. L.  
EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN**Coordinación Editorial,  
Diseño y Maquetación:**  
Ibáñez&Plaza AsociadosC/ Bravo Murillo, 81 (4º C)  
28003 Madrid  
Teléf.: 91 553 74 62  
Fax: 91 553 27 62  
[ediciones@ibanezyplaza.com](mailto:ediciones@ibanezyplaza.com)  
[losreumatismos@ibanezyplaza.com](mailto:losreumatismos@ibanezyplaza.com)**Redacción:**

Gabriel Plaza Molina, Carmen Salvador López, Pilar López García-Franco

**Dirección de Arte:**  
GPG**Publicidad:**

Ernesto Plaza Gajardo

**Administración:**

Concepción García García

**Impresión:**

Neografis S.L.

DEPÓSITO LEGAL M-42377-2003  
SOPORTE VÁLIDO SOLICITADO**Entidades que han colaborado con  
Los Reumatismos en este número:**

- Abbott ■ Ammirall ■ Faes Farma
- MSD ■ Novartis ■ Rottapharm
- Schering-Plough ■ Wyeth
- Zambón

# Respondiendo a la llamada de la OMS

**L**a Organización Mundial de la Salud ha declarado este decenio "Década del Hueso y la Articulación", lo que da clara idea de la importancia que los vigías de la salud mundial conceden a los problemas que atiende la Reumatología. Simultáneamente, la OMS ha advertido que la osteoporosis es uno de los problemas de salud más importantes, superado únicamente por la incidencia de las enfermedades cardiovasculares. No en vano esta silenciosa carcoma del hueso afecta a una tercera parte de las mujeres entre 60 y 70 años y a dos terceras partes de las octogenarias.

Si bien toda la sociedad es destinataria de esta llamada de atención, son sin duda las administraciones públicas quienes deben asumir la responsabilidad de amplificarla, estimular la prevención con campañas adecuadas y proporcionar a los profesionales de la salud los medios para actuar en consecuencia a la luz de las evidencias científicas.

**La incidencia de la osteoporosis únicamente se ve superada por la de las enfermedades cardiovasculares**

**"Los Reumatismos" ha sido acogido con un interés y aceptación que ha rebasado los cálculos más optimistas**

Precisamente estas evidencias han aconsejado a la SER una meticulosa actualización del documento de consenso sobre osteoporosis en mujeres posmenopáusicas, revisando los tratamientos y el diagnóstico. El documento establece como tratamientos de primera elección los bisfosfonatos y los moduladores selectivos de los receptores estrogénicos (SERMs), después que amplios estudios han resaltado los riesgos de la terapia hormonal sustitutiva y aconsejado prudencia en su administración.

En términos generales, posiblemente no sea exagerado calificar de "momento dulce" el que viven la investigación y el tratamiento de las enfermedades y dolencias osteo-articulares. Avances y nuevas incorporaciones en el terreno de la terapia biológica, próxima aparición en España de la hormona paratiroidea (PTH) para pacientes con fracturas osteoporóticas, fármacos con nuevos mecanismos de acción frente a la artrosis, nuevas opciones en condroprotección... son sólo algunas de las "buenas noticias" que hoy ponen contrapunto luminoso, al menos parcialmente, al oscuro panorama denunciado por la OMS.

En este esfuerzo por aportar luz y conocimiento se inscribe la iniciativa de la SER con su nueva revista "Los Reumatismos", cuyo primer número ha sido acogido por los colectivos de especialistas, generalistas y asociaciones de pacientes con un interés y aceptación que ha rebasado los cálculos más optimistas de quienes apostamos por este proyecto.

Septiembre 2003  
N° 2 · AÑO 1

# Osteoporosis



No sólo una  
cuestión femenina

**Entrevista**

**Dra. Nuria Gañabens**  
"Es fundamental identificar a los grupos de riesgo de fracturas"

**Reportaje**

Actualizado el documento de consenso sobre osteoporosis

## Nuestra Portada

La silueta de la pieza "La Mujer Azul", célebre entre las figuras recortadas de Matisee, enmarca la textura rasgada característica de la osteoporosis, tema central de **Los Reumatismos**.

La especial atención que la revista presta en este número a la osteoporosis tiene sobrados motivos: el toque de atención lanzado por la OMS al respecto, la actualización del documento de consenso de la SER en relación con esta patología y el Simposio de la Sociedad en Jerez centrado en el problema.

**1** Editorial **Respondiendo a la llamada de la OMS** · La OMS advierte sobre la osteoporosis al público y los especialistas

**3** Entrevista **Dra. Nuria Gañabens**  
Comité Científico del II Simposio sobre osteoporosis de la SER

**9** Reportaje **Osteoporosis**  
No sólo una cuestión femenina

**12** · Actualizado el documento de consenso sobre osteoporosis

**16** Tratamiento **Paratohormona (PTH)**  
PTH en el tratamiento de la osteoporosis  
**Dr. Esteban Salas**

**18** Calidad de Vida **Estudio COP-Qol**  
Más de la mitad de los reumáticos necesita ayuda para sus actividades diarias

**30** Asociaciones **Campamentos LIRE**  
"Nuestras mejores vacaciones"  
**Dr. Juan Carlos López Robledillo**

**33** Bibliografía Comentada **Dres. Rosas e Ivorra**  
AINEs: Riesgo de aborto, Alzheimer, insuficiencia cardiaca · PIXI · Corticoides

**37** Consultorio **Dres. Rosas e Ivorra**  
Baston y artrosis · metotrexato e hijos · asma y esteroides · antiinflamatorios

**40** Noticias **Banco de Imágenes de la SER**  
Ampliación del Banco de Imágenes de la SER: 200 nuevas imágenes de alta calidad  
Noticias de la Industria: Adalimumab

**42** Boletín de suscripción  
**¡Suscríbase a Los Reumatismos para conseguir todos los números!**

**38** Humanidades **Prof. Dr. Castillo-Ojudas**  
Contribución de Gregorio Marañón al conocimiento de la reumatología en España

**41** Firma Invitada **Dr. Daniel Roig**  
"El Gran Hacedor de Huesos" · La Evarista era una mujer de edad avanzada...

**42** Recursos de reumatología en Internet  
**Reum@tismos**  
www.lire.es · Rheuma Club...



DRA. NURIA GUAÑABENS GAY

COMITÉ CIENTÍFICO DEL II SIMPOSIO SOBRE OSTEOPOROSIS DE LA SER

“Es fundamental identificar a los grupos de riesgo para prevenir el desarrollo de fracturas”

Texto e Imagen: Carmen Salvador

## La Dra. Nuria Guañabens

especialista del Hospital Clinic de Barcelona, es vocal de la SER, tesorera de la SEIOMM (Sociedad Española de Investigación Ósea y Metabolismo Mineral) y miembro del Comité Científico del II Simposio sobre Osteoporosis de la **SER**, en el que ha sido presentada la **actualización del Documento de Consenso sobre Osteoporosis**.

## "Disponemos de más medios para tratar la osteoporosis antes de que se produzca la fractura"

"La osteoporosis es una enfermedad con la que los reumatólogos, desde hace años, hemos tenido un gran contacto clínico; probablemente fuimos de los primeros especialistas en tratarla a raíz de las fracturas vertebrales", señala la doctora Nuria Guañabens.

**-¿Cómo considera que ha evolucionado el conocimiento de esta enfermedad?**

-La osteoporosis afecta a más de tres millones de españoles y hay una mayor sensibilidad de la población hacia la enfermedad. En los últimos años se ha producido un gran desarrollo en su investigación, y existe un mayor interés en todos los Servicios de Reumatología, donde es frecuente encontrar un especialista en esta patología ósea. Ello ha sido posible porque se puede diagnosticar de una forma mucho más precoz, porque sabemos más acerca de ella y cómo tratarla. Por otro lado, los fármacos, los actuales y los que están a punto de llegar son cada vez más útiles en su tratamiento.

-La osteoporosis es una enfermedad en la que están implicadas varias especialidades.

**¿Cuándo entra el reumatólogo en esta disciplina?**

-Es cierto que la osteoporosis es una enfermedad con un abordaje multidisciplinar. Por esta razón existe la SEIOMM, Sociedad Española de Investigación Ósea y Metabolismo Mineral, una sociedad científica a la que pertenecen médicos con un especial interés en esta patología ósea, no sólo reumatólogos, sino también internistas, endocrinólogos,

ginecólogos, nefrólogos.... En este contexto, la SER ha potenciado la implicación del reumatólogo, facilitando la obtención de conocimientos de esta enfermedad y estimulando la investigación en este campo. Los reumatólogos podemos entrar en cualquier momento en el diagnóstico y tratamiento de esta



## “Los resultados de diferentes estudios indican que los tratamientos funcionan con la misma eficacia en el hombre que en la mujer”

enfermedad, bien en pacientes propios o derivados de otros especialistas, porque están recibiendo un tratamiento farmacológico que favorece la enfermedad, porque existen factores de riesgo... Hace unos años sólo acudían cuando ya había una fractura, pero ahora, gracias a la sensibilización que existe, entramos en contacto con los pacientes mucho antes.

### VIGILAR EL RIESGO

-A pesar de la alta incidencia de esta enfermedad, sobre todo en la mujer posmenopáusica, sólo un pequeño porcentaje de ellas ha sido examinado. **¿Cómo se podría extender la vigilancia?**

-La densitometría es la prueba más fiable para medir la masa ósea, pero consideramos que no es necesario un cribado a toda la población, sino a los grupos con un mayor riesgo, como por ejemplo las mujeres con una menopausia precoz (antes de los 45 años), con fracturas previas no debidas a un traumatismo intenso, que hayan sido sometidas a tratamiento con corticoides, fumadoras, delgadas y con antecedentes familiares. Las unidades de patología ósea que existen en algunos hospitales son muy útiles en el seguimiento de estos pacientes, que deben estar mentalizados para seguir un tratamiento, probablemente de por vida.

-Unas 400.000 mujeres en Europa sufren anualmente una fractura de cadera, quizás la más grave. **¿Por qué es tan elevada la mortalidad en esta fractura?**

-Un número elevado muere durante el primer año y otro porcentaje superior queda con dificultades para caminar. Este tipo de fractura se da con mayor frecuencia a partir de los 80 años. Es una fractura que requiere intervención quirúrgica, hospitalización y recuperación. Un proceso complicado en una edad avanzada en la que generalmente hay otras enfermedades que agravan el pronóstico.

### PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO

**-¿Qué medidas son las más rentables para prevenir la osteoporosis?**

-En la población general, una dieta adecuada, con la cantidad necesaria de calcio, evitar el sedentarismo con una actividad física de forma periódica, evitar el tabaco y moderar el alcohol y la cafeína, prevenir las caídas en las personas de edad avanzada... Una vez diagnosticada, el médico cuenta con diferentes fármacos para intervenir en la progresión de la enfermedad.

**-¿Tratamientos para toda la vida?**

-Son tratamientos prolongados, pero ello no significa que vaya a ser el mismo tratamiento para toda la vida. Por ejemplo, respecto a la terapia hormonal, se está recomendando que no se haga durante más de 5 años; con los bisfosfonatos o con los SERMs existe experiencia a muchos años, pero tras varios años se pueden cambiar..., un nuevo

fármaco, la hormona paratiroidea, va a salir con una recomendación de año y medio y luego se pasará a otro fármaco. El tratamiento va a depender de la situación de cada paciente.

**-¿Qué características tiene la osteoporosis en el hombre?**

-Es menos frecuente; pero, aún así, un porcentaje no despreciable de los casos de osteoporosis se dan en varón; incluso un tercio de las fracturas de fémur se produce en el hombre. Es la gran desconocida para el varón, pues piensa que no la puede padecer. A diferencia de la mujer, son muy poco frecuentes las fracturas de colles (muñeca). La causa de la enfermedad también varía. Mientras en la mujer se debe sobre todo a la postmenopausia, en el varón se asocia a otras enfermedades, fármacos como los corticoides, déficit en la hormona masculina, o a determinados hábitos tóxicos, como el abuso del alcohol. En cuanto a los tratamientos, hay menos experiencia que en la mujer, pero los resultados de diferentes estudios indican que funcionan con la misma eficacia.

**-¿Qué es lo que va a aportar el nuevo documento de consenso sobre osteoporosis?**

-Es una actualización de los conceptos del anterior documento, una revisión de los tratamientos y del diagnóstico. En definitiva, un documento muy práctico y a la vez desarrollado de forma muy metódica.

**"La osteoporosis es la gran desconocida en el hombre, pues piensa que no va a padecerla; sin embargo, un tercio de las fracturas de fémur ocurren en el varón"**



Fracturas, pérdida de estatura y el encorvamiento de la espalda, las consecuencias más importantes

# Osteoporosis

## no sólo una cuestión femenina

Texto e Imagen: Carmen Salvador

La osteoporosis es una enfermedad progresiva y generalizada del esqueleto que se caracteriza por una baja densidad ósea y por el debilitamiento del tejido óseo; el hueso se vuelve más poroso aumentando el número y la amplitud de las cavidades o celdillas que existen en su interior. De esta forma los huesos se vuelven más delgados y frágiles, lo que da lugar a una mayor facilidad para las fracturas.

Aunque la enfermedad afecta a un número significativo de varones, las fracturas osteoporóticas se dan con mayor frecuencia en las mujeres, debido a los importantes cambios que se producen en el metabolismo óseo de éstas tras la menopausia. Otros factores de riesgo de padecer esta enfermedad son el tabaco, el bajo peso corporal, el uso prolongado de esteroides, un historial de fracturas, un consumo elevado de alcohol y la poca actividad física.

Aunque se tenía conocimiento de esta enfermedad, no fue hasta 1940 cuando el doctor Albrigh la "descubrió". En la actualidad se calcula que afecta a una tercera parte de las mujeres de entre 60 y 70 años y a dos terceras partes de



aquellas que tienen 80 o más años. La Organización Mundial de la Salud ha advertido que la osteoporosis es uno de los problemas de salud más importantes, superado únicamente por la incidencia de las enfermedades cardiovasculares, y ha declarado el presente decenio

como la Década del Hueso y la Articulación. Con ello quiere hacer un llamamiento a médicos, pacientes, asociaciones y gobiernos para que la reconozcan como uno de los principales problemas de salud que requiere una mayor atención. Con ello la OMS tiene como objetivo disminuir en al menos un 20% la incidencia de fracturas osteoporóticas para el 2010.

## La OMS ha declarado este decenio la **Década del Hueso y la Articulación**, con el objetivo de reducir la incidencia de fracturas un 20% para el año 2010

### La osteoporosis evoluciona

de forma silenciosa durante años, y las consecuencias más importantes son las fracturas; también lo son la pérdida de estatura y el encorvamiento de la espalda, debidos a la deformación de las vértebras de la columna. No produce síntomas al comienzo, debido a la lenta disminución de la masa ósea y en muchas ocasiones se llega al diagnóstico tras una o varias fracturas, cuando la masa ósea puede haber disminuido hasta un 30%.

Cualquier hueso puede verse afectado, pero los más susceptibles de sufrir fracturas son la cadera y la columna. Las fracturas o aplastamientos vertebrales causan una deformación de la columna vertebral, disminuyendo la estatura y aumentando la gibosidad. En cuanto a la fractura del cuello del fémur, o fractura de cadera, es la más frecuente y la más grave, produce una gran incapacidad y aumenta el riesgo de fallecimiento.

Según la Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas

Óseas (FHOEMO), al año se producen en nuestro país 500.000 fracturas relacionadas con la osteoporosis que generan más de 800.000 estancias en los hospitales, y se calcula que un 29% de las españolas entre los 45 y 50 años presenta osteoporosis en la columna vertebral, cifra que aumenta hasta el 79% a partir de los 65 años.

Aunque la detección precoz y la actividad, que implica llevar una dieta apropiada, ejercicio físico y una forma de vida adecuada, son métodos efectivos para combatir el curso de la enfermedad, demasiado a menudo la osteoporosis no se detecta ni se trata. El acceso al equipo necesario para evaluar la densidad mineral ósea (DMO) y la escasez de personal técnico continúan siendo los principales obstáculos para el tratamiento eficaz de la osteoporosis.

### FACTORES DE RIESGO

Aunque probablemente está determinada por una gran carga genética, se desarrolla bajo la influencia de muchos otros factores de riesgo bien conocidos:

- **Dieta:** pobre en calcio, pobre en vitamina D, rica en sodio y proteínas.
- **Tóxicos:** café, tabaco, alcohol.

Una ingesta elevada en alcohol y/o cafeína hace que el calcio se pierda en gran cantidad por la orina. Las mujeres que fuman desarrollan osteoporosis con mayor frecuencia, pues el tabaco actúa contra las hormonas femeninas.

■ **Inactividad:** la falta de actividad física condiciona la aparición de osteoporosis, ya que el ejercicio influye en la mineralización del hueso.

■ **Enfermedades:** intolerancia a la lactosa, alteraciones renales y malabsorción, entre otras.

■ **Fármacos:** corticoides, heparina, anticonvulsivos, antiácidos.

■ **Otros:** existe una predisposición genética, con mayor incidencia en el sexo femenino, raza blanca o amarilla, menopausia precoz, peso y talla bajos.

No todas las mujeres van a desarrollar osteoporosis después de la menopausia -una de cada cuatro sufrirá una fractura a lo largo de su vida-, pero tendrán más riesgo si cuentan con factores como la pérdida temprana de menstruación, antecedentes en la familia, vida sedentaria y poco desarrollo de la masa muscular, ingerir poca cantidad de calcio, tabaco y abuso del alcohol.

### ALGUNOS DATOS

■ Se calcula que se pierde anualmente un 1% de masa ósea. Al comienzo de la menopausia la mujer puede perder entre un 3% y un 5%, debido a la reducción de los niveles de estrógenos.

■ En la edad adulta las mujeres tienen entre un 10 y un 25% menos de masa ósea que los hombres. Durante la menopausia pierden hueso más rápidamente que los hombres; en total, durante el transcurso de su vida, la mujer puede perder entre el 45 y el 50% de su masa ósea.

■ Cada año aproximadamente 400.000 mujeres de la Unión Europea sufren fracturas de cadera relacionadas con la osteoporosis, y las expectativas indican que esta cifra puede aumentar hasta el millón de casos anuales para el año 2050.

■ Un 65% de los médicos afirma que realizan revisiones periódicas del estado de salud de las pacientes que han tenido la menopausia. Sin embargo, sólo el 20% de éstas recuerdan haber sido examinadas para comprobar la existencia de osteoporosis.





#### DIAGNÓSTICO Y PRUEBAS

Existen métodos rápidos, indoloros y no invasivos para evaluar la densidad mineral ósea (DMO). La relación entre el riesgo de padecer fracturas y la presencia de una baja densidad mineral ósea es incluso más acusada que la existente entre un nivel alto de colesterol y las enfermedades coronarias, o entre la hipertensión y los accidentes cerebro vasculares.

Aunque se puede detectar una fractura mediante rayos X, este método no es fiable para detectar la pérdida de hueso hasta que ésta alcanza el 30% de la masa ósea total y la enfermedad ya se encuentra avanzada. El único método preciso de evaluar el riesgo de padecer fracturas es la densitometría mineral ósea.

#### AVANCES EN LOS TRATAMIENTOS

El tratamiento siempre es individual, dependiendo de las características de cada paciente. En cualquier caso, siempre debe ir encaminado a reducir el número de fracturas, o aumentar la masa ósea, y mejorar la calidad de vida del paciente.

■ **Tratamiento hormonal.** Se trata de un aporte de estrógenos en la mujer posmenopáusica, un "sustituto" de las hormonas que el ovario femenino ha dejado de producir. Este tratamiento previene la pérdida de hueso y las posibles fracturas y es válido tanto para la menopausia natural, como para la producida por cirugía o enfermedad. Tiene efectos beneficiosos, pero también efectos adversos, por lo que se recomienda cautela en el tratamiento de la osteoporosis.

■ **Calcio.** Constituye un requisito imprescindible para el crecimiento normal del hueso y para alcanzar el nivel máximo de masa ósea. Se recomienda un consumo mínimo de 800 a 1.000 mgrs. de calcio para todos los adultos, y se precisan cantidades mayores durante la infancia, la adolescencia, el embarazo, la lactancia, la menopausia y la tercera edad.

■ **Calcitonina.** Se ha utilizado durante años en el tratamiento de la osteoporosis para reducir el desarrollo de fracturas vertebrales de pacientes que ya tienen la enfermedad. Este fármaco puede ser administrado mediante inyecciones o en forma de pulverizador nasal.

■ **Vitamina D.** Aumenta la absorción del calcio y tiene efectos positivos sobre el riesgo de fracturas. Los especialistas recomiendan que durante la posmenopausia se tome un aporte adecuado de calcio y vitamina D que cubran las necesidades diarias.

■ **Moduladores selectivos de los receptores estrogénicos (SERMs),** como raloxifeno. Tienen efectos beneficiosos similares a los estrógenos sobre el tejido óseo, pero sin efectos adversos sobre la mama y el útero.

■ **Bisfosfonatos.** Son fármacos inhibidores de la resorción ósea, que reducen significativamente el riesgo de fracturas (alendronato, risedronato).

■ **Hormona paratiroidea (PTH) (1-34).** Es un estimulador de la masa ósea, de próxima aparición en España. Se podrá indicar en pacientes que ya tienen fracturas osteoporóticas.

■ **Vertebroplastia.** Consiste en la inyección percutánea en la vértebra fracturada de cemento acrílico. Su principal ventaja es que reduce de forma significativa el dolor. En principio está indicada para pacientes en los que no se obtienen resultados con el tratamiento convencional.

■ El 20% de los casos de osteoporosis se dan en varones. Este porcentaje se está incrementando, ya que la esperanza de vida de los varones también aumenta. Casi el 30% del número total de fracturas de cadera se produce en varones.

■ El riesgo que una mujer tiene de padecer una fractura de cadera es igual al riesgo conjunto que tiene de desarrollar un cáncer de mama, de útero y de ovarios.

■ Una de cada cuatro mujeres con fractura de cadera provocada por la osteoporosis necesita asistencia

médica en el domicilio durante un largo periodo de tiempo. La mitad de éstas no puede caminar sin ayuda y el riesgo de fallecer en el año siguiente al de la fractura es de hasta el 24%.

■ En siete importantes países -Francia, Alemania, Italia, Estados Unidos, Reino Unido, España y Japón- se diagnostica a menos de la mitad de las pacientes con osteoporosis.



## Actualizado el documento de consenso sobre osteoporosis

### Bisfosfonatos y SERMs, tratamientos de primera elección

El nuevo documento de consenso sobre osteoporosis en mujeres posmenopáusicas, de la Sociedad Española de Reumatología, cuenta con una alta dosis de medicina basada en la evidencia, señala el coordinador de esta nueva revisión, el doctor Josep Blanch i Rubió. El documento, que actualiza la versión del año 2001, ha sido presentado en el II Simposio sobre osteoporosis, celebrado en Jerez.

"Pensamos que era necesaria una nueva revisión ante los últimos datos de los estudios sobre la Terapia Hormonal Sustitutiva (THS) como tratamiento de elección en las mujeres

posmenopáusicas. El equipo que ha participado, presidido por el doctor Daniel Roig Escofet, ha revisado y evaluado una extensa bibliografía sobre el tema".

#### LA THS, EN ENTREDICHO

La THS ha sido un tratamiento de primera elección por su eficacia para prevenir la fractura de cadera y vertebral. Sin embargo, hace un año, un ensayo clínico realizado en Estados Unidos para comprobar los riesgos y confirmar los beneficios de la THS, Estudio WHI (Womens's Health Initiative), fue interrumpido después de cinco años porque en las mujeres tratadas con cierto tipo de terapia hormonal combinada se había incrementado el riesgo de padecer cáncer de mama, cardiopatía isquémica, ictus y enfermedad tromboembólica. Por las mismas fechas se comunicaron los resultados del estudio HERS II, diseñado para evaluar la eficacia de

la THS en la prevención secundaria de cardiopatía isquémica, que demostró su ineficacia para la prevención de la misma. A ello se ha añadido la evidencia muy reciente proporcionada por la comunicación de los resultados del estudio Million Women Study realizado en el Reino Unido, y publicado en Lancet en agosto. Se trata de un estudio observacional de cohortes, con un tamaño de muestra de más de un millón de mujeres posmenopáusicas, diseñado para evaluar la incidencia y mortalidad de cáncer de mama. La mitad de las mujeres habían recibido estrógenos, solos o en combinación con progestágenos. Los estrógenos solos o asociados incrementaban el riesgo relativo de sufrir cáncer de mama. En el nuevo documento de la SER quedan como tratamientos de primera elección de osteoporosis de la mujer posmenopáusica los bisfosfonatos de última generación y los SERMs.



DR. ESTEBAN SALAS  
REUMATÓLOGO, ALICANTE

Texto: Dr. Esteban Salas

# Paratohormona (PTH) en el tratamiento de la osteoporosis

La osteoporosis es una de las enfermedades músculo-esqueléticas más prevalentes, y las fracturas osteoporóticas una carga socio sanitaria de grandes dimensiones, tanto en las sociedades desarrolladas como en los países en vías de desarrollo. La conciencia paulatina de este hecho ha derivado en un gigantesco esfuerzo para aumentar los conocimientos sobre la biología ósea, mejorar los métodos diagnósticos y encontrar fármacos eficaces para la prevención y el tratamiento de la misma. Como consecuencia, los clínicos disponemos hoy de marcadores bioquímicos para evaluar el remodelado óseo, de medios fiables para medir la masa ósea, y de fármacos con evidencia probada en la reducción del riesgo de fractura.

Los estrógenos, la calcitonina, los SERMs, y los bifosfonatos consiguen aumentar discretamente la masa ósea, mejorar la microarquitectura, y reducir significativamente el riesgo de fractura, a través de un mecanismo antirresortivo, es decir disminuyendo la frecuencia de activación, la intensidad y la duración de la acción de los osteoclastos. El intento de producir más hueso nuevo, terapia anabolizante, partiendo de una situación de alto o

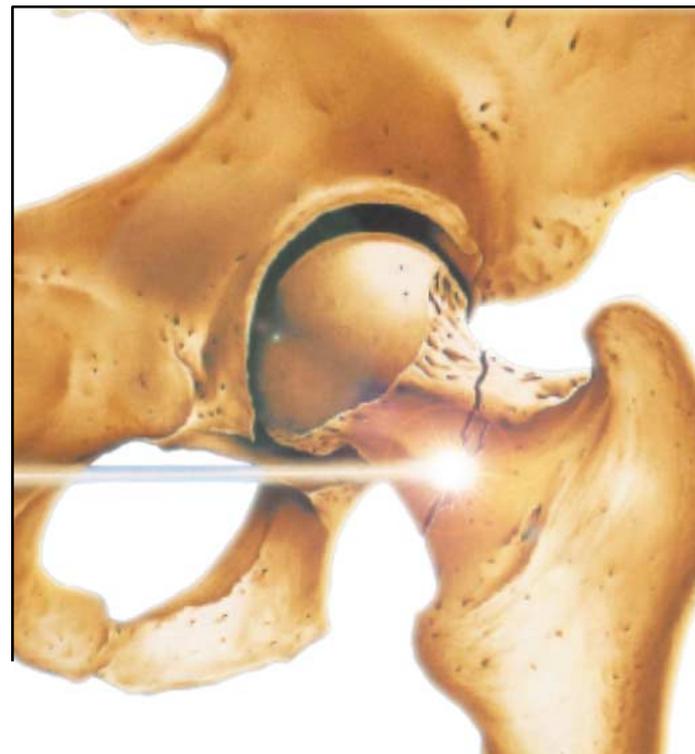
bajo remodelado, ha tenido menos éxito, por no decir que ha cosechado importantes fracasos. Así, el fluoruro, que estimula directamente la acción osteoblástica, aumenta notablemente la masa ósea espinal, pero produce una disminución del hueso cortical, con aumento consiguiente de las fracturas no vertebrales. Aunque esto se intentó minimizar reduciendo la dosis y cambiando la formulación de fluoruro sódico a monofluorofosfato, no se ha podido resolver la elevada incidencia de efectos indeseables, como el "síndrome de piernas dolorosas". Sin embargo, el reto de la terapia ana-

bolizante ósea ha recobrado todo su auge e interés, debido a los prometedores resultados del tratamiento con la paratohormona (PTH).

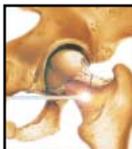
## REGULADOR DE LA HOMEOSTASIS CÁLCICA

La PTH es el principal regulador de la homeostasis cálcica en los mamíferos, que pasaron hace millones de años del medio acuático rico en calcio, al medio terrestre más pobre, dependiendo desde entonces de la dieta. La regulación de su síntesis responde de forma exquisita a los niveles de calcio sérico circulantes. Con el fin de

**La PTH actúa en el complejo sistema celular de las unidades de remodelado óseo, facilitando el reclutamiento de preosteoblastos del estroma medular, e induciendo la maduración de osteoblastos en reposo**



**La terapia anabolizante ósea ha recobrado un gran interés con la PTH**  
**La investigación se ve de nuevo impulsada más allá de lo conocido**



aumentarlos cuando estos decaen, la PTH moviliza el calcio esquelético, estimula la síntesis renal de 1,25 Vitamina D, y aumenta la absorción intestinal del calcio, y su reabsorción en el túbulo distal renal.

La PTH actúa en el complejo sistema celular de las unidades de remodelado óseo, facilitando el reclutamiento de preosteoblastos del estroma medular, e induciendo la maduración de osteoblastos en reposo. Por medio de receptores específicos, activa la producción por parte de los osteoblastos de enzimas y proteínas óseas, así como de citoquinas reguladoras del reclutamiento, activación y apoptosis de los osteoclastos. En cierta medida, el osteoblasto es el director del espectáculo y la PTH uno de los principales promotores. Lo más fascinante de esta interacción es que si la administración de la PTH es continua, el resultado final será de un predominio de la resorción ósea, mientras que si es discontinua predominará la formación, y se prolongará la vida de los osteoblastos. Una segunda particularidad es que estos efectos son diferentes según se administre molécula de la hormona completa (84 aminoácidos) o incompleta. La porción N terminal con los primeros 34 aminoácidos es la que hoy por hoy ha presentado mejores resultados anabolizantes; la casa Eli Lilly & Co, mediante tecnología de ADN recombinante, ha producido una idéntica a la humana, la 1-34 hPTH (teriparatide), que ha sido autorizada por el NIH para su uso en la osteoporosis. Como sucedió en el caso de los bifosfonatos, se pueden diseñar otros fragmentos y derivados, buscando la mayor eficacia y seguridad posibles.

**CARACTERÍSTICAS HISTOLÓGICAS Y BIOQUÍMICAS**

A nivel histológico, los estudios con la 1-34 h PTH, tanto en animales y como en humanos, muestran un rápido aumento del volumen, la masa y la densidad mineral del hueso trabecular, y lo que es más prometedor, un aumento de su conectividad, sin aumento de la porosidad cortical, que se traduce en una mayor resistencia ósea. Este efecto positivo sobre la formación ósea continúa durante varios meses tras haber cesado la administración del fármaco. En el plano bioquímico el tratamiento con PTH de manera discontinua produce cambios muy diferentes de los que

estamos habituados a ver con los fármacos antirresortivos. Al contrario que con éstos, los marcadores de remodelado óseo no disminuyen sino que aumentan, primero los de formación y luego y en menor medida los de resorción.

**ENSAYOS CLÍNICOS**

Ya se dispone de algunos ensayos clínicos controlados que confirman la utilidad clínica de la PTH en el tratamiento de la osteoporosis postmenopáusica. Neer y cols. trataron a 1.637 mujeres postmenopáusicas con fracturas vertebrales previas, de forma aleatoria, con teriparatide diario subcutáneo a una dosis de 20 µg o 40 µg, o bien placebo inyectados durante una mediana de 19 meses. Todas recibieron un suplemento de calcio y vitamina D. La reducción del riesgo de padecer una nueva fractura vertebral fue del 65 % y del 69 %, para cada uno de los grupos de fármaco activo (NNT 11 y 10), y una reducción para las no vertebrales de 53 % y 54 % respectivamente. La dosis de 20 µg produjo un aumento de la DMO lumbar del 9,7 %, y del 2,8 % en el cuello femoral. El 11 % de las tratadas con 20 µg y el 28 % de las tratadas con 40 µg presentaron hipercalcemia leve y transitoria. Otros acontecimientos adversos fueron náuseas, cefaleas, y calambres en las piernas, algo más frecuentes con la dosis de 40 µg.

También se han publicado resultados positivos del tratamiento con teriparatide en osteoporosis idiopática del varón y en osteoporosis corticoidea.

Estudios de carcinogénesis en ratas han mostrado el posible desarrollo de osteosarcomas en tratamientos superiores a 20 meses. Aunque esto no se ha probado en otros modelos animales, ni aparece en los seres humanos que sufren hiperparatiroidismo, se ha establecido provisionalmente un límite de 2 años para el tratamiento con teriparatide.

Son necesarios ensayos más amplios sobre la reducción de fracturas de cadera, estudios comparativos frente a fármacos de eficacia probada, estudios de terapias combinadas y secuenciales, estudios con análogos de PTH, y un largo etcétera. De cualquier manera la terapia anabolizante ósea ha recobrado con la PTH un gran interés, y la investigación se ve de nuevo impulsada más allá de lo conocido.

Según el estudio COP-QoL, realizado por 242 reumatólogos de 96 hospitales

## Más de la mitad de los reumáticos necesita ayuda para sus actividades diarias

Texto: Carmen Salvador

LOS PACIENTES ESPAÑOLES CON ARTRITIS REUMATOIDE HAN ESTADO DE BAJA LABORAL UNA MEDIA DE 39 DÍAS EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES Y 46 DÍAS NO PUDIERON ACUDIR AL TRABAJO LOS ENFERMOS DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE DURANTE ESE MISMO PERÍODO DE TIEMPO.

Un 15% de los afectados culpa de su situación de desempleo a estas dos enfermedades reumáticas inflamatorias y más de un 70% precisan medicación para dormir. Estas son algunas de las conclusiones del Estudio sobre Calidad de Vida COP-QoL (Cooperative on Quality of Life), realizado en España por 242 reumatólogos de 96 hospitales, con una muestra de 1.760 pacientes afectados por artritis reumatoide y espondilitis anquilosante.

El estudio ha sido coordinado por el Doctor Emilio Martín Mola, jefe del Servicio de Reumatología del Hospital la Paz de Madrid, y ha contado con la colaboración de Schering Plough.

Las enfermedades reumáticas, como la espondilitis y la artritis, implican una limitación de las actividades diarias. Síntomas como el dolor agudo de espalda, la rigidez de las articulaciones y de la espal-

da, la pérdida de movilidad, las deformaciones, e incluso la incapacidad, implican una pérdida de autonomía en los pacientes y obligan a recurrir a terceras personas para realizar las tareas cotidianas. Según el estudio COP-QoL el 43% de los pacientes con artritis reumatoide precisa algunas veces ayuda de otra persona y el 14% la mayoría de las veces o todo el tiempo. En los pacientes con espondilitis estos porcentajes se reducen a un 37% en el primer caso y uno de cada diez la mayoría de las veces o todo el tiempo.

### TRES DE CADA DIEZ ESTÁN DE BAJA O JUBILADOS

Esta pérdida de capacidad afecta a la situación laboral de los pacientes: tres de cada diez pacientes con artritis o con espondilitis están de baja o jubilados a causa de estas enfermedades reumáticas.

De media, los pacientes con artritis reumatoide han tenido que

Tres de cada diez pacientes con artritis o con espondilitis están de baja o jubilados a causa de estas enfermedades reumáticas

**Más del 70% precisa medicación para dormir. El 51% tiene entre 1 y 5 articulaciones dolorosas**



reducir o limitar su actividad 46 días en los últimos seis meses, 18 días en el último mes y han estado 39 días incapacitados.

Los pacientes con espondilitis han reducido o limitado su actividad 17 días en los últimos seis meses y han estado incapacitados 46 días. Además, más de un 15% culpa de su situación de desempleo a la enfermedad.

#### VISITAS AL ESPECIALISTA

Más del 60% de los pacientes con artritis y con espondilitis han acudido entre una y cuatro veces al especialista en los últimos seis meses y casi el 15% han acudido entre cinco y ocho ocasiones para controlar la evolución de su enfermedad y los dolores asociados.

A pesar de esta frecuencia de consultas, el estudio COP-QoI muestra que actualmente existe un control inadecuado de estas enfermedades reumáticas, ya que el 59,7% de los enfermos con artritis registran gran actividad de la enfermedad y el 50% en el caso de la espondilitis (puntuación de la escala de valoración RADAI superior a cuatro puntos).

Estas enfermedades merman gravemente su calidad de vida: casi un 40% está insatisfecho con su estado de salud y más del 70% precisa medicación para dormir.

#### PERFIL TIPO

Según este estudio, el 76% de los pacientes con artritis reumatoide son mujeres y el 24% hombres; 4 de cada 10 llevan entre 4 y 10 años de tratamiento. En el caso de la espondilitis anquilosante el 71% son hombres y el 29% mujeres, y 6 de cada 10 afirman que llevan tratándose más de 10 años.

El 51% de la población estudiada tiene entre 1 y 5 articulaciones dolorosas, mismo porcenta-

je que articulaciones inflamadas. El 16% no tiene ninguna articulación dolorosa y el 29% ninguna articulación inflamada. En espondilitis anquilosante el 48% tiene entre 1 y 5 articulaciones dolorosas y el 30% articulaciones inflamadas.

#### RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE

Una de las hipótesis de trabajo del estudio COP-QoI se basó en medir las diferencias existentes entre las evaluaciones realizadas por los médicos y las manifestadas por los pacientes. La valoración del paciente sobre la actividad que ha tenido la enfermedad en los últimos seis meses, siempre es sensiblemente superior.

También hay diferencias de valoración entre médico y paciente en cuanto a la administración de antidepresivos, medicamentos para dormir o para combatir los trastornos gastrointestinales. En los dos últimos es superior la valoración del paciente, especialmente en los medicamentos para dormir; según el médico, sólo el 17% de los pacientes con artritis reumatoide los toma, mientras que según los pacientes, lo toma un 70%; en el caso de la espondilitis, según el médico los toma un 14%, frente a la cifra del 74% que dan los pacientes.

#### MEDICAMENTOS

Entre los medicamentos que está tomando el paciente, los médicos consultados destacan los AINEs (68,1%), Metrotexato (61,8%) y Prednisona (61,2%) para AR; y AINEs (78,5%), Metrotexato (27,1%) y Sulfasalacina (20,8%) para EA. En cuanto a las terapias biológicas, toman Infliximab el 17,7% de los pacientes y Etanercept un 2% para AR; para EA, el 18,2% toma Infliximab y un 0,7% Etanercept.

#### COP-QoL EN EUROPA

El Estudio COP-QoL tuvo su origen en un amplio estudio multicéntrico europeo realizado en 11 países (Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Grecia, Italia, Holanda, Portugal, Suecia, Reino Unido), sobre la calidad de vida de más de 7.500 pacientes con artritis reumatoide y espondilitis anquilosante. Para realizar el estudio en España se mejoraron y ampliaron aspectos sobre la información recogida del paciente: ampliación del historial clínico, proceso reumático, visitas a especialistas, situación laboral y actividades diarias.



DR. JUAN CARLOS LÓPEZ ROBLEDILLO

REUMATÓLOGO Y COORDINADOR DE CALIDAD DEL HOSPITAL NIÑO JESÚS. MADRID

# “Nuestras mejores vacaciones”

Campamentos de verano para niños con enfermedades reumáticas de la LIRE

## Desde que LIRE

en julio de 2001 organizó el primer campamento para niños con enfermedades reumáticas en El Balneario de Arnoia (Ourense), el verano es para muchos de estos niños y sus padres “El Campamento”.

El primer campamento tenía como objetivos centrales proporcionar descanso al “cuidador habitual” de los niños y facilitar en estos el desarrollo de conductas solidarias en un medio distinto y alejado del habitual. También se consideraron como objetivos: valorar la influencia de una actividad de ocio tutelado en la enfermedad de los niños y, por otra parte, obtener un documento gráfico de la experiencia para su difusión.

Sobre estos objetivos se diseñó y desarrolló un programa que contemplaba la elección de “cuidadores” (un reumatólogo, un pediatra, una enfermera, un fisioterapeuta y un monitor de tiempo libre) y la planificación de actividades a llevar a cabo, tanto físicas relacionadas con el tratamiento de la enfermedad como de ocio y tiempo libre.

Para valorar la experiencia se diseñaron encuestas de satisfacción e informes tipo usuario y para valorar la enfermedad se utilizaron los criterios de Pavía antes y después del campamento. Para ello contamos con la colaboración del Hos-



pital Niño Jesús, El Balneario de Arnoia, el laboratorio farmacéutico Wyeth Lederle, la Obra Social de Caja Madrid y el Instituto de la Juventud (INJUVE). Posteriormente

te también han contribuido a la financiación del proyecto los laboratorios Schering Plough y Amgen. Los resultados superaron todas las expectativas, valorando la expe-

riencia como muy positiva tanto los niños y familiares, como los cuidadores y la propia LIRE que destacaba la actividad como uno de los momentos importantes en la historia de la Liga.

### MEJORÍA EN COMUNIDAD

La enfermedad como era de esperar no mejoraba, ¡no somos tan

ilusos!, incluso podía empeorar. Sin embargo los niños si mejoraban: aprendiendo a valerse por sí mismos fuera del hogar y lejos de los padres, ayudando a los compañeros, cuidando a los más pequeños, relacionándose y conviviendo con otras personas desconocidas, estrechando lazos de amistad, mayor ilusión... esto era

lo verdaderamente importante. No tenemos por qué dar nombre a todo ello, pero vienen a mí mente alusiones a "germen de asociacionismo", "grupos de ayuda mutua infantiles", etc. Para ilustrar parte de estos resultados, transcribo literalmente la carta de un jovencito que acudió al primer campamento:

## Recuerdos del Campamento

De sobra sabemos todos por los médicos y por nuestros padres que fue estupendo y que lo recordaremos para siempre, pero han expuesto su opinión padres y médicos, pero ahora nos toca el turno a nosotros, y yo hablo en nombre de todos nosotros.

Yo soy un niño de los que fui al "Campamento" y ha sido para mí lo mejor que me había ocurrido en mi corta vida. Tengo una enfermedad reumática desde hace 7 años y los últimos años me esta haciendo sufrir mucho, por eso, esos días fueron para mí y para todos estupendos. Conocí a chicos y a chicas que sentían lo mismo que yo, y ya no me sentía "especial", éramos todos iguales y luchábamos por divertirnos sin pensar en nuestra enfermedad.

Los monitores y médicos nos ayudaron mucho, nos hacían sentir mejor, nos reíamos y jugábamos a muchas cosas juntos, y cuando nos encontrábamos un poco "pachuchos" ellos estaban allí para ayudarnos.

Yo me siento mejor desde que estuve allí, y sé que los demás también lo están, somos niños y tenemos derecho a hacer cosas de niños, ya que si no nos hubiese llevado el hospital no hubiese sido posible, porque necesitábamos cuidados que otros niños no necesitan.

Para todos nosotros ha sido una experiencia muy buena, no sólo por recuperarnos aunque sólo fuese un poco, sino también por darnos la oportunidad de conocernos todos pero no sólo en el sentido de conocernos sino también en el de hacernos grandes amigos en el poco tiempo que estuvimos juntos.

En nombre de todos los chicos y chicas del campamento, GRACIAS a todos por hacernos felices esos días.

Me alegra mucho ver cómo esta experiencia que se desarrolló en la LIRE siendo presidente el Dr. Carlos Osorio Castellanos, ha tenido continuidad con el actual presidente, Dr. Javier Paulino Tevar, gracias a estas dos personas y al trabajo de los profesionales de la Liga se han llevado a cabo un total de 4 campamentos.

Quisiera destacar la labor que realizan los "cuidadores" de los niños, reumatólogos, pediatras, enfermeras, fisioterapeutas y monitores de tiempo libre seleccionados como profesionales responsables, que hacen que no temamos por este tipo de "aventuras" incluso muy lejos de casa durante 10-15 días.

Gracias a todos los que nos han ayudado, laboratorios, obras sociales de entidades bancarias. No cabe duda de que seguirán apoyando buenos proyectos.

Estamos seguros de que la LIRE seguirá adelante con estas experiencias con niños de todo el estado e incluso de otros países.

¡ Ánimo a todos!

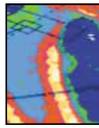




DR. JOSÉ CARLOS ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR  
SECCIÓN REUMATOLOGÍA. H. MARINA BAIXA. VILLAJYOSA. ALICANTE  
DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS  
SECCIÓN REUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE ONTENIENTE. VALENCIA

Fotos: Banco de Imágenes de la SER

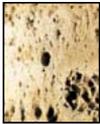
# Bibliografía Comentada



■ AINEs Y RIESGO DE ABORTO

■ AINEs Y ALZHEIMER

■ DENSITOMETRIA PIXI



■ AINEs E INSUFICIENCIA CARDIACA

■ OSTEOPOROSIS POR CORTICOIDES

## AINEs Y RIESGO DE ABORTO

### El tratamiento con aspirina o antiinflamatorios no esteroideos puede aumentar el riesgo de abortos

EXPOSICIÓN A LOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS DURANTE EL EMBARAZO Y RIESGO DE ABORTOS: ESTUDIO DE COHORTES.

*De-Kun L, Liu L, Odouli R. BMJ 2005;327:368-371.*

**El objetivo** del estudio fue valorar si el uso prenatal de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) incrementa el riesgo de sufrir abortos. En una cohorte de 1.055 mujeres embarazadas se evaluaron mediante entrevistas el uso de paracetamol, aspirina y/o AINEs, desde la última menstruación antes de la confirmación de su embarazo y durante las primeras 20 semanas de gestación.

**Resultados.** Cincuenta y tres mujeres (5%) habían tomado aspirina o AINEs cerca de la época de la fecundación o durante el embarazo. En general, las mujeres que tomaron AINEs respecto a las que no los tomaron, eran más mayores, tenían un nivel económico y cultural algo mejor, habían tenido abortos previos y embarazos y con mayor frecuencia fumaban, tomaban alcohol o café. El riesgo relativo de aborto fue mucho mayor con AINE (RR: 1.8; IC: 0.6-4.1) y aspirina (RR: 1.6; IC: 0.6-4.1), que con paracetamol (RR: 1.2; IC: 0.8-1.8), especialmente cerca de

la época de la fecundación (RR: AINE: 5.6, aspirina: 4.3, paracetamol: 0.8). El riesgo aumentaba claramente al tomar más de una semana AINEs (RR: 8.1; IC: 2.8-23.4) o aspirina (RR: 3; IC: 0.7-12.9) y no existía aumento de riesgo con paracetamol (RR: 0.7; IC: 0.2-2.9).

**Las conclusiones** principales fueron que el riesgo de abortos fue mayor entre las mujeres que tomaban AINEs o aspirina, especialmente en la época cercana a la fecundación o durante más de una semana.

Los AINEs son uno de los fármacos más usados en todo el mundo, especialmente para tratamiento del dolor musculoesquelético de cualquier etiología. No es infrecuente su uso durante el embarazo. En muchas ocasiones los pacientes los pueden conseguir sin receta. Si bien son muy conocidos por la población la posibilidad de efectos secundarios a nivel gastrointestinal o renal, son menos conocidos sus posibles efectos durante el embarazo, incluyendo las épocas iniciales. Este trabajo demuestra en una población de mujeres embarazadas que el riesgo de aborto está aumentado con el uso de AINE o aspirina desde la época de la fecundación y al utilizarlos más de una semana. Por el contrario el paracetamol que comparte indicaciones como analgésico no antiinflamatorio es un fármaco seguro en estas mujeres. El mecanismo por el que se puede producir este aumento de abortos con AINEs es la inhibición de las prostaglandinas por estos fármacos, que son necesarias para la implantación del óvulo fecundado.

**Dr. J. Rosas**

## AINEs Y ALZHEIMER

## El uso de antiinflamatorios no esteroideos puede proteger de la enfermedad de Alzheimer



**EFFECTO DE LOS ANTINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS SOBRE EL RIESGO DE PADECER ENFERMEDAD DE ALZHEIMER: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS SOBRE ESTUDIOS OBSERVACIONALES.**

*Etmnan M, Gill S, Samii A. BMJ 2003;327:128-131.*

El **objetivo** del estudio fue determinar el riesgo de enfermedad de Alzheimer entre los pacientes que toman antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y aspirina y si existe relación con el tiempo de tratamiento con estos fármacos. Se realizó una revisión sistemática y meta-análisis de todos los estudios observacionales publicados desde 1966, que valoraban si el uso de AINE podía prevenir la enfermedad de Alzheimer.

**Resultados.** Se analizaron 9 estudios (6 de ellos eran estudios de cohortes y los tres restantes estudios casos control), que incluían 14.654 participantes, adultos mayores de 55 años. El riesgo relativo de enfermedad de Alzheimer entre los que

tomaban AINEs era 0.72 (intervalo de confianza (IC): 0.56-0.94), siendo de el riesgo relativo de 0.95 entre los que los tomaban menos de 1 mes, 0.83 entre los que los tomaban menos de 2 años y de 0.37 si era más de 2 años. El riesgo relativo con aspirina fue de 0.87 (IC: 0.70-1.07).

**La conclusión** del estudio señala que el uso de AINEs parece que protege de la aparición de enfermedad de Alzheimer. No encontraron datos tan consistentes con el uso de aspirina.

La enfermedad de Alzheimer es una forma de demencia de causa desconocida. Es la causa de demencia en más del 60% de los casos y afecta a más del 8% de la población mayor de 85 años. Dado que no se dispone de tratamiento eficaz, se están buscando factores que puedan actuar en la prevención de la enfermedad. Recientemente se han comunicado algunos estudios que señalan la posibilidad de un efecto protector de los AINEs en la aparición de este tipo de demencia. En este meta-análisis de estudios observacio-

nales se demuestra que los AINEs, no de forma consistente la aspirina, disminuyen el riesgo de enfermedad de Alzheimer. Queda por determinar la dosis y la duración del tratamiento para obtener el máximo beneficio.

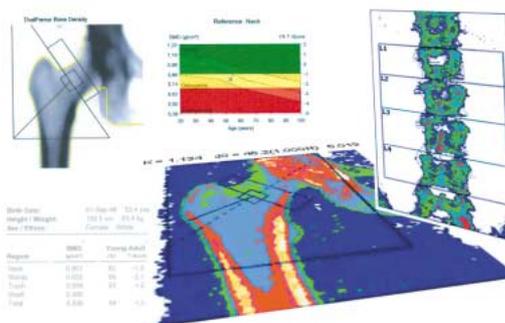
Dr. J. Rosas

## DENSITOMETRÍA PIXI

## Utilidad de la densitometría periférica de calcáneo (PIXI) para detectar osteoporosis a nivel de columna lumbar y de cadera.

**DETECCIÓN DE MUJERES CON DISMINUCIÓN DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA A NIVEL LUMBAR Y CUELLO FEMORAL MEDIANTE LA MEDIDA DE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA A NIVEL DEL CALCÁNEO.**

*Fordham JN, Chinn DJ, Kumar N. Osteoporosis Int 2000; 11:797-802.*



El **objetivo** del presente trabajo fue determinar la utilidad de las densitometrías realizadas en el calcáneo, con un densitómetro PIXI (imagen periférica instantánea mediante un sistema de absorciometría de energía dual de rayos X), para detectar pacientes con baja densidad mineral ósea (DMO) a nivel de cuello de fémur y lumbar.

Para ello se realizaron densitometrías a nivel lumbar, cuello femoral y calcáneo a 443 mujeres con una edad media de 60 años. Las medidas de la densidad mineral ósea a nivel lumbar y cuello femoral se efectuaron mediante un densitómetro Lunar DPXL y a nivel de calcáneo mediante un densitómetro PIXI.

**En los resultados** destaca que la prevalencia de osteoporosis siguiendo los criterios de la OMS (T score menor o igual a -2,5 DE) fue del 36 % en las mediciones realizadas a nivel de columna lumbar o de cadera y del 9,7% a nivel de calcáneo. La correlación entre la densidad mineral ósea en calcáneo y columna lumbar fue de  $r = 0,69$  ( $p < 0,001$ ). Con la densidad mineral ósea a nivel femoral fue de  $r = 0,67$  ( $p < 0,001$ ). La precisión óptima se obtuvo

cuando se consideró una T score  $< -1,3$  (DMO 0,39 g/cm<sup>2</sup>) para los valores obtenidos a nivel del calcáneo. Con este valor la sensibilidad para detectar osteoporosis a nivel de columna lumbar o cuello femoral resultó del 69 % (intervalo de confianza 65,3-73,9 %), y una especificidad del 82,6 % (intervalo de confianza 79,1-86,1 %). Los datos variaron dependiendo de la edad de la población de referencia.

**Como conclusiones** los autores destacan que la densitometría periférica de calcáneo puede ser un método útil y barato en la detección de osteoporosis a nivel axial, si bien los criterios de la OMS para el diagnóstico de osteoporosis no son los más adecuados. Por otra parte, parece que puede ser necesario establecer diversos puntos de corte dependiendo de la edad.

La densitometría periférica ha experimentado una rápida difusión debido al menor coste de los equipos, la rapidez en realizar las exploraciones y su fácil manejo. Se trata por otra parte de equipos portátiles que permiten realizar las exploraciones en centros de primaria, evitando el desplazamiento de los pacientes al centro de referencia.

Su comercialización, por desgracia, no ha contado con estudios previos que evaluaran la concordancia con las exploraciones a nivel de columna y cadera que se consideran como "estándar oro". Este artículo es uno de los pocos que analiza este aspecto. Entre los datos que los autores obtienen hay que resaltar que no se pueden utilizar los criterios de la OMS, para el diagnóstico de osteoporosis, cuando se utiliza la densitometría periférica. Sin embargo, no está establecido en la literatura cual era el punto de corte óptimo. Los fabricantes en general parecían aceptar el valor de corte en un T score  $< 1,7$ . En el presente artículo el T score óptimo que obtienen es de  $< 1,3$ , para una población de mujeres con una edad media de 60 años remitidas por al menos un factor de riesgo de osteoporosis. De los análisis que realizan los autores también se deduce que deben utilizarse diferentes puntos de corte dependiendo de la edad de los pacientes. El valor de T score  $< 1,3$  propuesto por ellos es más útil en mujeres entre 50 y 65 años.

**Dr. José Ivorra**

## AINES E INSUFICIENCIA CARDIACA

### Los antiinflamatorios no esteroides deben usarse con precaución en pacientes con insuficiencia cardiaca

ESTUDIO DE LA ASOCIACIÓN DE LOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES CON EL PRIMER EPISODIO DE INSUFICIENCIA CARDIACA Y DESCOMPENSACIÓN DE LA INSUFICIENCIA CARDIACA EN PACIENTES YA DIAGNOSTICADOS. ESTUDIO ROTTERDAM. Feenstra J, Heerdink E, Grobbee DE, Stricker BHCh. Arch Intern Med 2002; 162:265-270.



**La monitorización de la función renal es un factor importante en la valoración de los enfermos con insuficiencia cardiaca a los que se administra AINEs. En la imagen, arteriografía renal selectiva en la que se aprecian microaneurismas en arterias interlobulares.**

**El objetivo** del estudio es valorar la influencia de los antiinflamatorios no esteroides (AINEs) tanto en el desencadenamiento del primer episodio como en la descompensación de pacientes ya diagnosticados de insuficiencia cardiaca.

Para ello se siguió a una cohorte de 7277 participantes que no estaban previamente diagnosticados de insuficiencia cardiaca. Se realizó el seguimiento hasta que presentaron un episodio de insuficiencia cardiaca, fallecimiento, abandono del estudio, o final de seguimiento. Los participantes se siguieron desde el 1 de julio de 1991 y el 31 de diciembre de 1998. En una segunda fase se siguieron los pacientes que habían presentado insuficiencia cardiaca durante el seguimiento. Se disponía de una base informatizada de los fármacos que consumieron todos los participantes en el estudio.

**Se detectaron** 345 nuevos casos de insuficiencia cardiaca durante el seguimiento. El riesgo relativo asociado a la ingesta de antiinflamatorios no esteroides fue de 1,1 (intervalo de confianza (IC) al 95%, 0,7-1,7) tras ajustar por edad, sexo, y medicación concomitante. Aquellos pacientes, que fueron tratados con al menos un AINE, tras este primer episodio, presentaron un riesgo relativo de descompensación de su insuficiencia cardiaca de 3,8 (IC al 95%, 1,1-12,7) en el análisis univariante. El riesgo relativo tras el ajuste por factores de riesgo fue de 9,9 (IC al 95%, 1,7-57).

**Los autores concluyen** que los AINEs no se asocian con un aumento del riesgo de insuficiencia cardiaca, pero sí con descompensación de la misma en pacientes ya diagnosticados. A pesar de las limitaciones de un estudio de cohortes, el presente estudio tiene unas implicaciones importantes para la práctica clínica. Con el aumento de la esperanza de vida cada vez nos encontramos con pacientes con múltiples patologías, que están polimedcados, y seguidos por varios especialistas. Es por ello importante conocer cómo pueden influir nuestros tratamientos en otras patologías, como la insuficiencia cardiaca que se asocia a una alta morbimortalidad.

Los AINEs son unos fármacos muy utilizados, en ocasiones sin receta médica, y aunque se conocen ampliamente sus efectos secundarios a nivel digestivo, se presta

menos atención a los efectos que pueden causar a nivel cardiovascular. Éstos pueden ser graves, y por ello hay que investigar si existen antecedentes de insuficiencia cardíaca antes de prescribir un AINE. En tal caso y si no se puede evitar el AINE, el seguimiento debe ser estricto, utilizando la mínima dosis eficaz.

En la valoración de los enfermos con insuficiencia cardíaca a los que se administra AINEs, es importante detectar la presencia y evolución de edemas, la tensión arterial, así como monitorizar frecuentemente la función renal y los iones. Especial atención merecen las interacciones medicamentosas que se pueden producir con la administración conjunta de digoxina, inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina, betabloqueantes y diuréticos.

Dr. José Ivorra

## OSTEOPOROSIS POR CORTICOIDES

**La osteoporosis inducida por corticoides no suele prevenirse en la práctica clínica habitual, a pesar de la alta frecuencia de fracturas que provoca.**

**PREVALENCIA DE LOS TRATAMIENTOS CRÓNICOS CON CORTICOIDES Y FRECUENCIA DE INSTAURACIÓN DE TRATAMIENTOS PARA LA PREVENCIÓN DE LA OSTEOPOROSIS INDUCIDA POR CORTICOIDES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DIARIA.**

*Gudbjornsson B, Juiusson UI, Gudjonsson FV. Ann Rheum Dis 2002; 61: 32-36.*

**Resumen.** Con el objetivo de conocer la utilización de los corticoides en la comunidad y la frecuencia con la que se previene la osteoporosis inducida por corticoides en la práctica clínica diaria, se recogieron todas las prescripciones servidas durante 2 años por las farmacias del área nordeste de Islandia (26.664 habitantes). Fueron incluidos en el estudio los pacientes que tomaban corticoides al menos 3 meses al año de forma continua o intermitente. Los pacientes seleccionados recibieron un cuestionario en el que se investigaban tratamientos concomitantes y la ingesta de calcio o vitamina D con la dieta.

**Resultados.** Se incluyeron 191 pacientes (55% mujeres), de 66 años de edad media. El 20% de los pacientes habían tenido una fractura osteoporótica y en el 26% se suponía que tenían osteoporosis secundaria a corticoides. El 52% recibía suplementos de vitamina D (aceite de hígado de pescado) y el 37% tomaba suplementos de calcio. El 91% refería ingesta regular de productos lácteos. Respecto al tratamiento, sólo el 9% tomaban bifosfonatos y el 22% de las mujeres postme-

nopáusicas recibían tratamiento hormonal sustitutivo.

**Las conclusiones** más importantes fueron: Relativamente pocos pacientes en tratamiento crónico con corticoides recibían tratamiento preventivo para la osteoporosis, aunque la mayoría tomaban suplementos de calcio y vitamina D. Los pacientes que sí recibían tratamientos específicos para la osteoporosis inducida por corticoides los habían iniciado después de sufrir una fractura.

**Comentario.** La utilización de corticoides orales es una de las causas más frecuentes de osteoporosis iatrogénica. Recientemente se han publicado guías para el manejo de las complicaciones musculoesqueléticas asociadas a la administración de corticoides.

El presente artículo pone en evidencia la aparente escasa sensibilización de los médicos que prescriben corticoides en la prevención de la osteoporosis asociada a su inges-



ta. Aunque es un estudio retrospectivo referido a datos de los años 1995-1996, concuerda con experiencias similares referidas a otras áreas geográficas.

La ingesta crónica de corticoides es elevada en la población general (0,5-0,9%), en su mayoría para tratar pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades reumáticas y las enfermedades inflamatorias intestinales. Teniendo en cuenta la alta prevalencia de fracturas que conlleva (10%-20%) y la disponibilidad de fármacos útiles en su prevención, en especial los bifosfonatos, resulta muy llamativo que sólo el 9% de los pacientes recibieron dichos tratamientos y sólo después de haber presentado una fractura. Estos datos nos indican que ni los médicos especialistas ni los generalistas consideran la prevención de la osteoporosis inducida por corticoides en su decisión terapéutica inicial.

Es por lo tanto necesario difundir entre los médicos prescriptores de corticoides la existencia de diferentes guías para la prevención de la osteoporosis inducida por corticoides, para conseguir disminuir la incidencia de fracturas en este grupo de pacientes.

Dr. J. Ivorra



DR. JOSÉ CARLOS ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR

SECCIÓN REUMATOLOGÍA. H. MARINA BAIXA. VILLAJYOSA. ALICANTE

DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS

SECCIÓN REUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE ONTENIENTE. VALENCIA

## ¿Cómo se debe utilizar el bastón en la artrosis?

**Mi madre tiene 72 años** y está diagnosticada de artrosis en la rodilla izquierda. Además de medicamentos para el dolor, el médico le ha aconsejado que utilice un bastón. Nosotros teníamos un bastón de mi suegro y se lo hemos dado. No utiliza el bastón porque cree que va a tropezar y caerse; además dice que con la mano izquierda no se aclara. Mi pregunta es: ¿es tan importante utilizar el bastón para su enfermedad?

Isabel Navarro (Madrid)

**La utilización del bastón** en la artrosis de rodilla es un tratamiento muy útil porque descarga un 30%-40% el peso que soporta la rodilla contraria al lado en el que se lleva el bastón. Por eso su madre debe llevar el bastón en la mano derecha. Si andamos de forma natural se puede observar que cuando movemos y apoyamos la pierna derecha, es el brazo izquierdo el que se balancea hacia delante y viceversa, por ello "el bastón debe llevarse en la mano contraria a la rodilla dolorosa".

Otro punto es que como cualquier tratamiento debe individualizarse, no todos los bastones sirven para todo el mundo. El bastón debe ajustarse

a la altura del paciente, de tal forma que aproximadamente el mango del bastón debe llegar a la altura de la muñeca. Por último, es importante revisar el taco de goma que tiene el bastón en el punto de apoyo. Si está desgastado, puede hacer que al apoyar en el suelo el bastón resbale y favorezca las caídas.

Dr. José Ivorra

## ¿Puedo tener hijos sanos después de haber estado en tratamiento con metotrexato?

**Soy una paciente de 34 años**, con artritis reumatoide. Desde que se diagnosticó la enfermedad hace 4 años estoy en tratamiento con antiinflamatorios (no todos los días) y metotrexato un día a la semana. Tengo una hija de 5 años sin problemas de salud. Sé que no debo quedarme embarazada tomando metotrexato. Ahora que parece que la enfermedad está controlada, me gustaría plantearme otro embarazo. Mi pregunta es: ¿cuánto tiempo debo estar sin tomar metotrexato antes de intentar otro embarazo?, y ¿realmente tendría mi hijo riesgo de nacer con problemas?.

Elena Jiménez (Alicante)

**Efectivamente, no debe quedarse embarazada** estando en tratamiento con metotrexato. Está plenamente demostrado que el metotrexato es un fármaco teratogénico, es decir, produce abortos y anomalías graves en el feto. Por tanto, es obligado utilizar un método anticonceptivo en estas pacientes. En el varón, el metotrexato puede provocar impotencia y disminución del número de espermatozoides, que se recuperan al dejar el tratamiento. Sin embargo, en la mujer el metotrexato no afecta a la función de los ovarios. Por ello, se aconseja intentar el embarazo al menos 2-3 meses después de dejar el tratamiento. De esta forma no existe riesgo de anomalías en feto propiamente derivadas del fármaco.

Dr. José Rosas

## ¿Los pacientes asmáticos pueden ser tratados con antiinflamatorios no esteroides?

**Tengo 52 años y soy asmática** desde los 40 años. Hace dos años me diagnosticaron una artrosis en la rodilla derecha y desde entonces tomo paracetamol 650 mg 2 veces al día. Al principio era suficiente pero desde hace unos meses con las dos pastillas al día no consigo

controlar el dolor, sobre todo cuando tengo que andar más de lo habitual. Mi médico me dice que al ser asmática no debo tomar más dosis de paracetamol ni antiinflamatorios, porque pueden provocar crisis de asma. ¿Qué podría utilizar para controlar el dolor?

Dolores Talens (Valencia)

De los pacientes que tienen asma, **alrededor del 10% pueden empeorar** cuando ingieren aspirina u otros antiinflamatorios no esteroides. El paracetamol a dosis altas también puede agravar la dificultad respiratoria de los pacientes con asma. Sin embargo, también es verdad que la mayor parte de los pacientes asmáticos no van a presentar estas reacciones, sobre todo aquellos con asma leve. Por ello en su caso tenemos diferentes opciones. En primer lugar se tendría que valorar por un servicio de alergología si usted tolera o no los antiinflamatorios no esteroides y las altas dosis de paracetamol. En caso de encontrarse entre el 10% de los enfermos que empeoran de su asma la opción mejor es probar la tolerancia a los nuevos antiinflamatorios que han aparecido recientemente, como son el rofecoxib y celecoxib, que se han mostrado muy seguros en pacientes con asma.

Dr. José Ivorra

## Los antiinflamatorios por vía intramuscular o rectal presentan los mismos efectos secundarios digestivos que cuando se administran por vía oral

Soy un hombre de 62 años, he sufrido de úlcera en el duodeno por lo que me operaron hace 20 años. Ahora de vez en cuando tengo dolores e hinchazón en las rodillas, muñecas y codos. Dados mis antecedentes ulcerosos, no tomo pastillas por miedo a que reaparezca la úlcera, y siempre utilizo inyecciones o supositorios de antiinflamatorios. Hasta el momento no noto molestias de estómago y los dolores desaparecen. ¿Tengo que tomar alguna otra medida?

**Pedro Cámara (Madrid)**

En general los efectos secundarios digestivos más graves que producen los antiinflamatorios no esteroideos son úlceras, que en ocasiones se pueden complicar con hemorragias o perforaciones digestivas. Estos efectos secundarios se producen por lo que se denomina efecto sistémico, es decir, no por contacto del producto con el estómago o duodeno, sino que ocurre tras ser absorbido y pasar a la sangre y de allí distribuirse por todos los órganos de nuestro cuerpo, entre ellos el estómago, duodeno y el resto del intestino. Una vez que el antiinflamatorio llega de esta forma al estómago y duodeno los hace menos resistentes al ácido que tenemos en el estómago, y favorece la aparición de úlceras. Como se puede deducir, las úlceras las producen los antiinflamatorios independientemente de que se administren por vía oral, intramuscular o rectal. Los pacientes con mayor riesgo deben consultar con su médico, que les indicará que tome un protector gástrico eficaz o uno de los nuevos antiinflamatorios que producen menos complicaciones digestivas. En su caso tiene un mayor riesgo de padecer una complicación digestiva por su edad y por sus antecedentes ulcerosos y por ello debe acudir a su médico para que valore añadir a su tratamiento un protector gástrico (omeprazol o misoprostol) o cambiarle su antiinflamatorio por otro de los que han mostrado ser más seguros. Además, a pesar de que usted no note molestias digestivas, las complicaciones más graves como las hemorragias pueden ocurrir sin que se note previamente ningún problema.

**Dr. José Ivorra**

**Terapias biológicas: un antes y un después en AR**

## **Adalimumab** de Abbott Laboratories una gran innovación como primer anticuerpo monoclonal humano indicado en la artritis reumatoide, ya aprobado por la CE

La presentación de Adalimumab, primer anticuerpo monoclonal humano para el tratamiento de la artritis reumatoide, fue una de las aportaciones más interesantes al XXIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología (Bilbao, mayo de 2003). Este antagonista del TNF, producto más innovador desarrollado en los últimos años en el campo de la AR, fue aprobado en Estados Unidos a finales de 2002 y en septiembre de 2003 ha recibido también la aprobación de la Comisión Europea. Adalimumab, que será comercializado con el nombre de Humira, está llamado a convertirse en el primer anticuerpo monoclonal humano aprobado en Europa para la artritis reumatoide y en el primer antagonista del factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ) indicado para su uso en monoterapia, además de combinado con metotrexato.

La división de Inmunología de Abbott Laboratories organizó en el Congreso de Bilbao un simposio satélite moderado por el Dr. Emilio Martín Mola, que tuvo como ponentes a los Dres. Juan J. Gómez-Reino y Pere Benito-Ruiz. El Dr. Gómez-Reino, que analizó en su intervención los beneficios y limitaciones de la terapia tradicional en AR, subrayó la importancia del tratamiento precoz: "La prevención temprana del daño articular mantiene la funcionalidad del paciente."



Los Dres. Pere Benito-Ruiz y Juan J. Gómez-Reino, en la rueda de prensa

El Dr. Pere Benito-Ruiz dedicó su ponencia a las ventajas que significan los antagonistas del TNF y se centró en el avance terapéutico que aporta Adalimumab, que de acuerdo con el estudio STAR "es eficaz tanto en monoterapia como en terapia combinada con 1 ó más FARMES concomitantes". La conveniencia de tratamiento con este anti-TNF de nueva generación se basa en: auto-administración en el propio domicilio, jeringa precargada y adaptada, óptimo régimen posológico (1 inyección cada dos semanas) y flexibilidad de tratamiento, optativo en monoterapia o combinación.

En la rueda de prensa ofrecida por los ponentes, éstos comentaron los aspectos más destacados de sus intervenciones y resaltaron que,

junto al uso de las terapias biológicas, los reumatólogos consideran que el control de la AR pasa por mejorar el diagnóstico: "Un diagnóstico tardío condiciona la evolución de la enfermedad de forma sustancial. Nuestra experiencia indica que sólo vemos un 30-40% de casos en las primeras fases de la enfermedad."



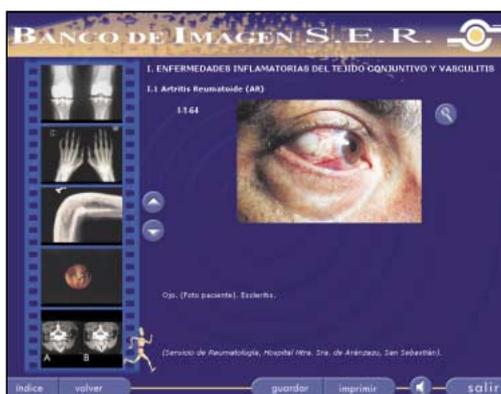
LA SEGUNDA EDICIÓN CONTARÁ CON IMÁGENES DE VÍDEO

# Se amplía el banco de imágenes de la SER

La creación de un banco de imágenes con aportaciones realizadas por los propios reumatólogos españoles es uno de los proyectos más relevantes realizados por la SER en los últimos diez años. "El objetivo principal ha sido disponer para todos sus socios, del mayor número de imágenes que abarquen gran parte de la patología reumática, incluyendo algunos aspectos poco frecuentes, que nos pueden ayudar en la práctica clínica cotidiana", señalan los responsables de este proyecto, los doctores Antonio Naranjo y José Rosas. De esta forma también se puede homogeneizar la información y utilizar como material para la docencia en todos los ámbitos, en la que participan la mayor parte los reumatólogos.

## 10 AÑOS DE TRABAJO

El primer Banco de Imagen de la SER se inicia hace unos 10 años, con el patrocinio del laboratorio Sanofi Synthelabo, quien se encargó de distribuirlo a todos los socios de la SER. Se presentó en formato de diapositiva, inclu-



yendo alrededor de 600 imágenes, ocupando 3 carpetas. En él participaron un gran número de reumatólogos y de unidades de reumatología del país. "Estamos convencidos que fue un trabajo muy apreciado por todos. Sin embargo, con el uso generalizado de ordenadores, se pensó que lo más práctico era pasar el material de diapositiva a un formato digital en CD, que lo hace más fácilmente manejable. De nuevo con el patrocinio del laboratorio Sanofi Synthelabo se ha distribuido a todos los miembros de la SER, durante el primer semestre del año 2003, un CD

que contiene el primer banco de imagen completo"

## SE ADMITEN CASOS CLÍNICOS

En la actualidad, la SER ha decidido promocionar durante el año 2003, la ampliación del banco de imagen, animando a todos los socios a su participación. Además de los avances que ha experimentado la especialidad, como la utilización de resonancia magnética con asiduidad y la incorporación de la ecografía como extensión de la exploración a la cabecera del enfermo, la idea de ampliar el primer banco de imagen se fundamenta en que muchos reumatólo-

## Índice del Banco de Imágenes de la SER

A.- LA ARTICULACIÓN NORMAL.  
MÉTODOS DE EXPLORACIÓN

B.- TÉCNICAS DE LA  
ESPECIALIDAD DE  
REUMATOLOGÍA

C.- ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

### CLASIFICACIÓN DE LAS ENFERMEDADES:

I.- ENFERMEDADES  
INFLAMATORIAS DEL TEJIDO  
CONJUNTIVO Y VASCULITIS

II.- ESPONDILOARTROPATIAS  
INFLAMATORIAS

III.- ARTROSIS

IV.- ARTRITIS RELACIONADAS  
CON LA INFECCIÓN

V.- ARTROPATIAS  
MICROCRISTALINAS

VI.- ANOMALIAS BIOQUÍMICAS

VII.- NEOPLASIAS Y SÍNDROMES  
PARANEOPLASICOS

## 200 nuevas imágenes de alta calidad

Durante los primeros meses se han recibido 200 fotografías, de muy alta calidad. La mayoría abarcan aspectos que no estaban incluidos en el primer banco de imagen de la Sociedad Española de Reumatología. "Debemos destacar -señalan los coordinadores, los doctores José Rosas Gómez y Antonio Naranjo Hernández-

la labor de algunas unidades de reumatología que han puesto su propio banco de imágenes a disposición de la SER para participar.

Desde aquí -señalan los responsables de este proyecto, seguimos animando a todos los socios de la SER a participar en un proyecto de utilidad para todos."

distribuirlo a todos los socios durante el próximo Congreso Nacional de la SER, a celebrar en el año 2004 en Barcelona.

### FORMATO DIGITAL

Los coordinadores aconsejan remitir las imágenes en formato digital, aunque si no fuera posible para algún socio, se podría remitir en foto o diapositiva y en caso de ser seleccionada, la SER se encargaría de digitalizarla. Se pueden remitir directamente por correo electrónico a la SER a la dirección [bancoimagen@ser.es](mailto:bancoimagen@ser.es). El documento debe ir acompañado por el nombre del autor, centro de trabajo, dirección de correo electrónico o teléfono, así como una pequeña explicación de la propia imagen.

### SE ADMITEN CASOS CLÍNICOS

"Como novedad en esta ampliación, se admiten casos clínicos, con un máximo de 5 imágenes

por caso, y material realizado en vídeo, de duración limitada, convertido a formato digital que muestren técnicas de exploración o terapéuticas y ejercicios de fisioterapia"

No obstante, se está valorando la realización de un CD "que incluya de forma exclusiva los ejercicios más habituales que aconsejamos a nuestros pacientes. Pensamos en la posibilidad de dar a nuestros pacientes que dispongan de ordenador (cada día más numerosos) un CD con las imágenes con los consejos y ejercicios a realizar".

### FUTURO ACCESO VIA WEB

Se están valorando diversas ideas para acceder de forma más fácil a este proyecto, (acceso restringido a los socios de la SER desde la página web de la sociedad ([www.ser.es](http://www.ser.es)), y también para animar y premiar a las nuevas incorporaciones de imágenes de forma continua, por ejemplo con una selección/concurso anual; editar las nuevas incorporaciones tanto en la página web, como en la revista de la SER en un apartado específico...



gos disponen en su lugar de trabajo de cámara digital, permitiendo obtener material de alta calidad.

La fecha límite para recibir imágenes es el 31 de octubre de 2003. Se tiene la intención de

VIII.- OSTEONECROSIS, OSTEOCONDRIITIS Y OSTEOCONDROSIS  
IX.- REUMATISMOS EXTRAARTICULARES  
X.- ARTROPATIAS RELACIONADAS CON TRAUMATISMOS  
XI.- OTRAS ENFERMEDADES ARTICULARES

XII.- MANIFESTACIONES ARTICULARES EN LAS ENFERMEDADES DE OTROS APARATOS Y SISTEMAS  
XIII.- ENFERMEDADES OSEAS  
XIV.- MISCELANEA



PROF. DR. ANTONIO CASTILLO-OJUDAS

PRESIDENTE DE HONOR DE LA SER, ANTIGUO JEFE DE SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE DE MADRID Y PROFESOR EMÉRITO DE REUMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

# Contribución de Gregorio Marañón al conocimiento de la reumatología en España

**H**an pasado más de cincuenta años desde que apareció el libro "Diecisiete lecciones sobre el Reumatismo", del doctor Gregorio Marañón y nueve colaboradores. Siendo yo estudiante asistí a varias de ellas cuyos resúmenes publiqué en la Revista "Ciencias Médicas Hispano-Americanas"

Esas fechas marcan un hito entre la Reumatología antigua y la moderna. Se empieza a usar la Cortisona y el ACTH, se empleaban los antiinflamatorios con la Butazolidina e Irgapirina a la cabeza; en el diagnóstico se popularizan las técnicas de Waaler-Rose, Proteína C y antistreptolisinas, el espectro electroforético del plasma, las células L.E. Fueron aquellos años los del relevo de las escuelas francesas, pioneras de la especialidad, eminentemente clínicas y descriptivas por la gran reumatología anglosajona.

En Barcelona, la escuela de Pedro y Pons con Barceló Torrent como activísimo propagandista, habían sacado en 1945 la "Revista Española de Reumatismo y Enfermedades Osteoarticulares" y poco más tarde aparece el tomo III del gran "Tratado de Patología y Clínica Médica", que dedicaba una buena parte a la Especialidad. En 1948 comienzan los contactos para fundar la Sociedad Española de Reumatología (que no se constituiría legalmente hasta el 14 de marzo de 1956) y organizan en 1951 el Congreso Europeo de Reumatología.

Y en Madrid, además del núcleo alrededor de Marañón, se interesaban por la Reumatología la Escuela de Jiménez Díaz y el profesor San Román, en su Cátedra de Hidrología Médica y Climatología de la Facultad de Medicina. Años más tarde, Fernán del Vallado y Gijón Baños,

Borrachero, Uribarri y yo mismo, desarrollamos aquella labor inicial.

## MARAÑÓN Y LA REUMATOLOGÍA

En estos párrafos solo he querido recordar un poco el ambiente reumatológico en España de aquella época y ahora debo destacar la influencia tuvo la obra de Marañón en el conocimiento de las enfermedades reumáticas.

El interés de don Gregorio por los enfermos reumáticos era debido a la frecuencia con la que llegaban a su consulta privada y hospitalaria pacientes atraídos por su fama. Y en aquel pabellón del Instituto de Patología Médica del viejo Hospital General de Madrid, que se había edificado gracias a sus aportaciones personales, se estudiaban toda clase de enfermos y entre ellos, los reumatismos, con ayudas clínicas, analíticas y radiológicas, que terminaban la mayoría de las veces con tratamientos a base de salicatos o bien, colchicina para los gotosos.

Transcurrían los primeros años de 1930. Entonces predominaba la teoría patogénica focal y especial-

mente estreptocócica de los reumatismos inflamatorios crónicos y la recomendación de extirpación de posibles focos sépticos: dentarios, amigdalares, faríngeos, vegetaciones, apéndice o vesícula biliar. Recordando aquellos tiempos, le oí a don Gregorio decir, "me arrepiento de haber sido uno de los causantes de que la mitad de los españoles hayan perdido su dentadura".

## DIFICULTAD PARA CLASIFICAR LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Marañón, ante todo, reconoce la dificultad de clasificar los reumatismos. Dice así: "Cuando ya hace veinte años nos vimos frente a la responsabilidad de una clínica hospitalaria y empezaron a llegar enfermos reumáticos, vimos que a cada enfermedad, cada autor daba un nombre distinto, o por lo menos inconveniente. La misma enfermedad la designaban los alemanes, los ingleses, los americanos, los franceses o los españoles con nombres diversos. Idéntico proceso era descrito como enfermedad diferente según era la fase de la evolución en

## BIBLIOGRAFÍA

- Conference Scientifique Internationale du Rhumatisme Chronique Généralisé. Aix-les-Bains, 1934. 1 Vol. 575 págs. Imprimeries Reunies. De Chamberi. 1934
- BORRACHERO DEL CAMPO, José, "Marañón y la Reumatología". El Médico 233, 22-28, 1987
- CASTILLO OJUDAS, Antonio. "Una visión muy personal de la Historia de la Reumatología en España". Jornal de C.I.A.R., 12, 118-122, 2002
- MARAÑÓN, Gregorio. "Concepto actual del Reumatismo". Libro de Actas de las Primeras Jornadas Médicas de Zaragoza, 1932



que había sido sorprendida". A este respecto recordemos como la Espondiloartritis Anquilopoyética se conoce en los viejos tratados como Enfermedad de Strümpell, de Bechterew o de Pierre Marie, por cierto, los tres neurólogos. Vamos a ver lo que se estudiaba en aquellas primeras "Once Lecciones", editada en los años 30. La pri-



res" y el XI está ocupado por los tratamientos.

Cuando se estudia la historia de la Reumatología esta obra es esencial para comprender la evolución del pensamiento reumatológico y se completa con un "Vocabulario de terminología reumática", interesantísimo donde, por ejemplo, aparece el nombre anglosajón de

General. A finales de los 50 dicta las "Diecisiete lecciones sobre el Reumatismo". Con él firman capítulos los patólogos Arteta, Duque Sampayo y Vega Díaz; los cardiólogos Fernández Iruegas y Merchán; Cirujanos Ortopédicos, Gálvez Armengaud, el gran radiólogo y los internistas, Martínez Díaz y Gimena, encargado éste de la Unidad de Reumatología.

#### ANTE UNA NUEVA ERA

Don Gregorio estaba seguro que había comenzado una era nueva, la hormonal, ante el hallazgo de la "acción antirreumática de una fracción de los esteroides de la corteza suprarrenal y del lóbulo anterior de la hipófisis, la Cortisona y el A.C.T.H.". Este libro, como el anterior, está ilustrado con algunas fotografías de casos interesantes y magníficas radiografías para su época. Todo aquel ingente archivo de Historias Clínicas del Instituto de Patología Médica reunido durante más de 40 años, fue vendido al peso cuando llegó un nefasto ocupante de su Servicio.

Entre los 20 años que separan ambas "Lecciones", decía Marañón

### En los años 30 predominaba extirpar los posibles focos sépticos: dentarios, amigdalares, faríngeos, vegetaciones, apéndice o vesícula biliar

mera sobre "Generalidades" incluye "Definición y Concepto", "Clasificación", "Esquema patogénico", "Semiología radiológica de las artropatías" y "La incapacidad funcional". El tema II está dedicado a los "Reumatismos Metabólicos", gotoso, oxalacémico, alcaptonúrico y cálcico. El III, al bien conocido Reumatismo cardioarticular. El IV a los "Reumatismos por infección general", y el V a los "Reumatismos focales", donde incluye la Poliartrosis Crónica. En el VI y VII se comentan los "Reumatismos Sintomáticos", hemofílico, estático, endocrinos y alérgicos. El VIII a los "Reumatismos Crónicos deformantes", es decir, las Artrosis que diferencian bien de las Artritis. El capítulo IX habla de los "Reumatismos vertebrales"; el X de los "muscula-

"Artritis reumatoide" que él detestaba porque decía "si hay alguna enfermedad que caracteriza el reumatismo, es ésta, por lo que debería llamarse "Archireumática". Años más tarde "entraría por el aro", y siguió con la denominación universal.

Tal popularidad alcanzó la obra que, además de reeditarse al año siguiente, en 1934 fue invitado el autor a participar en la Conferencia Internacional de Aix-les-Bains, donde además de insistir en la patogenia focal de los reumatismos inflamatorios, hace diversos diagnósticos diferenciales como el de la artritis y artrosis, las formas gotosas y la evolución de las artropatías.

Obligado a dejar España después de la guerra civil, regresa en 1944 y vuelve a trabajar en el Hospital

que la Reumatología había tenido pocos avances, pero importantes. ¿Qué podemos decir nosotros de los últimos 50? El gran avance en el diagnóstico analítico, con los antígenos de histocompatibilidad, los anticuerpos antinucleares y todo lo que ofrece la Bioquímica y la Biología Molecular, o los espectaculares logros con las técnicas de diagnóstico... Sin embargo, aún estamos lejos de conseguir unas terapias totalmente eficaces, seguras e inocuas para el tratamiento de los reumatismos inflamatorios y degenerativos. Si nosotros al leer las obras de Marañón las consideramos caducas, fuera de lugar y esbozamos una sonrisa de indulgencia, ¿qué pensarán de nuestros trabajos y publicaciones quienes nos lean dentro de cincuenta años?

- MARAÑÓN, Gregorio. "Once Lecciones sobre el Reumatismo", 1 Vol. 275 págs. Edit. Espasa Calpe. Madrid, 1933. 2ª Edición, 1934
- MARAÑÓN, Gregorio. "Diecisiete Lecciones sobre el Reumatismo". 1 Vol. 330 págs. Edita Espasa Calpe. Madrid. 1951
- PEREA HORNO, Manuel Andrés. "La obra reumatológica de Marañón y su contenido en la Literatura Médica Internacional". Tesis Doctoral Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid. 1994

# Suscríbese a LOS Reumatismos

**LOS REUMATISMOS** es una revista de distribución gratuita. No obstante, si Vd. desea asegurarse su recepción habitual (4 números al año), puede suscribirse mediante una módica cantidad que incluye los gastos de envío. El importe de la suscripción varía según se trate de particulares o entidades/instituciones. Para formalizar la suscripción rellene el que corresponda de los dos boletines adjuntos, realice la transferencia y envíe el boletín de acuerdo con las instrucciones.

## LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Particulares

Apellidos ..... Nombre ..... NIF .....

Dirección ..... Población .....

Provincia ..... C.P. ....

Teléfono ..... Fax ..... E-mail .....

### Suscripción anual (4 números)

Números 3, 4, 5 y 6 ----- 10 €  
(ejemplares trimestrales)

Fecha: \_\_ / \_\_ / 200\_\_

Firmado:

### Forma de pago

Transferencia bancaria a: **Revista Los Reumatismos (Ibáñez&Plaza Asociados S.L.)**  
**Entidad: LA CAIXA**  
**Oficina: 0997 - SERRANO, 60 · 28001 MADRID**  
**Nº de Cta. Cte.: 2100 0997 69 0200253334**

Una vez realizada la transferencia, rogamos nos envíen vía FAX, EMAIL o CORREO POSTAL este Boletín de Suscripción (o fotocopia) junto con el justificante de la transferencia bancaria para formalizar su inscripción:

**Revista Los Reumatismos · Ibáñez&Plaza · C/ Bravo Murillo, 81, 4º · 28003 Madrid**  
Telf. 91 553 74 62 · Fax: 91 553 27 62 · Email: reumatismos@ibanezplaza.com

## LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Empresas/Asociaciones

Denominación social ..... CIF .....

Actividad principal .....

Dirección ..... Población .....

Provincia ..... C.P. ....

Teléfono ..... Fax ..... E-mail .....

Persona de contacto ..... Cargo .....

### Suscripción anual (4 números)

Números 3, 4, 5 y 6 ----- 18 €  
(ejemplares trimestrales)

Fecha: \_\_ / \_\_ / 200\_\_

Firmado:

### Forma de pago

Transferencia bancaria a: **Revista Los Reumatismos (Ibáñez&Plaza Asociados S.L.)**  
**Entidad: LA CAIXA**  
**Oficina: 0997 - SERRANO, 60 · 28001 MADRID**  
**Nº de Cta. Cte.: 2100 0997 69 0200253334**

Una vez realizada la transferencia, rogamos nos envíen vía FAX, EMAIL o CORREO POSTAL este Boletín de Suscripción (o fotocopia) junto con el justificante de la transferencia bancaria para formalizar su inscripción:

**Revista Los Reumatismos · Ibáñez&Plaza · C/ Bravo Murillo, 81, 4º · 28003 Madrid**  
Telf. 91 553 74 62 · Fax: 91 553 27 62 · Email: reumatismos@ibanezplaza.com



DR. DANIEL ROIG  
REUMATÓLOGO

## El gran “Hacedor de Huesos”

Firma Invitada

La Evarista era una mujer de edad avanzada; rondaría los setenta años. Desde hacía meses tenía dolor de espalda y se fatigaba con facilidad. El cuerpo se inclinaba hacia delante y tenía que apoyarse en un bastón para andar.

Entre la multitud de genes que habitaban el cuerpo de la Evarista, había uno muy trabajador. Sus compañeros le llamaban familiarmente “Hacedor de Hueso”. Era arquitecto, y su misión inicial, durante veinte o treinta años, había sido fabricar paredes y columnas de hueso; después se limitó al mantenimiento, tarea fácil durante unos veinte años más, pero, con el paso del tiempo, el deterioro de las estructuras se acentuaba y el gen no daba abasto para detenerlo. Y es que los años tampoco pasan en balde para los genes y menos aún para uno tan bregado como el “Hacedor de Hueso”. Antes recibía ayudas desinteresadas. La sangre estaba repleta de un barniz protector de las columnas; se decía que provenía de muy lejos, de la ciudad de los Ovarios. Pero desde hacía unos veinte años sólo llegaba una pequeña cantidad y muy de tarde en tarde. El ejercicio muscular había ofrecido incentivos al “Hacedor de Hueso” durante mucho tiempo y él lo agradecía aumentando la producción. Pero esta actividad había disminuido y el gen se encontraba en una época de marcada penuria. Hacía lo que podía, pero podía poco. Si todo esto no bastara, los suministros de un material llamado calcio, necesario para conferir robustez a las paredes y columnas, habían mermado de manera alarmante. El “Hacedor de Hueso” hizo averiguaciones sobre la causa de esta carencia; “no llega materia prima” le dijeron en el gobierno genómico central, el cual declinó toda responsabilidad. Se hicieron rogativas al dios de los genes para que remediara el infortunio, pero fue en vano. Otra plaga se cernió sobre el gen “Hacedor de Hueso”: el ambiente estaba contaminado. Y no era por residuos industriales ni por combustión excesiva de gases, que en esto

los genes eran muy escrupulosos, sino por una sustancia desconocida que fomentaba la somnolencia.

A la Evarista no le agradaban los médicos. Explicó su dolencia a su vecina Remedios, que tenía fama de curadora. Le dio dos consejos: evitar la toma de leche y queso, que, según ella, son malos para el colesterol, y beber cada día tres vasos de un moscatel reconfortante, fabricado y santificado por los hermanos benedictinos.

¡El gen “Hacedor de Hueso” contemplaba desalentado e impotente cómo la gran catedral del cuerpo de la Evarista se derrumbaba por momentos!

Un día, la Evarista se cayó y se rompió un hueso de la cadera. En el hospital le diagnosticaron la enfermedad de los huesos frágiles, le aconsejaron que tomara leche, queso y suplementos de calcio y otro medicamento, que dejara de santificarse con la bebida benedictina y que procurara andar al menos una hora diaria cuando se hubiera resuelto la intervención que le practicaron en la cadera.

El gen “Hacedor de Hueso” no lo podía crear. De repente, la erosión del hueso cesó y él, con poco esfuerzo, pudo hacer algún apaño para mantener la firmeza de las columnas. Los cargamentos de calcio volvieron a llegar en tal cantidad que incluso excedían a sus necesidades y, lamentándolo mucho, tuvo que echar el sobrante a la catarata del Riñón para seguir por el río Uretral y, de allí, al mar de la Vejiga. La contaminación ambiental desapareció. Volvió a recibir algún incentivo; no como antes –los tiempos habían cambiado –, pero era mejor algo que nada. El “Hacedor de Hueso” era, de nuevo, feliz. Logró detener el deterioro del edificio, aunque no pudo reparar los desperfectos ocasionados en los tiempos de penuria e impotencia.

ERNESTO PLAZA  
SOCIÓLOGO

# Reum@tismos

RECURSOS DE REUMATOLOGÍA EN INTERNET



## ARTHRITIS FOUNDATION

<http://www.arthritis.org/>

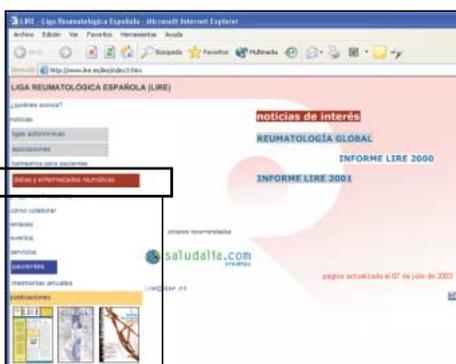
Web de gran diseño perteneciente a la Arthritis Foundation estadounidense que, además de hacer continuo marketing con libros y brochures -algunos de ellos en español- (una pequeña parte de su contenido se muestra gratuitamente), aporta noticias, foros y su "pain center" (sección donde se recomienda al paciente ciertas prácticas y hábitos contra el dolor), entre otros.

<http://www.arthritis.org/conditions/surgerycenter/surgerycenterflash/arthroscopy.html>

## RECREACIÓN DE OPERACIONES

Gráficos animados bastante didácticos que describen paso a paso operaciones como artroscopia, reemplazo total de cadera, revestimiento de la rodilla, etc.

Contenido: 3 Usabilidad: 4 Rapidez: 4 Diseño: 5 Global: 4



## LIRE

<http://www.lire.es>

Web de la Liga Reumatológica Española, asociación fundada en 1973 y declarada ONG en 1979. De sus secciones resaltamos, como útil para el visitante, las "páginas para pacientes", donde se realiza un completo y conciso repaso a las principales enfermedades reumáticas; un listado de "asociaciones y grupos de ayuda mutua", clasificados por categorías reumáticas; y su sección de "preguntas frecuentes".

<http://www.lire.es>

(hacer click en "Dietsas y enfermedades reumáticas")



## DIETA CONTRA LA ARTRITIS

Apartado dedicado a la dieta recomendada para enfermos de gota, osteoporosis y artrosis, con el objetivo de mejorar el tono muscular y la resistencia, y así soportar mejor los efectos de la enfermedad y su tratamiento.

**ARTRITIS KIDS**

<http://www.geocities.com/artritiskids>

Sitio web especializado en la artritis reumatoide infantil. Su virtud reside justamente en el aporte de información sobre esta enfermedad en los mas pequeños, un grupo numeroso pero menos tenido en cuenta. Se aconseja sobre dieta, tratamientos, ejercicios, actitud de los padres, etc. Pueden consultarse además "preguntas frecuentes" y diversos artículos de interés.

<http://www.geocities.com/artritiskids/pages/quees.html>

**LA ARJ**

Este apartado explica con detalle qué es la ARJ (Artritis Reumatoide Juvenil) -eje central de la web-, por lo cual lo recomendamos como punto de partida.



**RHEUMACLUB**

<http://www.aparatolocomotor.com/locomotor/rheuma>

Página de buena calidad, sección de la web Aparato Locomotor, que destaca por su aporte de información (con casos clínicos y diferentes patologías reumatológicas, ambas secciones bien ilustradas con imágenes) y didáctico (con un curso básico de ecografía del aparato locomotor). Además ofrece una sección de enlaces, calendarios de congresos, y una base de datos con artículos y cartas publicados por la SER desde 1986 hasta 1997 inclusive.



<http://www.aparatolocomotor.com/locomotor/rheuma>  
(hacer click en "casos clínicos")

**CASOS CLÍNICOS**

Este apartado expone distintos ejemplos con imágenes de dolencias reumatológicas. Cada uno de ellos se estructura en una exposición del caso, un diagnóstico (donde se da la opción al navegante de intentar acertarlo), y el tratamiento que le corresponde

