



Entrevista
Dr. J. Rotes-Querol
"Estamos cansados de explicar al paciente que el 'reuma' no existe"



Alianza contra la Artritis
Los políticos europeos parecen desentenderse de las enfermedades reumáticas

La enfermedad reumática más común

Artrosis

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.eswww.ibanezyplaza.com

ibáñez & Plaza Asociados, S. L.
EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN

Coordinación Editorial,**Diseño y Maquetación:**

Ibáñez&Plaza Asociados

C/ Bravo Murillo, 81 (4º C)

28003 Madrid

Teléf.: 91 553 74 62

Fax: 91 553 27 62

ediciones@ibanezyplaza.comlosreumatismos@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 ■ Ibáñez&Plaza
- Fundación EspreV ■ Rottapharm
- Schering Plough ■ Wyeth
- Zambón

Reumatología en Europa: una marginación inaceptable

Para los políticos europeos los reumatismos no son "enfermedades principales", por mucho que afecten en Europa a más población que ningún otro grupo de trastornos y por más que el 50-60% de los pacientes europeos se vean obligados a permanecer al margen de la vida laboral durante un promedio de 10 años a lo largo de su vida. La Liga Europea Contra el Reumatismo (EULAR) ha acusado a los ejecutivos de la Unión Europea de desentenderse de las enfermedades reumatológicas, lo que supone congelar los recursos de investigación en reumatología y la legislación sobre incapacidad.

La Sociedad Española de Reumatología (SER) y la Liga Reumatológica Española (LIRE), que desde el primer momento han unido su voz a la de EULAR, aplauden que los programas de investigación europeos ofrezcan secciones especiales para combatir los trastornos neurológicos, la diabetes y el cáncer, problemas de salud tal vez con mayor impacto mediático; pero no pueden admitir de ningún modo que las enfermedades reumatológicas sean consideradas "ciudadanos" de segunda clase en el contexto europeo.

Como ha señalado el presidente de la SER, Dr. Jordi Carbonell, la mayoría de las enfermedades reumáticas son tratables y prevenibles, siempre que se disponga de fondos para investigación biomédica. En el mismo sentido se ha pronunciado el presidente de la LIRE, Dr. Javier Paulino al solicitar mayor dotación económica para la investigación y dotación tecnológica apropiada para facilitar el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad, así como el acceso a los servicios de rehabilitación.

La SER ha predicado con el ejemplo auspiciando importantes proyectos de investigación

Si se trata de predicar con el ejemplo, nadie puede discutir la fuerza moral de la SER para hacer valer los derechos de la reumatología en el ámbito de Bruselas. La SER ha auspiciado hasta el momento importantes proyectos de investigación, algunos con subvenciones públicas y la mayoría con aportaciones de la industria farmacéutica.

En estos proyectos se contiene la mayor parte de la información disponible sobre enfermedades reumáticas en nuestro país. Todos estos estudios, EPISER, EMECAR, EmAR, PROAR... algunos finalizados, y otros todavía en curso, señalan que las enfermedades musculoesqueléticas o reumáticas, son una causa muy prevalente de morbilidad, y ejercen una influencia sustancial sobre la salud y la calidad de vida, al tiempo que suponen una enorme carga financiera para los sistemas de salud.

Confiemos en que estos datos constatados y la presión de las asociaciones de pacientes a través de EULAR consigan que los políticos europeos recolecten las enfermedades reumáticas en el puesto que merecen a efectos de apoyo social y financiero.

Es inadmisibile que las enfermedades reumatológicas sean consideradas "ciudadanos" de segunda clase en el contexto europeo

marzo-abril 2004
N° 4 · AÑO 2

Entrevista
Dr. J. Rotés-Querol
"Estamos cansados
de explicar al
paciente que el
'reuma' no existe"

Alianza contra
la Artritis
Los políticos
europeos parecen
desentenderse de
las enfermedades
reumáticas

La enfermedad
reumática más común

Artrosis

Nuestra Portada

La artrosis es la enfermedad reumática más extendida entre la población. Su huella se refleja cotidiana en las manos de quienes la padecen, deformando la silueta de este poderoso símbolo de identidad y primer pincel de la historia del arte.

Esta temida patología recibe especial atención en el presente número de Los Reumatismos. Junto a las siempre interesantes manifestaciones del profesor Rotés-Querol, la revista resalta asimismo la denuncia de la EULAR contra la pasividad de los ejecutivos europeos frente a las enfermedades reumáticas.

1 Editorial **Reumatología en Europa, una marginación inaceptable** · La SER ha predicado con el ejemplo, con investigación

3 Entrevista **Dr. Jaime Rotés-Querol**
Presidente de Honor de la SER · "Estamos cansados de explicar que el 'reuma' no existe"

9 Reportaje **Artrosis** La enfermedad reumática más común. Mujeres y mayores, los más afectados

13 · Tratamiento de la Artrosis

21 III Simposio de Artritis Reumatoide
Artritis Reumatoide
Su evolución puede modificarse

25 EULAR **Alianza contra la Artritis**
Los políticos europeos parecen desentenderse de los enfermedades reumáticas

29 Bibliografía Comentada **Dres. Rosas e Ivorra**
Periartritis de hombro · Artritis reumatoide · Depresión · Artrosis de cadera · Lupus

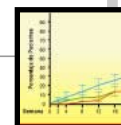
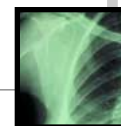
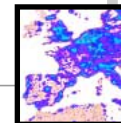
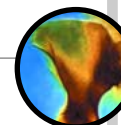
35 Consultorio **Dres. Rosas e Ivorra**
Densitometría · Pseudogota · Espondilitis · Discapacidad · Fármacos biológicos · Calor...

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

40 Noticias **www.registrolesaf.com**
Iniciado el Registro Nacional de Lupus y Síndrome Antifosfolípido Primario · Etanercept más metrotexato

42 Humanidades **Prof. Dr. Castillo-Ojugas**
Un error persistente: ¿Por qué algunos siguen hablando de enfermedad de Bechterew?

46 Recursos de reumatología en Internet
Reum@tismos: Infoartritis · Sociedad Española de la Rodilla · British Society for Rheumatology · Medline PLUS



DR. JAIME ROTÉS-QUEROL
PRESIDENTE DE HONOR DE LA SER

“Estamos cansados de explicar al paciente que el ‘reuma’ no existe”



Texto e imagen Carmen Salvador

EL DR. Jaime Rotés-Querol

Le ha dado su nombre a una enfermedad, a la biblioteca virtual de la SER y a varios premios. Ha sido presidente de la Sociedad, creó la Escuela Profesional de Reumatología en la que se han formado alrededor de un centenar de reumatólogos, muchos de ellos ahora jefes de servicio de distintos centros. Es presidente de honor de la SER, sigue moderando mesas redondas, y todavía ve a algunos pacientes. Tiene un marcapasos, nada todos los días más de 30 largos. Le encanta la literatura y el cine (pero escogiendo), tiene 83 años, no utiliza el ordenador y no le gusta Harry Potter.

La reumatología **ha crecido con él.**

"Tengo gota, pero casi ni me entero, porque llevo tratamiento..."

Lo primero que me dice es que no tiene el Bachillerato, "porque a los 15 años me pilló la Guerra Civil. Me enteré de que en Huesca hacían unos exámenes, que con levantar la mano -al modo falangista- ya te aprobaban. Acabé con dolor de hombro, y aprobé, pero llegué a la Universidad virgen, no había hecho gramática, ni matemáticas, y todavía tengo faltas de ortografía".

Está convencido que la "formación de la vida" de aquella época le dio una curiosidad que ha mantenido a lo largo de toda su existencia, en todas las facetas, la misma que le llevó, después de introducirse en la reumatología en Barcelona con el doctor Pedro Pons, a Francia. "Había muchas cosas que aprender, no se sabía nada de las enfermedades reumatológicas, y no había nada con qué tratarlas, el salicato aliviaba y poco más."

Llegó a París con 3.000 pesetas en "un tubo de pasta de dientes, con las que me mantuve varios años" y vivió en la universidad, "rodeado de escritores y pintores. Pasé mucha hambre, pero fue la época más feliz de mi vida".

Lo que iba a ser un verano se convirtió en cerca de 4 años. Su curiosidad le llevó a relacionar la escoliosis con una actitud antiálgica, idea que no pasó inadvertida para el profesor Jaques Forestier, uno de los padres de la Reumatología. "Me llevó a su casa a hacer historias clínicas. Al final de ese verano le convencí para hacer un

libro sobre espondiloartritis y me sacó 400 historias clínicas muy documentadas, con sus correspondientes radiografías, en las que estuvimos trabajando varios años".

En el año 1950 Forestier y Rotés-Querol describen la hiperostosis anquilosante vertebral senil (también llamada enfermedad de Forestier-Rotés-Querol), y postulan que la enfermedad es debida a una osificación del periostio, con afectación predominante del esqueleto axial.

DE PARÍS A UNA BARCELONA "¡TAN PEQUEÑA...!"

Aunque ya tenía ganas de volver a España, reconoce que "fue el día más triste de mi vida. Barcelona me parecía tan pequeña, con sus calles estrechas... Y, además, volvía sin nada, sin medios, sin trabajo, hasta que quedó un servicio libre en el Hospital Clínico. Me instalé de reumatólogo, más tarde se crearon los servicios centrales y conseguí la plaza... Había publicado mucho y había hecho la tesis doctoral sobre brucelosis".

En Barcelona creó la Escuela Profesional de Reumatología, donde empezó a formar reumatólogos. "La escuela era algo permitido, pero no apoyado". Durante 12 años se formaron en ella muchos de los reumatólogos más conocidos.

Por entonces ya había que luchar contra "el reuma". "Por más que les explicábamos a los pacientes que no existe la enfermedad 'reuma', que hay cerca de 140 entidades diferentes, no había manera. Ya estamos cansados de decirlo."

PIONERO EN DESCRIBIR EL SÍNDROME DE LAXITUD ARTICULAR

Ya en España su curiosidad siguió marcándole el camino. "Yo quería hacer estudios, pero no podía, sólo estaba permitido hacer una radiografía por paciente, así es que me tuve que dedicar a cosas tontas. Descubrí que estirando la falange del dedo pulgar, podía ver si había una laxitud articular".

La laxitud articular es una alteración que se caracteriza por una mayor distensibilidad de las articulaciones en los movimientos pasivos, junto a una movilidad aumentada de los activos. El doctor Rotés-Querol y Argany describieron en 1957 que se observa en pacientes con diferentes problemas ortopédicos y reumatológicos, como pies planos, escoliosis. También se observó que las mujeres eran más laxas que los hombres, y que la laxitud articular disminuía con la edad.

Los primeros criterios clínicos de este síndrome fueron publicados 10 años antes de que Carter y Wilkinson lo describieran como el "síndrome de hiper movilidad", aunque más tarde volvió a recobrar el nombre primitivo.

También fue en cierta forma pionero del tratamiento de la fibromialgia ("en aquella época la llamábamos reumatismo psicógeno"), y publicó un libro sobre su tratamiento, "que coincide con los tratamientos que se están aplicando en la actualidad, pero sabíamos tan poco en aquellos años que no le dimos importancia".

"No hay nada que supere la sensación de poder ayudar a un paciente"

"¡Caray con la genética!, muchos me la explican, pero me doy cuenta de que **tampoco la entienden**"

UN PROGRESO EXTRAORDINARIO

Su más de medio siglo en la reumatología le permite tener una gran visión de la especialidad. "Se ha producido un progreso extraordinario, no sólo en el conocimiento de las enfermedades, sino también en los tratamientos. La gota, por ejemplo, durante muchos años fue un azote entre la

población, la literatura inglesa está llena de personajes gotosos y, ahora, prácticamente no se habla de ella. Yo tengo gota, pero casi ni me acuerdo, porque llevo tratamiento".

Los manuales, los libros de reumatología, "eran libritos muy delgados, y ahora, ¡fíjate!. Comenzamos hablando de entidades clínico-radiológicas, para pasar a la biología molecular, que a los de mi generación nos cuesta incluso aprender el lenguaje, por no hablar de la genética. ¡Caray con la genética!, yo no entiendo casi nada, muchos me la explican, pero me doy cuenta de que tampoco la entienden".

Piensa que en Cataluña la medi-

cina es más pragmática. "En Madrid les gusta hablar de cosas que no entienden, hablan llenándose la boca de genética, pero viste mucho."

"NO TENGO ORDENADOR"

Sigue escribiendo a mano: "no tengo ordenador, sé que es una laguna tremenda, que me cambiaría la vida, pero es que no estoy hecho para estos aparatos con tantos botones. El móvil, por ejemplo, sólo lo utilizo cuando salgo de viaje y lo único que sé es recibir y llamar".

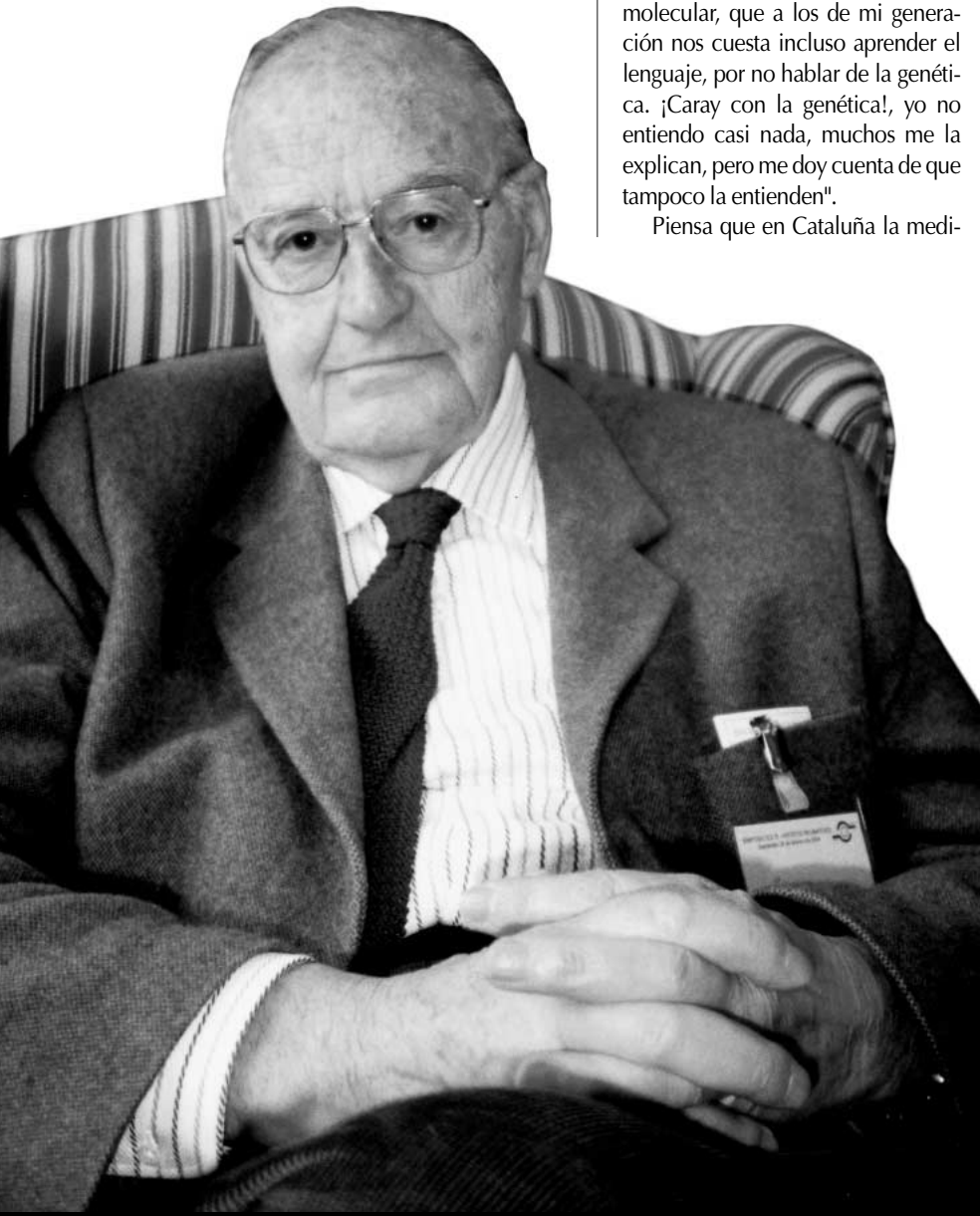
Lleva un marcapasos, que ya le han cambiado una vez, y nada todos los días más de 30 largos; le gusta el teatro y el cine, "el que menos el americano", y le encanta la buena literatura, sobre todo los clásicos rusos. "¿Que si he leído Harry Potter?, pues sí, porque me lo dejó mi nieta, pero me parece el prototipo de la estupidez actual."

VOLVERÍA A SER REUMATÓLOGO

Confiesa que volvería a ser reumatólogo, "pero me decidiría por la investigación clínica; todavía hay mucho en que trabajar, aunque ahora es una maravilla todo lo que se puede hacer".

-Cuando estuvo en París, ¿no tuvo la tentación de dedicarse a la pintura o a escribir?

-Creo que me hubiera gustado pintar en aquella época, pero la sensación de poder ayudar a un enfermo no hay nada que la supere, te da un conocimiento muy grande sobre el alma humana, sobre el mundo.



Mujeres y mayores, los más afectados

Artrosis

la enfermedad reumática más común

Texto Carmen Salvador · Imagen: GPG

Producida por una alteración del cartílago, la artrosis constituye el trastorno más frecuente de las enfermedades reumáticas; la prevalencia en nuestro país oscila del 24 al 43% según los trabajos. Los síntomas de dolor intermitente van asociados a una atrofia muscular que afecta a la calidad de vida del paciente y reduce su vida laboral.

La artrosis puede aparecer en cualquier articulación del organismo, pero generalmente afecta a las de los dedos de las manos, las del pulgar, las rodillas, las caderas, el primer dedo del pie y la columna cervical y lumbar. La artrosis de otras articulaciones, como los hombros, los codos o las muñecas es poco frecuente, y cuando aparece, es consecuencia de un traumatismo, otra enfermedad articular anterior o por un uso indebido de la misma.

Un estudio realizado en el 2001 por el doctor Jesús Tornero, del Hospital General de Guadalajara, sobre el absentismo laboral por enfermedad en esta provincia durante los últimos diez años, asegura que las enfermedades reumáticas constituyen la primera causa de invalidez permanente y la tercera de incapacidad laboral transitoria. "El 50% de las bajas por invalidez permanente originadas por enfermedades reumáticas corresponden a pacientes con artrosis. Además la duración de las bajas laborales provocadas por las enfermedades reumáticas es superior a las producidas por otras patologías, con una media de 49 días por proceso".

Según este estudio, cuyos datos son extrapolables al resto de España, el coste económico asociado a la artrosis representa una tercera parte de los gastos generales provocados por las bajas de invalidez permanente registradas en nuestro país.

La artrosis es responsable de la mitad de las bajas por invalidez permanente originadas por las enfermedades reumáticas

¿QUÉ OCURRE EN LA ARTROSIS?

Una articulación normal consiste en la unión de dos extremos de hueso; cada extremo está recubierto de cartílago; éste es de un tejido firme, pero elástico, lo que permite que el contacto entre los dos huesos durante el movimiento, sea suave y absorba los golpes que sufre la articulación sin que afecte los huesos. En el espacio entre los dos cartílagos hay un líquido viscoso (líquido sinovial), encargado de lubricar la articulación y alimentar el cartílago.

La articulación se mantiene en su sitio gracias a ligamentos, tendones y músculos que impiden la separación de los dos extremos

Además del tratamiento farmacológico, la terapia física alivia el dolor y la contracción muscular y mantiene y recupera el movimiento articular

óseos y permiten el movimiento sólo en las direcciones correctas.

Hasta aquí una articulación normal, pero cuando hay una alteración en el cartílago, se hace más blando, pierde su elasticidad, se desgasta y puede llegar a desaparecer; entonces los extremos de los huesos contactan directamente.

Cuando el cartílago se va perdiendo, el hueso reacciona y crece por los lados, deformando la articulación (nódulos de Heberden, de Bouchard en las manos). La membrana sinovial se engrosa y produce un líquido sinovial menos viscoso y más abundante que lubrica menos. También intenta eliminar los fragmentos de cartílago que se han soltado y que flotan libres en la cavidad entre las articulaciones. Estos fragmentos originan una inflamación de la membrana y la producción de sustancias que al pasar a la cavidad articular aceleran la destrucción del cartílago.

Los primeros cambios se producen sin que el paciente note ningún síntoma, ya que el cartílago no tiene capacidad para producir dolor. En esta fase el cartílago todavía puede recuperarse y la enfermedad es potencialmente reversible. Cuando el cartílago desaparece totalmente la

enfermedad es muy severa y el proceso es ya irreversible.

ARTROSIS SEGÚN LA LOCALIZACIÓN

Manos. Si aparece en la parte final del dedo, se llama "nódulos de Heberden", y si aparecen en la mitad, "nódulos de Bouchard" (pequeños bultos duros). Son más frecuentes en mujeres y hay una gran tendencia a padecerla varios miembros de la misma familia. Aparecen primero en una articulación y progresivamente se van extendiendo a las demás de manera bilateral. Los pacientes notan dolor e inflamación que va siendo menor a medida que van apareciendo pequeños bultos duros. Cuando la deformación se completa, suelen desaparecer todas las molestias. Generalmente sólo crea un problema estético.

Cuando la artrosis se establece en la base del pulgar (muy frecuente en las mujeres), puede dificultar el uso normal de la mano, sobre todo en los movimientos a presión.

Según el estudio EPISER, la pre-

valencia estimada de artrosis sintomática de manos en la población adulta española es del 6,2%.

Cadera. Aparece dolor en la ingle y en la región interna del muslo, que aumenta con la carga y mejora en reposo. A veces el dolor puede sentirse en la rodilla o en la zona lumbar. Si la artrosis es importante, puede haber dolor nocturno o dificultad para flexionar la pierna para abrocharse los zapatos, imposibilidad o dificultad de cruzar una pierna sobre otra.

La exploración muestra una disminución de los movimientos, que al principio son más marcados a la rotación interna y extensión. Su evolución es muy variable con casos estables durante años y otros que requieren cirugía rápidamente.

Datos básicos sobre la Artrosis

Prevalencia

Entre los 25 y los 35 años: 0,1%
Entre los 35 y los 65 años: 30%
Mayores de 80 años: 80%

Clasificación

Idiopática

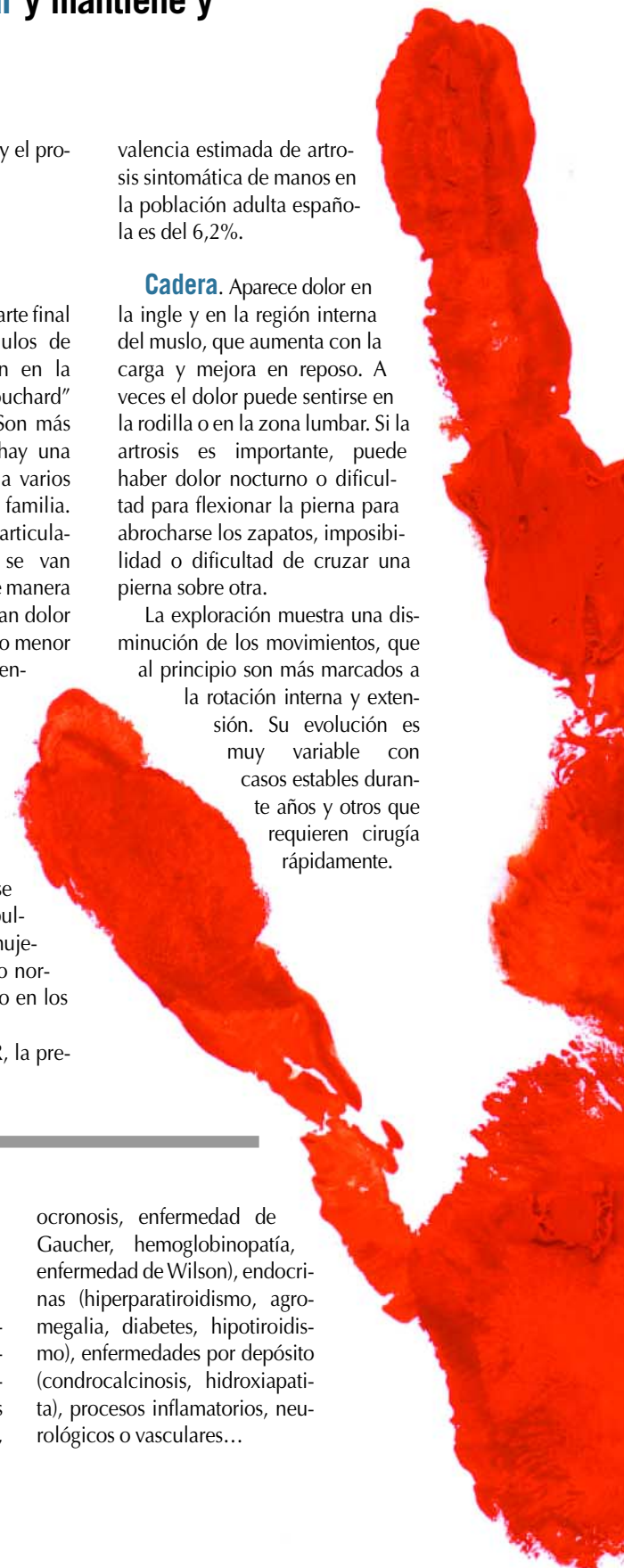
(ausencia de factores determinantes conocidos), localizada

en manos, pies, rodillas, cadera, columna y otras articulaciones

Secundaria

(factores responsables), traumatismos, enfermedades congénitas (Legg-Calve, Perthes, displasias óseas...) enfermedades metabólicas (hemocromatosis,

oocronosis, enfermedad de Gaucher, hemoglobinopatía, enfermedad de Wilson), endocrinas (hiperparatiroidismo, agromegalia, diabetes, hipotiroidismo), enfermedades por depósito (condrocalcinosis, hidroxiapatita), procesos inflamatorios, neurológicos o vasculares...



La duración de las bajas laborales provocadas por estas enfermedades es superior a las producidas por otras patologías, con una media de 49 días por proceso

Rodilla. Tiene una prevalencia, según el estudio EPISER, del 10,2% y los determinantes más importantes son la edad, el sexo femenino y la obesidad. Produce dolor en la parte anterior o interna de la rodilla que predomina al subir y

bajar las escaleras. Puede acompañarse de chasquidos durante la marcha y, si es severa, provoca cojera.

Con el tiempo aparece atrofia muscular secundaria a la falta de uso. La pérdida exagerada del cartílago en los compartimentos mediales o laterales conduce a un genu varo o valgo secundarios.

LOS MÁS AFECTADOS

En los pequeños empresarios del comercio, turismo, hostelería y en los trabajadores del servicio doméstico, la causa más frecuente de incapacidad laboral temporal es la artrosis periférica, que afecta a las manos, rodilla y cadera, y el trastorno funcional de la rodilla.

La actividad física pueden conducir a lesiones focales y podría aumentar la artrosis como ocurre con los deportistas de alta competición. Tal es el caso de los bailarines. También se ha relacionado el desarrollo de artrosis con ciertas profesiones que requieren una función continuada, y durante largos períodos de tiempo, de algunas regiones anatómicas, como es la artrosis lumbar y de rodillas en mineros; la artrosis de codo y muñeca en los trabajadores de martillo neumático, o la artrosis de cadera en los agricultores.

Factores de riesgo

- Edad avanzada, sexo femenino, antecedentes familiares, obesidad (en el caso de artrosis de rodilla)
- Actividad deportiva y laboral, menopausia, displasias
- Inestabilidad articular, secuelas quirúrgicas...

○ Las condiciones climáticas no influyen en la prevalencia de la artrosis

Síntomas

Dolor (el más importante), rigidez, impotencia funcional, crujidos, deformidades...



FRANCISCO J. BLANCO
COORDINADOR DEL COMITÉ DE ASUNTOS CIENTÍFICOS DE LA SER
HOSPITAL UNIVERSITARIO JUAN CANALEJO

Tratamiento de la artrosis

La terapia debe ser individualizada y ajustarse a la articulación afectada. Los objetivos del tratamiento son controlar el dolor, mantener la funcionalidad de la articulación y reducir la progresión de la enfermedad.



El tratamiento de la artrosis debe ser individualizado y ajustarse a la articulación afectada. Los objetivos del tratamiento de la artrosis son: 1) Controlar la sintomatología, es decir el dolor. 2) Mantener la funcionalidad de la articulación. 3) Reducir al máximo la progresión de la artrosis.

De acuerdo a estos objetivos, el tratamiento de la artrosis se puede clasificar en dos grandes grupos terapéuticos. 1) Tratamientos modificadores del síntoma: son aquellas opciones terapéuticas (farmacológicas o no) que reducen la sintomatología (el dolor) del paciente con artrosis. 2) Tratamientos modificadores de estructura: son aquellas opciones terapéuticas capaces de reducir, frenar o revertir la destrucción del cartílago articular.

Los recientes avances en la etiopatogenia de la artrosis han conseguido que el tratamiento evolucione y sufra importantes cambios. Actualmente contamos con el siguiente arsenal terapéutico que se describe a continuación.

1 Tratamiento no farmacológico:

Existen una serie de normas que el paciente con OA (osteoartritis) debe conocer. En primer lugar, se le debe explicar la naturaleza de la enfermedad y suscitar en él actitudes positivas. El paciente debe saber que sólo excepcionalmente es invalidante y que aunque no existe un tratamiento curativo, sí contamos con diferentes técnicas y fármacos capaces de asegurarle una vida confortable. Se le debe explicar cuáles son los factores de riesgo que influyen en la presencia y progresión de la artrosis haciendo especial énfasis sobre los que son susceptibles de modificarse.

Es aconsejable enseñarle medidas encaminadas a **reducir la**

carga que soportan las articulaciones. Se ha demostrado que la disminución del peso en pacientes obesos reduce la sintomatología y retarda la destrucción progresiva del cartílago articular. El uso del bastón puede, asimismo, ayudar a mitigar el dolor y permitir al paciente una vida más activa, reduciendo también el riesgo de caídas. Someter a la rodilla a frecuentes flexiones en carga es otro factor de riesgo para la aparición y progresión de la OA de rodilla.

El ejercicio aeróbico juega un importante papel en la protección de la articulación porque incrementa la fuerza muscular y mejora el flujo sanguíneo en la articulación, la nutrición del cartílago y el rango de movilidad articular. Por este motivo fortalecer la musculatura próxima a la articulación (el cuádriceps en la rodilla o abductores o extensores en la cadera) con ejercicios isométricos es también beneficioso. El empleo de calzado adecuado puede ayudar a mitigar el dolor de las articulaciones de las extremidades inferiores. En ocasiones se puede aprovechar para corregir alteraciones de la alineación (genu varum o valgum) incorporando al calzado unas sencillas cuñas laterales.

El calor y el frío aplicados de diferente forma (diatermia, ultrasonidos, infrarrojos, baños de parafina, almohadillas eléctricas, etc) pueden ser útiles para aliviar el dolor ocasionado por la artrosis.

2 Tratamiento farmacológico:

Al igual que hemos mencionado anteriormente al hablar de la terapia de la OA en general, el tratamiento farmacológico de la OA se divide en 2 grupos. 1) Fármacos modificadores de síntomas: son los fármacos dirigidos a controlar el dolor. 2) Fármacos modificadores

La disminución del peso en pacientes obesos reduce la sintomatología y retarda la destrucción progresiva del cartílago articular

de estructura: son los fármacos dirigidos a preservar el cartílago articular y frenar la evolución de la enfermedad.

2.1. Fármacos modificadores de los síntomas:

En este grupo se incluyen los fármacos modificadores de síntomas de acción rápida como los analgésicos y los AINES; y fármacos modificadores de síntomas de acción lenta, los llamados SYSADOA (Symtomatic Slow Action Drugs for OA).



El empleo de **calzado adecuado** puede ayudar a mitigar el dolor de las articulaciones de las extremidades inferiores

2.1.1 Analgésicos: Si para controlar el dolor es necesario la utilización de fármacos, la gran mayoría de las guías terapéuticas de la artrosis recomiendan administrar en primer lugar el paracetamol a dosis de 2-4 gramos/día. Los analgésicos opiáceos débiles (tramadol, codeína y dextopropoxifeno) están demostrando cada día, a través de los ensayos clínicos, que son fármacos eficaces y seguros en el paciente artrósico.

Se pueden utilizar solos o asociados al paracetamol.

Cuando el dolor es resistente a todo el arsenal terapéutico, se puede recomendar la utilización de analgésicos opioides mayores como el fentanilo.

2.1.2. Anti-inflamatorios no esteroideos: Un porcentaje de pacientes no responden al tratamiento no farmacológico y a los analgésicos (paracetamol u opioides débiles).

No existe ningún fármaco aprobado en España con la indicación de fármaco modificador de la estructura para la artrosis

En estos pacientes se recomienda iniciar tratamiento con AINES. La administración de AINES está indicada desde el inicio si existen datos de inflamación articular (principalmente derrame sinovial). Si el paciente presenta riesgo elevado de gastropatía asociada a AINES, se debe realizar profilaxis con misoprostol o con inhibidores de la bomba de protones.

Recientemente se ha descubierto un grupo nuevo de AINES que inhiben de forma selectiva la enzima COX-2 (el celecoxib y el rofecoxib). Estos fármacos han demostrado

ser igual de eficaces que los AINES clásicos, con similares efectos secundarios, excepto los gastrointestinales que son claramente inferiores. Se recomienda utilizarlos en los pacientes con alto riesgo de toxicidad gastrointestinal.

2.1.3 Fármacos modificadores de síntomas de acción lenta (SYSADOA): Este grupo se caracteriza porque su efecto se inicia después de 2-3 semanas de tratamiento, y persiste de 2 a 6 meses después de cesar su administración (efecto remanente). Forman parte de este grupo terapéutico el ácido hialurónico, el condroitín sulfato, la diacereína y el sulfato de glucosamina. Todos ellos cuentan con suficiente evidencia científica que demuestra su eficacia para controlar el dolor de la artrosis, principalmente en la artrosis de rodilla.

2.2 Fármacos modificadores de estructura (DMOAD): También llamados DMOAD (Disease Modifying OA Drugs). Son aquellos capaces de reducir, frenar o revertir la destrucción del cartílago articular. En modelos in vitro o en modelos animales, el ácido hialurónico, el condroitín sulfato, la diacereína y el sulfato de glucosamina han demostrado preservar la destrucción del cartílago. Existen resultados en ensayos clínicos que sugieren que el SG, el AH y el CS podría frenar la destrucción del cartílago articular en la artrosis de rodilla. Asimismo existen evidencias científicas de que la diacereína podría frenar la destrucción del cartílago en la artrosis de cadera. Sin embargo, actualmente no existe ningún fármaco aprobado en España con la indicación de fármaco modificador de la estructura para la artrosis. Necesitamos más estudios para confirmar realmente la utilidad de estos fármacos, para frenar la progresión de la artrosis, en la práctica clínica habitual.

III Simposio de Artritis Reumatoide

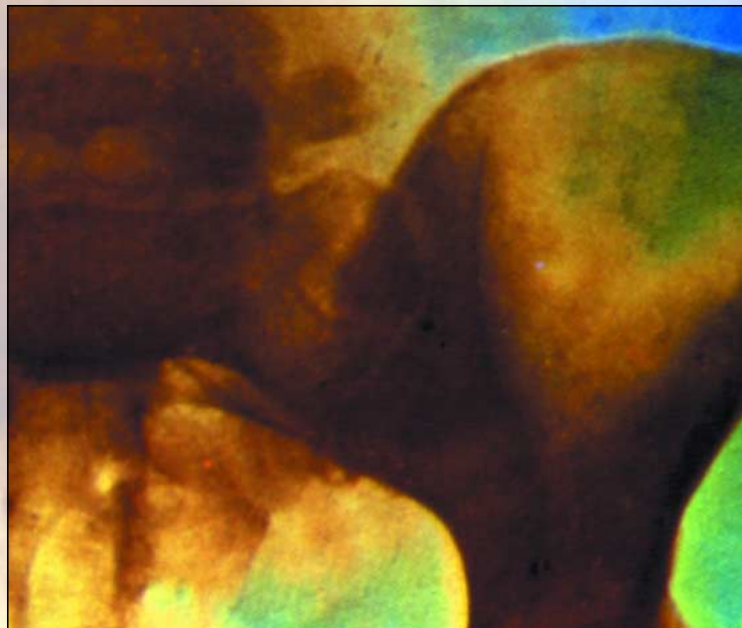
La evolución de la Artritis Reumatoide puede modificarse

El tratamiento adecuado al inicio de la enfermedad evita la discapacidad

Texto Carmen Salvador

La artritis reumatoide es una enfermedad que no tiene tratamiento curativo, pero los tratamientos de que disponemos garantizan la evolución de la enfermedad y evitan el deterioro progresivo de los pacientes. Sabemos que a los 10 años de empezada la enfermedad, un porcentaje bajo de estos pacientes va a poder continuar trabajando, el resto va a tener una discapacidad e incapacidad para atender sus obligaciones laborales y familiares. Sin embargo, ese futuro es hoy modificable", señalaba el doctor Jordi Carbonell, presidente de la Sociedad Española de Reumatología, SER, con motivo del III Simposio de Artritis Reumatoide celebrado en Santander y que reunió a más de 300 especialistas.

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica que produce una hinchazón de las articulaciones, originando dolor, deformidad y dificultad de movimiento de las zonas afectadas y que incluso puede, en edades avanzadas, dañar otras partes del organismo, como los ojos, el corazón o los pulmones. Todas las personas, independientemente



A los 10 años de evolución sólo un porcentaje pequeño de pacientes continúa su actividad laboral

de la edad o sexo, pueden padecer esta enfermedad, aunque la incidencia es mayor en mujeres, con una proporción de 3 a 1, entre los 30 y los 50 años.

En su forma severa la artritis reumatoide disminuye la esperanza de vida entre cinco y diez años, y se estima que 16 millones y medio de personas en el mundo -entre el 0,5 y el 1% de la población- sufren la

enfermedad en alguna de sus manifestaciones. Se calcula que en nuestro país la padecen 200.000 y 400.000 personas, y cada año aparecen 20.000 nuevos casos.

ALTERAR EL CURSO DE LA ENFERMEDAD

"Ahora estamos en condiciones de alterar de forma significativa el curso natural de la enfermedad y es nuestra obligación que nuestros pacientes se beneficien de todo ello. El diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado, tanto con los fármacos convencionales, como con los nuevos fármacos biológicos, mejoran de forma significativa el pronóstico de estos pacientes y ayudan a detener la progresión de la enfermedad de forma mucho más eficaz. Es algo que tiene que calar muy hondo tanto entre los médicos de atención primaria como entre los especialistas".

Según señala el presidente de la SER, "es importante que ante la sospecha de artritis reumatoide el paciente tenga la posibilidad de llegar de forma rápida a un médico capaz de diagnosticarla y tratarla de forma adecuada. Los reumatólogos somos conscientes de la necesidad de tratar la enfermedad de forma precoz con los tratamientos adecuados, porque va a significar una diferencia tremenda para el paciente, la discapacidad o no a los pocos años".

"Se puede conseguir que la enfermedad cese por completo en un porcentaje importante de pacientes con los tratamientos de que disponemos. Cabe la posibilidad de que en algunos casos nos estemos quedando por debajo del tratamiento necesario, simplemente porque las medidas de evaluación de que disponemos no permiten, por ahora, distinguir ausencia total de inflamación de una ligera inflamación, o de ausencia total de progreso de la enfermedad, de un progreso mínimo", señala el doctor

Eliseo Pascual, del Hospital General Universitario de Alicante. "Será necesario desarrollar técnicas que nos permitan evaluar los resultados desde el punto de vista del paciente, si ha mejorado su actividad, si aún tiene restricciones... y de esta forma podamos decirle, con más seguridad, qué resultados esperamos del tratamiento".

El tratamiento farmacológico clásico sólo representa menos del 10% del coste total. Los mayores costes de la enfermedad vienen representados por la hospitalización, cirugía, pérdida de productividad e incapacidad laboral

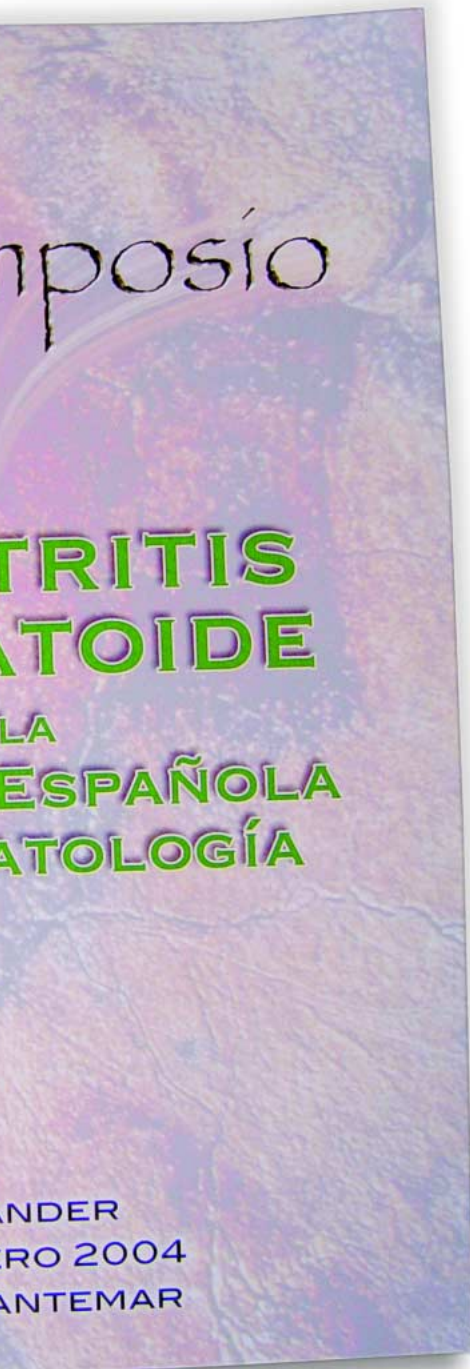


Dr. Vicente Rodríguez Valverde

INDICACIONES DE LOS ANTAGONISTAS DEL TNF

Según el profesor Vicente Rodríguez-Valverde, jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Marqués de Valdecilla, de Santander, "en todo paciente con artritis reumatoide se debe iniciar cuanto





antes el tratamiento con los llamados fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME). La diferencia fundamental es que en las fases iniciales la enfermedad responde mejor que en fases más tardías. El objetivo fundamental para continuar con un tratamiento o cambiar a otro, es haber conseguido o no una mejo-

Los análisis disponibles hasta ahora, incluyendo los antagonistas del TNF, demuestran que todos los tratamientos de la artritis reumatoide son coste-efectivos



Dr. Manuel Figueroa Pedrosa

ría suficiente de la enfermedad. A todo paciente que no haya alcanzado el objetivo terapéutico, según criterios establecido por la SER, "se le debe modificar el tratamiento,

El grado de información de los pacientes sobre su enfermedad es bastante limitado

bien cambiando a un nuevo FAME o bien añadiendo otro u otros FAME. Esta terapia combinada muchas veces es más eficaz y sin más efectos secundarios".

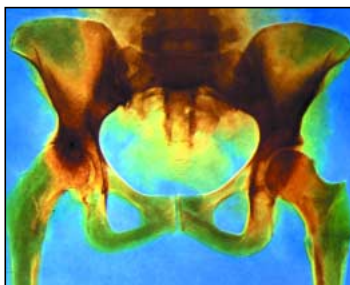
Cuando no se consigue el objetivo terapéutico tras el tratamiento correcto con al menos dos de los FAME "que la SER ha considerado como más relevantes (metotrexato, sulfasalazina y leflunomida), en monoterapia o en combinación, es cuando está indicado el tratamiento biológico, fundamentalmente con los llamados antagonistas del factor de necrosis tumoral (TNF)

En cuanto a los efectos secundarios, señala este especialista, aunque diferentes para los distintos agentes, FAME y antagonistas del TNF, "en conjunto son tratamientos seguros cuando se está familiarizado con ellos y con los aspectos que hay que vigilar con cada agente en concreto. Por tanto, salvo circunstancias muy especiales, la toxicidad no es un factor limitante en el tratamiento de la artritis reumatoide".

INERCIA TERAPÉUTICA Y PACIENTES POCO INFORMADOS

La artritis reumatoide debe resolver todavía dos cuestiones importantes: el paciente poco informado de su enfermedad y la inercia clínica, que consiste en no cambiar el tratamiento cuando está indicado por el estado del paciente. "Este es un problema, del que muchas veces no se es consciente -señala el profesor Rodríguez-Valverde- y que se ha identificado recientemente como una de las causas más frecuentes de tratamiento insuficiente en otras enfermedades crónicas, como la hipertensión arterial, diabetes mellitus y que indudablemente ocurre también en la artritis reumatoide."

En cuanto al grado de información de los pacientes sobre su enfermedad es bastante limitado, aunque la situación está cambiando: "El paciente con artritis reuma-



Según el consenso de la SER, antes de utilizar agentes biológicos es necesario probar al menos con dos FAME convencionales, uno de ellos metrotexato, en monoterapia o terapia combinada

toide tiene un gran desconocimiento de las posibilidades terapéuticas existentes y muchos creen que tienen 'reuma' y muy pocos tratamientos, cuando la situación actual es totalmente diferente."

CONSENSO DE LA SER SOBRE TERAPIA BIOLÓGICA

En el Simposio se presentó la actualización del consenso de la SER sobre la terapia biológica en la artritis reumatoide. "Son varios los estudios que demuestran que el tratamiento de la enfermedad en fase temprana con antagonistas del TNF es altamente eficaz, tanto clínicamente como en la detención o prevención del daño estructural", señala el doctor Manuel Figueroa Pedrosa, del Servicio de Reumatología del Hospital de Donostia. "La artritis reumatoide es una enfermedad grave, pero tratable con buenos resultados -añade-. Los resultados se evaluarán periódicamente, y si no se alcanza el objetivo terapéutico, es obligatorio cambiar el tratamiento".

Según el consenso de la SER, antes de utilizar agentes biológicos es necesario probar al menos con dos FAME convencionales, uno de ellos metrotexato, en monoterapia o terapia combinada.

En cuanto a los anti-TNF (infliximab, etanercept, adalimumab), hay pacientes que no responden a uno de ellos, "pero pueden hacerlo a otro, y cualquiera de ellos son más eficaces asociados a metrotexato".

Al arsenal terapéutico de la artritis reumatoide se ha incorporado recientemente un antagonista del receptor de la interleucina-1, anakinra, con distinto perfil de seguridad, "indicado en pacientes con artritis reumatoide en los que está contraindicado el uso de antagonistas del TNF

(insuficiencia cardiaca y enfermedad desmielinizante). Su uso también podría considerarse en pacientes refractarios a estos fármacos".

COSTES INDIRECTOS MUY ELEVADOS

Según los especialistas, el tratamiento correcto con FAME es eficaz en una proporción importante de pacientes, "y sólo entre el 15-25% se considera, con los criterios actuales, que debe recibir tratamiento con antagonistas del TNF, que son los agentes más caros", señala el profesor Vicente Rodríguez-Valverde.

"De todas formas -añade- hay que tener en cuenta que los costes totales de la artritis reumatoide son muy elevados. En un estudio realizado recientemente el Hospital Clínico de San Carlos (equipo del doctor Jover), se ha estimado que el coste medio anual por paciente es algo superior a los 11.000 dólares (USA) anuales, y que de ellos el tratamiento farmacológico clásico solo representa menos del 10% del coste total".

Los mayores costes de la enfermedad vienen representados por la hospitalización, cirugía (prótesis articulares) y muy especialmente por la discapacidad funcional, que condiciona unos costes indirectos muy elevados, como consecuencia de la pérdida de productividad y pensiones por incapacidad laboral. "En este sentido, y de los estudios hasta ahora realizados en diversos países, incluso el elevado coste de los tratamientos con antagonistas del TNF se puede ver compensado por ahorro en costes indirectos, y los análisis disponibles hasta ahora, incluyendo los antagonistas del TNF, demuestran que todos los tratamientos de la artritis reumatoide son coste-efectivos."

DENUNCIA LA ALIANZA CONTRA LA ARTRITIS:

Los políticos europeos parecen desentenderse de las enfermedades reumáticas

Los políticos de la Unión Europea parecen desentenderse del problema que supone el conjunto de las enfermedades reumáticas. Así acaba de denunciarlo la Liga Europea Contra el Reumatismo

(EULAR), que bajo el lema "Alianza Contra la Artritis" ha presentado una ofensiva de las asociaciones de pacientes de todo el continente europeo, incluyendo a Rusia y los Países Bálticos.

El objetivo es mejorar las perspectivas de los pacientes con artritis mediante el aumento de los recursos europeos de investigación en reumatología y la mejora de la legislación sobre incapacidad. Nuestro país se ha unido a esta iniciativa a través de la Sociedad Española de Reumatología (SER) y de la Liga Reumatológica Española (LIRE).

EULAR subraya que la Comisión Europea no ha aceptado las enfermedades reumáticas como un objetivo principal de la investigación sanitaria en ninguno de sus programas. Por ejemplo, el 6º EU-Research Framework Programme ofrece secciones especiales para combatir los trastornos neurológicos, la diabetes y el cáncer, pero las afecciones reumatológicas no están consideradas como "enfermedades principales" por las autoridades europeas. Comparada con las actividades y recursos en Esta-

dos Unidos, la situación en Europa constituye un auténtico problema.

Las enfermedades reumáticas afectan en Europa a más población que ningún otro grupo de trastornos. El 80% de la población europea sufre en algún momento de su vida problemas de dolor lumbar. Más del 50% acusan alguna enfermedad reumática aguda o crónica. Esto se traduce en el terreno económico en un promedio extremadamente elevado de días de absentismo laboral. El 50-60% de los pacientes europeos se ven obligados a permanecer al margen de la vida laboral durante un promedio de 10 años.

"A pesar de importantes avances en algunas áreas, se necesita más investigación acerca de las causas y patogénesis de la mayoría de los reumatismos, se precisan nuevas herramientas de diagnóstico temprano, así como nuevos y mejores tratamientos", ha señalado Josef S. Smolen, presidente de EULAR.

El 80% de la población europea sufre en algún momento problemas de dolor lumbar y más del 50% alguna enfermedad reumática



ENFERMEDADES TRATABLES Y PREVENIBLES

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica que produce una hinchazón de las articulaciones, originando dolor, deformidad y dificultad de movimiento de las zonas afectadas y que incluso puede, en edades avanzadas, dañar otras partes del organismo, como los ojos, el corazón o los pulmones. Todas las personas, independientemente de la edad o sexo, pueden padecer esta enfermedad, aunque la incidencia es mayor en mujeres, con una proporción de 3 a 1, y a edades comprendidas entre los 30 y los 50 años.

En su forma severa, la artritis reumatoide disminuye la esperanza de vida entre cinco y diez años, y se estima que 16 millones y medio de personas en el mundo -entre el 0,5 y el 1% de la población- sufren la enfermedad en alguna de sus manifestaciones. Se calcula que en nuestro país la padecen entre 200.000 y 400.000 personas, y cada año aparecen 20.000 nuevos casos.

"La mayoría de las enfermedades reumáticas son tratables y prevenibles, y es necesario hacer un esfuerzo para aumentar los fondos para investigación biomédica, que mejore su conocimiento y repercuta de forma efectiva en el mejor cuidado de estos pacientes", ha señalado el reumatólogo Jordi Carbonell, presidente de la SER. También la LIRE ha solicitado "una mayor dotación económica para la investigación, una dotación tecnológica apropiada para facilitar el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad, así como el acceso a los servicios de rehabilitación", según su presidente, el reumatólogo Javier Paulino.

PROYECTOS DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

La SER ha auspiciado varios proyectos de investigación, algunos

con subvenciones públicas y la mayoría con aportaciones de la industria farmacéutica, que constituyen la mayor parte de la información disponible sobre enfermedades reumáticas en nuestro país. Todos estos estudios, EPISER, EMECAR, EmAR, PROAR... algunos



La Sociedad Española de Reumatología ha auspiciado varios proyectos de investigación que constituyen la mayor parte de la información disponible sobre enfermedades reumáticas en nuestro país

finalizados, y otros todavía en curso, señalan que las enfermedades musculoesqueléticas o reumáticas, son una causa muy prevalente de morbilidad, y ejercen una influencia sustancial sobre la salud y la calidad de vida, al tiempo que suponen una enorme carga financiera para los sistemas de salud.

Estos son algunos de los resultados más significativos:

Según el estudio **EPISER** (encuesta poblacional entre 1998-1999):

■ el 33% de los españoles mayores de 20 años ha acudido en el último año al médico por algún problema de huesos o articulaciones. El

médico con más frecuencia consultado por este problema es el médico general (23%), seguido del traumatólogo (14,5%). Menos de un 3% consulta al reumatólogo por este motivo.

■ El 45% de la población mayor de 20 años ha tenido algún episodio de dolor lumbar en los últimos meses, en casi el 12% de los casos les impidió realizar sus actividades diarias.

■ Casi el 8% de los españoles mayores de 20 años tienen dolor generalizado, que en la mayoría de los casos es de más de 3 meses de duración y que, casi en 1/4 de los casos es considerado de intensidad elevada.

■ Un 2,8% de la población refiere estar en incapacidad laboral temporal o permanente, la cual está causada en el 49% de los casos por un problema reumático.

■ Por este estudio sabemos también que en España existen 200 mil personas con artritis reumatoide, 6 millones con artrosis de rodilla, manos o columna que producen síntomas y más de 700 mil personas con dolor generalizado, entre otras enfermedades.

■ Desafortunadamente, por este estudio sabemos también que el conocimiento de las enfermedades reumáticas y de su prevención en la población general española es escaso.

Estudio EMECAR (1999 en adelante), realizado en pacientes con artritis reumatoide de 34 centros españoles, para ver cuáles son los problemas más frecuente asociados con la enfermedad.

■ Los pacientes con artritis reumatoide en nuestro país tienen, en conjunto, una actividad de la enfermedad y deterioro radiológico moderados, con una marcada incapacidad funcional. De hecho, más del 50% de los pacientes del estudio necesitaban ayuda de otra persona para la mayoría de las

actividades de la vida cotidiana.

■ Por otra parte, más de la tercera parte de los pacientes presentan complicaciones de la enfermedad fuera de la articulaciones, siendo las más frecuentes los nódulos reumatoides y el síndrome de Sjögren secundario (sequedad generalizada).

■ La artritis reumatoide produce incapacidad laboral permanente hasta en un 16% de los casos.

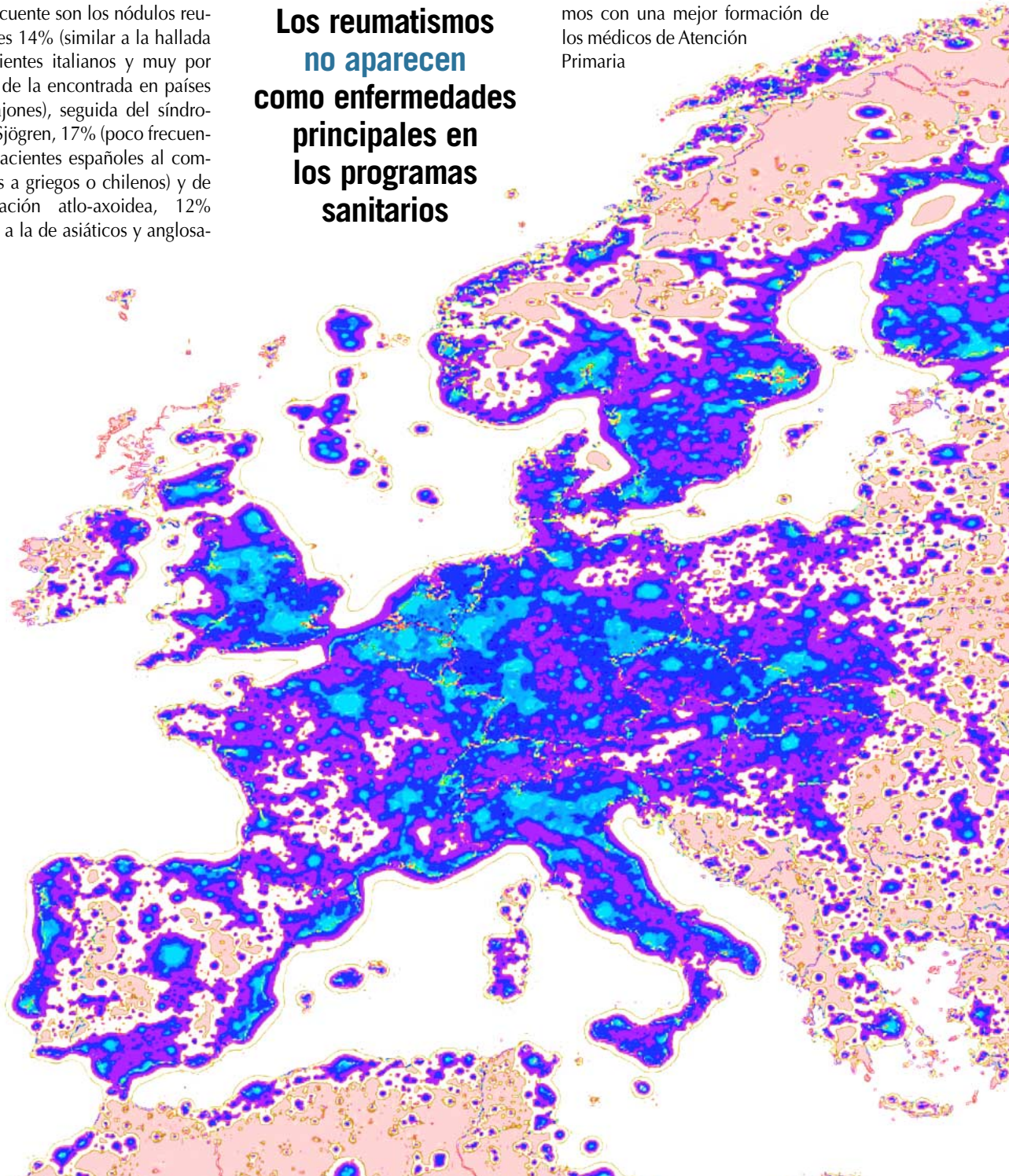
■ Por manifestaciones concretas, la más frecuente son los nódulos reumatoides 14% (similar a la hallada en pacientes italianos y muy por debajo de la encontrada en países anglosajones), seguida del síndrome de Sjögren, 17% (poco frecuente en pacientes españoles al compararlos a griegos o chilenos) y de la luxación atlo-axoidea, 12% (similar a la de asiáticos y anglosajones).

Estudio EmAR (2000-2001), realizado en 46 centros hospitalarios, para conocer cómo son tratados los pacientes con artritis reumatoide:

■ El tiempo que tarda un paciente con artritis reumatoide desde que se inician los síntomas hasta que llega a un Servicio de Reumatología es, en la mitad de los casos, superior a un año, y en un 25% de

los casos puede ser mayor de 3 años y medio. Este tiempo se descompone en 3 intervalos: a) hasta que el paciente decide ir a su médico de Atención Primaria, b) hasta que el médico de Atención Primaria decide remitir al paciente al reumatólogo, y c) la lista de espera del Servicio de Reumatología. El primer intervalo solo se puede mejorar con campañas institucionales de educación sanitaria. Los dos últimos con una mejor formación de los médicos de Atención Primaria

Los reumatismos no aparecen como enfermedades principales en los programas sanitarios





El coste anual de los pacientes

con AR en España puede situarse en torno a los 1.000 millones de euros

para reconocer precozmente la Artritis Reumatoide, y estableciendo vías de derivación de corta espera para estos casos.

■ Algo más de un tercio de las plantillas de Reumatología tienen menos de tres médicos y estos se ubican principalmente en hospitales, no en centros de especialidades.

■ Existe una amplia variabilidad en el empleo de los recursos terapéuticos que se asocia a características del paciente o el tipo de enfermedad, pero también al centro hospitalario, especialidad o características individuales del médico responsable.

Estudio PROAR (2000 en adelante), para conocer cuáles son los factores que determinan un peor pronóstico a largo plazo. Hasta ahora se conoce que:

■ Desde que llegan al reumatólogo, los pacientes con artritis (de reciente comienzo), mejoran claramente los signos de actividad y deterioro de la función física, visibles a los seis meses de seguimiento y mantenidos al

menos hasta los dos años. No obstante, y a pesar de mantener la actividad inflamatoria, parece que la progresión radiológica (y por ende la destrucción articular) no ceden del todo.

Dos tercios de los pacientes no llegan a tener ningún periodo de remisión en dos años de seguimiento. Los factores que predicen una remisión persistente son: a) ser hombre, b) tener el factor reumatoide negativo y, sobre todo c) llevar más tiempo de evolución hasta que se empieza el tratamiento.

ESTUDIO COSTES-CALIDAD DE VIDA ARTRITIS REUMATOIDE (2001-2003)

■ Más de la mitad de los pacientes con artritis reumatoide son población potencialmente activa. A pesar de ello, un 40% perciben subsidios por invalidez y se constatan periodos de pérdida laboral en el 75% de los trabajadores activos en un año.

■ En la mujer el deterioro de la calidad de vida es mayor que en el varón con artritis reumatoide, y está

en relación con la capacidad funcional y con la actividad de la enfermedad.

■ El coste anual de los pacientes con artritis reumatoide en nuestro país, según este estudio, puede estar en torno a los mil millones de euros; el coste directo es responsable del 75% del coste total, siendo los medicamentos su principal componente (50%). Por paciente, el coste oscila entre 119 euros al año gastados en la enfermedad, hasta 29.700 en los casos con mayor limitación funcional.

■ Según este estudio, el deterioro sobre la calidad de vida se detecta ya en los primeros momentos de la aparición de la enfermedad, y tardar más de cinco meses desde que empiezan los síntomas hasta que el paciente es visto por un reumatólogo, empeora el pronóstico.

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



■ PERIARTRITIS DE HOMBRO

■ ARTRITIS REUMATOIDE

■ PROBLEMAS ARTICULARES Y DEPRESIÓN



■ ARTROSIS DE CADERA

■ LUPUS Y ARTERIOESCLEROSIS

PERIARTRITIS

Periartritis de hombro: ¿es mejor la rehabilitación que las infiltraciones?

ENSAYO PRÁCTICO, CONTROLADO, ALEATORIZADO QUE COMPARA EL TRATAMIENTO CON INYECCIÓN DE CORTICOIDES Y FISIOTERAPIA EN EL DOLOR RECIENTE DE HOMBRO UNILATERAL EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

Hay EM, Thomas E, Paterson SM, Dziejic K, Croft PR. (*Ann Rheum Dis* 2003; 62: 394-399).

Aunque se dispone de diversas medidas para tratar la patología periarticular del hombro, escasean los estudios que demuestren su eficacia sobre todo a largo plazo. Las infiltraciones y la fisioterapia son generalmente los dos tratamientos más utilizados. Los autores diseñan el presente estudio para **comparar** la eficacia de estos dos tratamientos en el ámbito de la atención primaria. Para ello seleccionan 207 pacientes con dolor reciente unilateral de hombro, sin molestias en los 12 meses anteriores, a los que previamente se ha descartado patología inflamatoria, dolor irradiado, patología estructural o neurológica del hombro y estructuras adyacentes, o sospecha clínica de rotura de manguito de rotadores. Los pacientes que se incluyeron presentaron dolor en hombro y extremidad superior que se desencadenaba o iniciaba con el movimiento activo o pasivo del brazo. De forma aleato-

ria y ciega para el evaluador se trataron 103 pacientes con fisioterapia y 104 con infiltración de corticoides y un anestésico local.

Los **resultados** a las 6 semanas muestran que el tratamiento con fisioterapia mejora las puntuaciones (media (DE)) en los cuestionarios de discapacidad en 2,56 (5,4) puntos y las infiltraciones con corticoides en 3,03 (6,3) puntos (media de la diferencia = -0,5, intervalo de confianza al 95% (95%-IC): -2,1-1,2). A los 6 meses la mejoría para las técnicas de fisioterapia fue de 5,97(5,4) puntos y para las infiltraciones de 4,55(5,9) puntos (diferencia media = 1,4, 95%-IC: -2,1-1,2). Se consideró que la respuesta al tratamiento había sido satisfactoria cuando la puntuación de discapacidad había disminuido al menos a la mitad. A los 6 meses esta situación se alcanzó en el 60 % de los pacientes tratados mediante fisioterapia y en el 53 % de los que recibieron infiltraciones (diferencia entre ambos tratamientos = 7%, 95%- CI: -6,8%- 20,4 %). Los pacientes tratados con fisioterapia requirieron en menor medida la utilización de otros tratamientos.

Los autores **concluyen** que ambos tratamientos son igual de eficaces para el tratamiento de dolor reciente de hombro unilateral en atención primaria, si bien los pacientes tratados con fisioterapia parece tener cierta ventaja pues necesita menor seguimiento médico de los pacientes.

La evaluación del tratamiento de la patología periarticular del hombro presenta varios problemas. El primero es

el del diagnóstico. Existen varias clasificaciones pero con dificultades de reproducibilidad interobservador. En este estudio se simplifica este aspecto al tratar a cualquier enfermo sin buscar el origen anatómico del dolor. El otro aspecto que explica los diferentes resultados en los trabajos es el de la gran variabilidad en el modo de infiltrar o en la aplicación de las medidas fisioterapéuticas. En el presente estudio los pacientes son infiltrados por su médico habitual y la fisioterapia consistió en 8 sesiones de 20 minutos realizada por 13 fisioterapeutas siguiendo tratamientos consensuados y que dependían de la evolución de los pacientes. Esta aproximación respeta la variabilidad de la práctica clínica habitual y dan mayor valor a los resultados. Éstos muestran como más de la mitad de los pacientes mejoran con ambos tratamientos.

Este trabajo puede no haber valorado adecuadamente la rapidez de la mejoría. Se tiene la impresión de que en



algunos pacientes las infiltraciones pueden ser eficaces en menos de 1 semana y sería un factor determinante para elegir uno u otro tratamiento.

Dr. José Ivorra

ARTRITIS REUMATOIDE

Altas dosis de cafeína pueden interferir en la eficacia del metotrexato en los pacientes con artritis reumatoide.

EFFECTO DEL CONSUMO DE CAFEÍNA SOBRE LA EFICACIA DEL METOTREXATO EN LA ARTRITIS REUMATOIDE.

G Nesher, M Mates, S Kevin. Arthritis Rheum 2003;48:571-572.

Algunos estudios recientes realizados en animales apuntan a que la cafeína puede interferir en los efectos antiinflamatorios del metotrexato (MTX). El objetivo de este estudio ha sido investigar si el consumo de cafeína puede afectar a la eficacia del MTX en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Evaluaron durante 3 meses a 39 pacientes con AR de reciente comienzo en los que se iniciaba tratamiento con MTX, a dosis de 7.5 mg semanales por vía oral, sin añadirse dosis suplementaria de ácido fólico. Se recogió de 3 días diferentes el consumo de cafeína en diferentes productos (café, té, refrescos de cola, chocolate, etc) y se distribuyeron los pacientes en 3 grupos: consumo de cafeína bajo (<120 mg/día), medio (120-180 mg/día) o elevado (>180 mg/día).

Resultados. El grupo de pacientes con consumo elevado de cafeína respecto a los pacientes con bajo consumo, presentaron de forma significativa menor mejoría en algu-

nos parámetros de actividad de la AR evaluados; rigidez matutina ($p<0.02$) y dolor articular ($p<0.01$).

Conclusiones. Los datos de este estudio sugieren que el consumo diario de >180 mg de cafeína interfiere con la eficacia del MTX en pacientes con AR cuando se compara con los pacientes que consumen <120 mg de cafeína diaria.

Por sus implicaciones prácticas de salud en la población, tiene importancia conocer si ciertos hábitos de nuestra sociedad, como el consumo de cafeína entre otros, pueden interferir en la acción de algunos fármacos o aumentar el riesgo a padecer ciertas enfermedades. Si atendemos al café, en nuestro país su consumo supera el kilo y medio per cápita.

Respecto a este estudio, si bien se realiza en un número escaso de pacientes, los resultados son una llamada de atención para evaluar el consumo de cafeína en sus diversas formas, en pacientes con AR en los que no se obtienen respuestas adecuadas con MTX. La cafeína como metilxantina, parece que puede interferir la acción del MTX a través de la inhibición del receptor de adenosina.

El interés entre el consumo de café y la AR, viene de los resultados del estudio poblacional en 19.000 sujetos, realizado por el grupo de Heliovaara M (Ann Rheum Dis 2000), en el que demostraban que el consumo diario de cuatro o más tazas de café se relacionaba con el aumento del riesgo (riesgo relativo: 2.2, intervalo de confianza: 1.13-4.27) para el desarrollo de AR factor reumatoide positivo, con respecto a los que tenían un consumo menor.

Dr. José Rosas

DEPRESIÓN

Problemas articulares y depresión

EFFECTO DE UN MEJOR TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN EL DOLOR Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE PACIENTES ANCIANOS CON ARTROSIS.

Lin EHB, Katon W, Von Korff M, Tang L, Williams JW, Kroenke K et al. JAMA 2003; 290:2428-43.



La depresión y los problemas articulares coinciden con frecuencia en pacientes ancianos. Los autores pretenden **valorar** la influencia de un mejor tratamiento de la depresión en el dolor y capacidad funcional de un grupo de pacientes con problemas articulares (93% de ellos con artrosis). Para ello se seleccionaron 1001 pacientes de más de 60 años con artrosis y depresión, incluidos en un programa multicéntrico para mejorar el tratamiento de problemas emocionales en el ámbito de atención primaria (Mood-Promoting Acces to Collaborative Treatment-IMPACT). De forma aleatoria a un grupo se le prescribió el tratamiento farmacológico habitual con antidepresivos y remisión al psiquiatra si se consideraba necesario. El otro grupo se trató con antidepresivos y/o 6-8 sesiones de psicoterapia, además se efectuó un seguimiento periódico por parte de una enfermera o de un psicólogo. Ambos grupos recibieron el tratamiento habitual para sus problemas articulares.

Los **resultados** a los doce meses muestran que además de mejorar sus síntomas depresivos, el grupo en el que se

realizó la intervención presentó menos dolor en la escala analógica visual (5,62(0,16) vs. 6,15(0,16); diferencia, -0,53; intervalo de confianza (IC) al 95%, -0,92 a -0,14; p=0,009), menor interferencia con las actividades habituales debido a la artrosis (4,40(0,18) vs. 4,99(0,17); diferencia, -0,59; IC al 95%, -1 a -0,19; p= 0,004), y menos interferencia en las actividades habituales debido al dolor (2,92(0,07) vs. 3,17(0,07); diferencia,-0,26; IC al 95%, -0,41 a -0,10; P= 0,002).

Los autores **concluyen** que en este grupo amplio y diverso de pacientes con problemas articulares, fundamentalmente artrosis, que presentan además depresión, el mejor manejo de ésta se traduce también en una mejoría sintomática de los problemas articulares.

La lectura de este artículo nos debe recordar la importancia que tiene el estado de ánimo en los síntomas articulares, sobre todo en pacientes ancianos en los que ambos problemas coinciden con mayor frecuencia. Probablemente por formación nos centramos más en los síntomas físicos, y se presta menor atención a los problemas psíquicos de los pacientes. El presente estudio muestra que a los doce meses los pacientes que siguen el tratamiento habitual, para sus problemas mentales, aumentan en menor medida la utilización de antidepresivos (del 47% al 52%) y el apoyo psicológico (del 7% al 16%) que el grupo en el que se intervino (incremento de utilización de antidepresivos del 43% al 66% y del apoyo psicológico del 8% al 47%). Este mayor uso de fármacos o psicoterapia se tradujo en una mejor calidad de vida y en la disminución del dolor articular. Estos resultados plantean la necesidad de instaurar programas específicos para detectar y tratar los problemas psíquicos de los pacientes con dolor articular. Sin embargo, el presente trabajo presenta algunas deficiencias importantes, como la ausencia de monitorización del consumo de analgésicos en ambos grupos.

Dr. José Ivorra

ARTROSIS DE CADERA

Artrosis de cadera: La actividad física excesiva y el sobrepeso aumentan el riesgo de prótesis

FACTORES DE RIESGO PARA LA PRÓTESIS DE CADERA DEBIDO A ARTROSIS PRIMARIA.

Flugsrud GB, Nordsetten L, Espehaug B, et al. Arthritis Rheum 2002; 46:675-682.

El **objetivo** de este trabajo fue estudiar de forma prospectiva en una amplia cohorte de sujetos no seleccionados de ambos sexos, si el índice de masa corporal y



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



ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN

la actividad física, tanto laboral como la realizada en los momentos de ocio, son factores de riesgo para la aparición artrosis primaria de cadera grave que precise prótesis de cadera.

El estudio se realizó **partiendo** de una cohorte de 50.034 participantes (50% mujeres) perteneciente a un estudio cardiovascular, en seguimiento una media de 9 años. El trabajo incluía entre otros aspectos, un cuestionario acerca de actividad física realizada en el trabajo y en la actividad de ocio y el índice de masa corporal. En el apartado de actividad física laboral intenso se incluía el trabajo realizado por trabajadores de la construcción, agricultores o similar.

Resultados. Durante el seguimiento, 672 personas precisaron prótesis de cadera por artrosis primaria (edad media 55 años), de las que 392 eran mujeres (58%).

El riesgo de precisar prótesis de cadera por artrosis primaria se relacionó con mayor edad al entrar en el estudio (riesgo relativo -RR-: 1.76. Intervalos de confianza -IC-: 1.53-2.02). La mujeres tenían un 34% de riesgo mayor que los varones. Tanto en varones como en mujeres la actividad física intensa en el trabajo aumentaba el riesgo de prótesis al doble. No se demostró aumento del riesgo con la actividad física realizada en momentos de ocio, en ambos sexos.

Sin embargo, respecto al índice de masa corporal, el riesgo era de 3 veces superior en mujeres en el cuartil superior (IC: 2.1-4.1) y 2 veces superior en varones (IC: 1.4-3.2).

Conclusiones. Tanto la actividad física intensa en el trabajo y un elevado índice de masa corporal, son factores de riesgo significativos para precisar prótesis de cadera por artrosis primaria. Evitar la exposición a estos factores podría disminuir de forma substancial la necesidad de prótesis de cadera en la población.

La artrosis de cadera se **estima** que afecta aproximadamente al 12% de la población mayor de 25 años. Aunque en la mayoría de los pacientes la causa es desconocida, algunas enfermedades pueden estar implicadas en su aparición, como la artritis reumatoide y otras artropatía inflamatorias, enfermedad de Perthes, displasias congénitas y

fracturas previas de cadera. La clínica habitual es dolor en la región inguinal al caminar, en ocasiones irradiado a la rodilla, mejorando en reposo. El diagnóstico es radiológico. El tratamiento de los casos leves y moderados es principalmente sintomático, siendo la prótesis de cadera el de elección en los casos graves y/o incapacitantes.

Si bien, en el 70% de los pacientes tratados con prótesis de cadera no se identifican causas de su artrosis, desde hace años se intenta conocer qué factores influyen en la aparición de la artrosis de cadera para intentar disminuir su prevalencia. Estudios de casos y controles y estudios retrospectivos han reconocido como factores de riesgo tanto a la edad, como al índice de masa corporal, lesiones de cadera previa, actividad laboral y deportiva excesiva. Sin embargo el tratamiento hormonal sustitutivo parece ser un factor protector.

Este estudio presenta algunos datos de interés para la población general. Destacar que se realiza de forma prospectiva y en una población amplia no seleccionada. Demuestra que la actuación sobre factores de sobrecarga para la cadera, como el sobrepeso y la actividad física excesiva constante (como la realizada en algunos tipos de trabajo), podría disminuir el riesgo de artrosis de cadera y por tanto la necesidad de prótesis. Si tenemos en cuenta que la edad media de la población del estudio era de 55 años, estos resultados son de ayuda para insistir, también en este grupo de edad con evidencia científica, sobre los beneficios generales de realizar ejercicio físico adecuado, sin aumento del riesgo de artrosis de cadera.

Dr. José Rosas



LUPUS Y ARTERIOESCLEROSIS

Lupus Eritematoso sistémico y arteriosclerosis

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y ARTERIOSCLEROSIS PRECOZ. PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO.

Roman MJ, Shancker BA, Davis A, Lockshin MD, Sammaritano L, Simantov R et al. *N Engl J Med* 2003; 349:2399-406.

Los pacientes con lupus eritematoso sistémico presentan infartos de miocardio a una edad más temprana que la población general, sin embargo pocos estudios analizan cuales son los factores de riesgo implicados. Los autores pretenden estudiar la prevalencia de arteriosclerosis y qué factores se relacionan con ella en pacientes con lupus eritematoso. Para ello estudian 197 pacientes diagnosticados de lupus eritematoso y 197 controles apareados por edad, sexo, raza y tensión arterial. A todos se les realizó un estudio ecográfico de las arterias carótidas, un ecocardiograma y se evaluaron diversas variables tanto de riesgo cardiovascular, como de actividad de la enfermedad.

Los **resultados** muestran que la arteriosclerosis (placas en carótida) es más prevalente en el grupo de pacientes que en el grupo control (37,1% vs. 15,2%, $p < 0,001$). Los factores de riesgo cardiovascular fueron similares en los dos grupos. En el análisis multivariante, sólo la edad avanzada, el lupus eritematoso sistémico (odds ratio: 4,8, IC al 95%: 2,6-8,7) y los niveles elevados de colesterol se relacionaron de forma independiente con la presencia de placas. Los pacientes con placa tenían más edad, mayor tiempo de evolución de su enfermedad y más daño relacionado con la enfermedad que los que no tenían placa. En cambio tenían menos autoanticuerpos múltiples y habían sido menos tratados con prednisona, ciclofosfamida o hidroxiquina. En el análisis multivariante de los pacientes con lupus, los factores que de forma independiente precedían la aparición de placa fueron el mayor tiempo de evolución de la enfermedad, puntuaciones mayores de los índices que valoran el daño producido por la enfermedad, la menor utilización de ciclofosfamida y la ausencia de anticuerpos anti-Sm.

Los autores **concluyen** que la arteriosclerosis ocurre de forma precoz en los pacientes con lupus eritematoso sistémico y que es independiente de los factores de riesgo cardiovascular tradicionales. El perfil clínico de los pacientes con lupus eritematoso sistémico sugiere que factores relacionados con la enfermedad pueden jugar un papel importante en la aterogénesis, y resaltan la necesidad de ensayos clínicos dirigidos a la evaluación de terapias antiinflamatorias más efectivas.

El presente estudio tiene gran **interés** porque obliga a revisar conceptos ampliamente aceptados sobre la etiopatogénesis del aumento de riesgo cardiovascular en los pacientes con lupus eritematoso sistémico. En general se creía que los factores tradicionales como alteraciones en



el perfil lipídico, elevaciones en la TA, hiperglucemia, tabaco, obesidad etc., eran los determinantes del aumento del riesgo vascular. Además diversos tratamientos, especialmente los corticoides influían de forma negativa en estos factores y aumentar el riesgo cardiovascular en estos pacientes. Los datos de este estudio parecen indicar lo contrario. Por una parte la propia enfermedad es un factor independiente de riesgo de tener arteriosclerosis y por otra parte son los pacientes que reciben menos tratamiento con inmunosupresores, incluidos los corticoides, los que presentan más arteriosclerosis. En definitiva, en los pacientes con lupus eritematoso sistémico, además de actuar sobre los factores tradicionales de riesgo cardiovascular hay que realizar un buen control de la actividad inflamatoria de la enfermedad.

Dr. José 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

¿Es útil la densitometría ósea en calcáneo para el diagnóstico de osteoporosis?

Soy una mujer de 71 años. Recientemente me ha diagnosticado mi médico de cabecera de osteoporosis al realizarme una prueba en el pie y ver que mis huesos estaban descalcificados. Mi duda es si esta prueba que se me ha realizado en el pie es fiable para diagnosticar osteoporosis.

María Hernández
(Alicante)

Un cierto grado de pérdida de masa ósea ocurre de forma natural en las mujeres a partir de la menopausia. La osteoporosis es la enfermedad que se caracteriza por un aumento de la pérdida de masa ósea mayor de lo considerado normal.

Para el diagnóstico de osteoporosis y medir la masa ósea, utilizamos la densitometría ósea, habitualmente en columna y/o cadera. Sin embargo, en los últimos años contamos con aparatos de análisis de la masa ósea en huesos periféricos como el calcáneo en el talón, la rótula e incluso en la falange de los dedos. Estos aparatos tienen algunas ventajas respecto a los columna/cadera: son de menor tamaño y se pueden transportar con faci-

lidad, son muy rápidos para realizar la prueba (menos de 1 minuto) y la prueba es más barata. Se acepta que pueden ser atractivos para estudiar población con riesgo de osteoporosis.

Respecto a su pregunta, hoy sabemos que un resultado de osteoporosis con densitómetros periféricos (por ejemplo en el talón) se acepta como correcto a cualquier edad. Sin embargo, en personas menores de 65 años, un resultado normal con densitómetro periférico no puede descartar la presencia de osteoporosis y si la paciente tiene factores de riesgo para osteoporosis se debería realizar una densitometría ósea en columna/cadera para descartarla. Esto puede ocurrir porque el ritmo de pérdida de masa ósea en los huesos es distinta y en el talón puede ser más tardía.

En su caso, por tanto, al tener 71 años y demostrarse la presencia de osteoporosis con densitometría en el talón, su médico la ha diagnosticado correctamente.

Dr. José Rosas

¿Pseudogota o gota?

Mi madre tiene 70 años, y desde hace un año ha tenido en varias ocasiones la rodilla hinchada. Cada vez que se le hincha tiene mucho dolor, no puede caminar y si le tocas la

rodilla está ardiendo. Está mal 4 o 5 días y luego va mejorando poco a poco hasta poder andar con normalidad. Su médico le ha dado antiinflamatorios cada vez, otras veces ha ido a urgencias y le han sacado líquido de la rodilla. En la última ocasión la mandaron al reumatólogo y después de analizar el líquido le hizo un informe en que el diagnóstico es de "pseudogota". Le recetó colchicina y que si se le volvía a hinchar que utilizase un antiinflamatorio. ¿Es lo mismo que la gota? Mi madre en todos los análisis ha tenido el ácido úrico normal. ¿Es suficiente este tratamiento para que no vaya a más?

Antonia Ríos (Córdoba).

Tanto la gota como la pseudogota se producen porque dentro de la rodilla o en cualquier otra articulación se depositan pequeños cristales que sólo se pueden ver con un microscopio. Por eso su reumatólogo al analizar el líquido vio los cristales y la diagnosticó. Sin embargo, en la gota los cristales son de ácido úrico (urato monosódico) y en la pseudogota contienen calcio (pirofosfato cálcico dihidratado). Los dos tipos de cristales son diferentes cuando se ven con un microscopio adecuado. Por lo tanto la pseudogota, a pesar del nombre, no tiene relación con el ácido úrico, y se llama así (pseudogota o

falsa gota) porque la articulación se hincha durante unos pocos días de forma parecida a lo que sucede en la gota. En la pseudogota no se conoce la causa exacta por la que los cristales aparecen en la articulación. En general los análisis, incluidos el ácido úrico y el calcio en la sangre, son normales. No se dispone de ningún tratamiento que haga desaparecer los cristales de la rodilla de su madre. Para evitar los ataques, cuando estos son muy frecuentes como en su caso, se puede utilizar la colchicina. Si a pesar de todo la rodilla sigue inflamándose, tiene que iniciar el tratamiento con un antiinflamatorio lo más pronto posible, cuando empiece a notar que la rodilla está hinchándose. En ocasiones puede inflamarse otra articulación, e incluso pueden aparecer varias articulaciones hinchadas a la vez. En general los ataques suelen controlarse con estos tratamientos; sin embargo muchas veces esta enfermedad produce también una artrosis. En este caso las molestias son más persistentes y aparecen al iniciar el movimiento o cuando forzamos la articulación, y puede ser necesaria la utilización, de forma más o menos continua, de un analgésico o antiinflamatorio para disminuir el dolor, situación que no parece ser la de su madre en estos momentos.

Dr. José Ivorra

Suscríbase 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 por 6 números

Números 5 a 10 ----- 15 €
(ejemplares bimensuales)

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 por 6 números

Números 5 a 10 ----- 25 €
(ejemplares bimensuales)

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

¿Cómo puedo saber si padezco espondilitis anquilosante?

Tengo 23 años y desde hace 1 año tengo dolor en la columna lumbar, preferentemente por la noche. Al despertar por la mañana además noto rigidez en toda la columna, aunque voy mejorando a lo largo del día. Como hacía deporte con regularidad, al principio se pensó en que podría ser una lesión. Mi médico de cabecera me ha enviado al reumatólogo por algunas alteraciones en la radiografías y porque mi abuelo padeció una enfermedad en la columna llamada espondilitis. ¿Cómo puedo saber si padezco esa enfermedad?. ¿Hay tratamiento eficaz?.

Antonio Sancho (Murcia).

Por los datos que aporta, se trata de un cuadro de lumbalgia de tipo inflamatoria: dolor lumbar más de 3 meses, que despierta por la noche, se acompaña de rigidez matutina y mejora probablemente al hacer ejercicio. Estas características no se dan en el dolor lumbar que se denomina mecánico, como sería el producido por un problema discal o por contractura muscular (mejora en reposo, no suele despertar por la noche, etc). La presencia de lumbalgia inflamatoria y el antecedente familiar que presenta, hace muy probable que usted padezca espondilitis anquilosante (EA).

Su médico de cabecera le remite juiciosamente al reumatólogo, para confirmar el diagnóstico de la enferme-

dad, con la demostración de alteraciones radiológicas características de la EA en las articulaciones sacroilíacas de la pelvis y mediante un análisis de sangre detectar la presencia de un marcador genético denominado antígeno HLA-B27, que aparece en el 95% de los pacientes con EA. Inicialmente la EA se trata con ejercicio y antiinflamatorios no esteroideos, con respuesta adecuada en un alto porcentaje de pacientes. Hoy en día el diagnóstico de EA está plenamente establecido. Se basa en la presencia de síntomas, habitualmente del tipo de dolor lumbar inflamatorio, en la exploración se demuestra limitación de la movilidad de la columna y se aprecian alteraciones radiológicas características. Aunque no es imprescindible para el diagnóstico de EA, con mucha frecuencia se detecta el antígeno HLA-B27. Por sí mismo, la presencia de este no es indicativo de enfermedad, sino de riesgo a padecerla.

Dr. José Rosas

En la mayoría de los casos la artrosis de manos no produce gran discapacidad

Soy una mujer de 45 años y hace unos meses consulté porque tengo dolor en algunos dedos de la mano, sobre todo en unos bultitos duros que me salen cerca de la uñas. El médico me dijo que tenía artrosis en las manos y me recetó una crema y paracetamol. Estoy preocupada

porque he visto fotografías de las manos de algunos enfermos con reuma y no me gustaría llegar a su situación. ¿Es suficiente el tratamiento que me ha dado mi médico? ¿Podré llegar a no poder hacer nada con mis manos?

Irene Martínez (Burgos).

En general, la artrosis de las manos se caracteriza por dolor en las articulaciones de los dedos, incluyendo la base del primer dedo, el resto de la mano no suele presentar alteraciones. Aparecen "bultos" (nódulos) que casi siempre duelen al principio cuando están aumentando de tamaño. Después el dolor cede, aunque un simple roce molesta. Para estas molestias se dispone en la actualidad de tratamientos tópicos como la capsaicina que disminuye el dolor. Los analgésicos y antiinflamatorios habituales son también eficaces. Otros tratamientos como baños de parafina, o calentar las manos con agua caliente al levantarse son de gran ayuda. Es importante realizar ejercicios con las manos para conservar los movimientos finos. Aunque los dedos están deformados los pacientes pueden realizar la mayor parte de sus actividades. La fuerza y la habilidad pueden disminuir, pero el pronóstico es bueno debido a que el resto de la mano se conserva en buen estado. Sólo un pequeño grupo de pacientes presenta una mayor incapacidad debido al dolor y requieren tratamientos más agresivos que deben ser controlados por el reumatólogo.

Un caso totalmente diferente es el de los pacientes con

artritis reumatoide, que probablemente corresponda a las fotografías que usted ha visto. En esta enfermedad se altera toda la mano (muñeca, bases de los dedos, tendones...) y las deformidades pueden provocar gran incapacidad. En este caso empleamos tratamientos agresivos de forma precoz.

Dr. José Ivorra

Fármacos biológicos: una esperanza para la espondilitis

Soy un paciente de 36 años con espondilitis anquilosante desde los 19 años. Al principio recibí tratamiento con salazopirina pero se retiró al cabo de un año por no ser eficaz. En la actualidad estoy con dosis altas de antiinflamatorios, pero no es suficiente para calmar el dolor lumbar y sigo despertándome por la noche. Mi reumatólogo me ha propuesto comenzar con un tratamiento nuevo a base de inyecciones periódicas. Me gustaría saber el grado de eficacia de estos fármacos, llamados biológicos, y los posibles efectos secundarios.

J. Santamaría (Madrid).

Por los datos que aporta, se entiende que padece espondilitis anquilosante con afectación exclusivamente del esqueleto axial. En estos casos sabemos hoy en día que la salazopirina no suele ser eficaz. Su reumatólogo le ha aconsejado correctamente, puesto que su caso cumple los requisitos que hoy en día se exigen por consenso

internacional para iniciar tratamiento con los nuevos fármacos biológicos, que tienen actividad anti-TNF alfa (citocina implicada en los mecanismos de inflamación de esta enfermedad): actividad de la enfermedad a pesar del tratamiento con dosis plenas de antiinflamatorios no esteroideos. En alrededor del 30% de los pacientes con EA, la enfermedad no se controla con antiinflamatorios.

Disponemos en la actualidad de 2 fármacos biológicos con actividad anti-TNF alfa aprobados para su uso en pacientes con EA: Infliximab, administrado cada 6 a 8 semanas por vía venosa en un gotero; y Etanercept, administrado en inyección subcutánea, dos días cada semana. Los datos de que disponemos en la actualidad son esperanzadores: el 80% de los pacientes responden a estos fármacos de forma rápida (días a semanas), obteniéndose mejoría mayor de 50% en la mitad de los pacientes.

Los efectos secundarios más frecuentes son: reacciones locales, rash cutáneo, infecciones del aparato respiratorio, cefalea y síntomas digestivos como náusea o malestar abdominal. Es obligado realizar prueba de la tuberculina (Mantoux), para descartar infección latente de tuberculosis y en su caso recibir profilaxis con isoniácida.

Sin duda, con este grupo de fármacos se ha abierto un camino de esperanza para los pacientes con EA que no responden a los tratamientos habituales.

Dr. José Rosas

Calor superficial: beneficioso en el tratamiento de molestias musculares

Soy una mujer de 60 años que tengo desde hace años dolor en el cuello, en ocasiones es insoportable. Mi médico diagnosticó una artrosis cervical. Cuando tengo más dolor, tomo paracetamol porque los antiinflamatorios me sientan mal. A veces la rehabilitación me ha mejorado. He oído que el calor en el cuello puede mejorarme. ¿Es mejor el seco húmedo? ¿Cuánto tiempo debo aplicarlo?

A. Mascarell (Lérida).

El calor aplicado sobre una zona dolorosa muscular es beneficioso porque disminuye el dolor. Es fácil de aplicar y tiene la ventaja de poder utilizarlo en casa. No es necesario utilizar medios muy sofisticados y pueden ser útiles tanto una bolsa de agua caliente, ropa previamente calentada o una almohadilla eléctrica. Lo importante es que el método utilizado sea cómodo de aplicar, y no tengamos que adoptar posturas incómodas. El calor debe aplicarse durante 10 ó 15 minutos. Por lo tanto, lo importante de la fuente de calor es la comodidad y capacidad para mantener el calor durante esos 10 ó 15 minutos, más que su origen húmedo o seco. El calor puede aplicarse dos o tres veces al día.

El calor es útil para disminuir el dolor y de esa forma poder realizar ejercicios. En el caso del dolor cervical, su médico debe enseñarle movimientos de rotación del cuello, así

como aquellos que consisten en mover el cuello hacia delante y hacia atrás y hacia los lados. Estos ejercicios son los que facilitan el aumento de la movilidad de la región cervical. Existen otros ejercicios que sirven para potenciar los músculos que sostienen la columna cervical. Todos ellos contribuyen a disminuir futuras contracturas musculares. Por lo tanto tras 10 ó 15 minutos de calor debe realizar los ejercicios que le indique su médico. Esta secuencia se repetirá dos o tres veces al día.

Dr. José Ivorra.

Artrosis cervical radiológica en paciente joven: ¿enfermedad o hallazgo casual?

Soy una mujer de 44 años y trabajo como administrativa desde hace 20. Desde hace meses noto con frecuencia molestias en el cuello, aunque no diariamente. Mi médico de cabecera me ha recetado analgésicos suaves del tipo de paracetamol, que me alivian. En las radiografías de la columna cervical ya se ven signos de artrosis. Mi pregunta es si es progresivo y si puedo hacer algo para evitarlo o enlentecerlo.

N. Andrés (Altea).

El dolor cervical es un síntoma frecuente. Al menos un 35% de la población es capaz de recordar algún episodio de dolor cervical. Este porcentaje puede incrementarse al 50% en la población trabajadora. Las causas de dolor cer-

vical son múltiples; desde causas locales como la contractura de musculatura cervical y la artrosis, hasta causas alejadas de la región cervical pero que se pueden irradiar o reflejar en ella como las tendinitis del hombro.

La presencia de signos de artrosis cervical en las radiografías, en sí misma no indica que ésta sea la causa del dolor cervical, puesto que se pueden encontrar en pacientes asintomáticos. Se sabe que en personas de más de 45 años, el 60% de ellas presentan cambios de artrosis en las radiografías cervicales, alcanzando el 85% en los mayores de 65 años. La historia clínica y exploración adecuadas suelen ser suficientes para orientar el diagnóstico. Cuando la causa es artrosis, suele producir dolor y rigidez a la movilización del cuello. La respuesta a analgésicos y ejercicios de la musculatura cervical, suele ser buena, con probabilidad de producirse recidivas.

En su caso, parece una cervicalgia leve, sin signos de alarma. Por los datos que usted aporta podría tratarse de un cuadro de contractura/sobrecarga muscular a nivel cervical. La presencia de los cambios radiológicos, por el momento debería tomarse como un factor a tener en cuenta según la evolución. El tratamiento aconsejado por su médico es el correcto, aunque podría añadir ejercicios de la musculatura cervical/paracervical. Por otra parte, dado su trabajo, probablemente con uso prolongado de ordenador, habría que valorar la situación del mismo en su mesa para evitar una posición forzada.

Dr. José Rosas

10 consejos básicos



para prevenir el Síndrome de la Clase Turista

- Si tiene que realizar un vuelo de larga duración, procure escoger asientos situados en el pasillo, ya que permiten mayor libertad de movimientos.
- No coloque equipaje debajo del asiento delantero, pues disminuirá el espacio y la capacidad de movimiento de sus piernas.
- Si está dentro del grupo de personas con alto riesgo de trombosis, utilice medias elásticas compresivas durante el vuelo para ayudar a que las venas dilatadas recuperen su forma original.
- Si quiere dormir durante el vuelo, hágalo con las piernas estiradas y relajadas.
- Evite la ropa ajustada, ya que impide la adecuada circulación sanguínea.
- La baja presión atmosférica en cabina hace que el cuerpo pierda fluido corporal y que la sangre se vuelva más espesa, con el consiguiente riesgo de trombosis. Para evitarlo, beba abundante agua.
- Evite bebidas alcohólicas antes y durante el vuelo, así como aquellas que contengan cafeína, ya que provocan deshidratación.
- No se siente con las piernas cruzadas, ya que impide el buen riego sanguíneo.
- Realice paseos cortos por la cabina cada 1 ó 2 horas. Haga ejercicios de contracción y estiramiento de la musculatura de la pantorrilla (elevando los dedos del pie, como para andar con talones y, al revés, elevando los talones como para andar de puntillas).
- Tome un comprimido de Aspirina una hora antes del vuelo, si no existen contraindicaciones.

WWW.REGISTROLESAF.COM

Iniciado el Registro Nacional de Lupus y Síndrome Antifosfolípídico Primario

Se ha iniciado el proyecto de un registro español de pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico y Síndrome Antifosfolípídico Primario a través de Internet, www.registrolesaf.com, y cumplimentado por los profesionales sanitarios que les atienden y las asociaciones que los agrupan.

Otro de sus objetivos será la diseminación de la información obtenida, tanto relativa a los pacientes como a los recursos sanitarios (unidades médicas) y sociales (asociaciones de pacientes) disponibles que se hará a través de la página Web del Registro y por las vías habituales en la literatura médica (comunicaciones a congresos y

reuniones científicas y publicaciones en revistas médicas).

Si la información recibida es válida, se puede considerar, según los responsables, por una parte, ampliar los centros coordinadores del Registro y, por otra, hacer estimaciones sobre la prevalencia de estas enfermedades.

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD

En una tercera fase, a más largo plazo, también sobre la base de la calidad de la información disponible, se plantearía describir las características clínicas de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico y Síndrome Antifosfolípídico Primario de nuestro País.

La iniciativa parte de la Sociedad Andaluza de Reumatología, en consonancia con la Sociedad Andaluza de Medicina Interna, la Sociedad Española de Reumatología, la Sociedad Española de Medicina Interna y la Federación Española de Asociaciones de Pacientes Lúpicos, con el apoyo, desde su inicio del Grupo Grifols, que ha aportado los fondos necesarios para la puesta en marcha de esta página Web. Por último, en este momento el proyecto de creación del registro ha recibido financiación por parte del Instituto de Salud Carlos III a través de su convocatoria 2002 de Proyectos de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (Expediente: 02/10059).

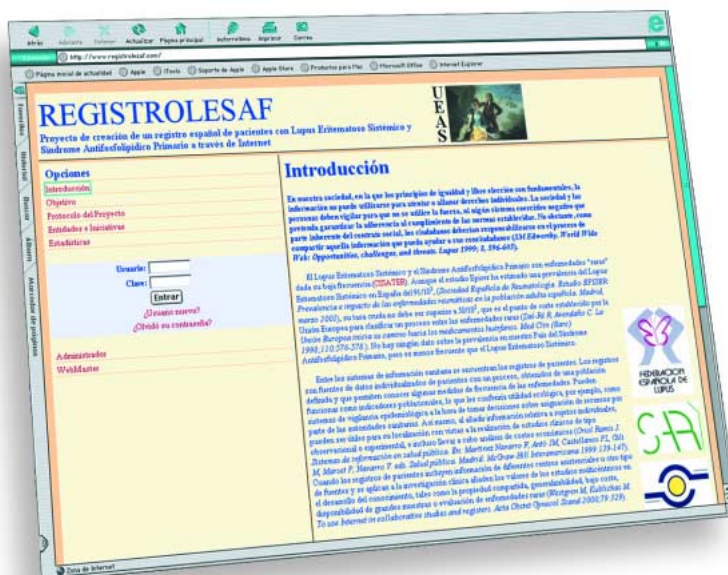
Compartir información, espíritu de Internet

“En nuestra sociedad, en la que los principios de igualdad y libre elección son fundamentales, la información no puede utilizarse para atentar o allanar derechos individuales. La sociedad y las personas deben vigilar para que no se utilice la fuerza, ni ningún sistema coercitivo negativo que pretenda garantizar la adherencia al cumplimiento de las normas establecidas. No obstante, como parte inherente del contrato social, los ciudadanos deberán responsabilizarse en el proceso de compartir aquella información que pueda ayudar a sus conciudadanos”.

(SM Edworthy. *World Wide Web:*

Opportunities, challenges, and threats.

Lupus 1999; 8, 596-605).



EN EL ESTUDIO TEMPO, PUBLICADO EN LA REVISTA THE LANCET (28-FEB-2004)

Etanercept más metotrexato inhibió la progresión del daño estructural en un 80% de pacientes con AR

Al año de seguimiento, el 80% de los pacientes con artritis reumatoide tratados con la asociación de Etanercept (Enbrel) más metotrexato no presentaron progresión del daño estructural, según los primeros resultados del estudio TEMPO (Trial of Etanercept and Methotrexate with Radiographic Patient Outcomes), recientemente publicado en la revista The Lancet (2004; 363: 675-681). Por otra parte, el 35% de los pacientes que recibieron la combinación alcanzaron remisión clínica (DAS < 1,6). La mejoría en la discapacidad funcional también

Más de un tercio de los pacientes consiguió remisión clínica

fue significativamente mayor en los pacientes tratados con Etanercept más metotrexato que con los dos fármacos en monoterapia.

“Por primera vez, los especialistas disponemos de unos resultados que pueden indicar evidencias de que la reparación del daño articular en un grupo de pacientes con artritis reumatoide puede ser posible” expresó el Dr. Lars Klareskog, investigador principal del estudio y responsable de la Unidad de Reumatología del Instituto Karolinska en el Hospital Universitario de Estocolmo (Suecia).

El estudio TEMPO, aleatorizado y

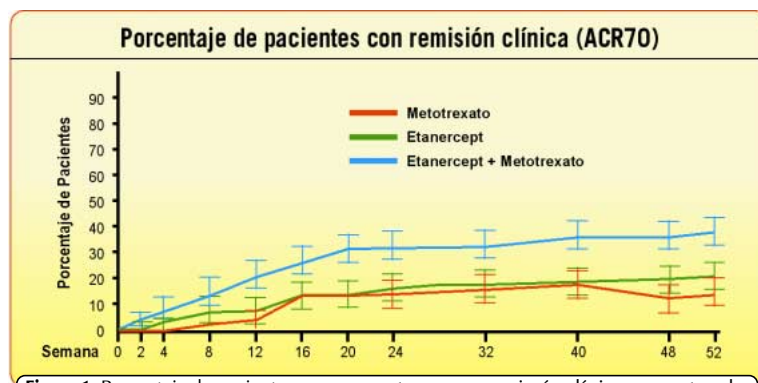


Figura 1. Porcentaje de pacientes que presentaron una mejoría clínica respecto a la situación basal, según los criterios ACR70, hasta las 52 semanas de tratamiento.

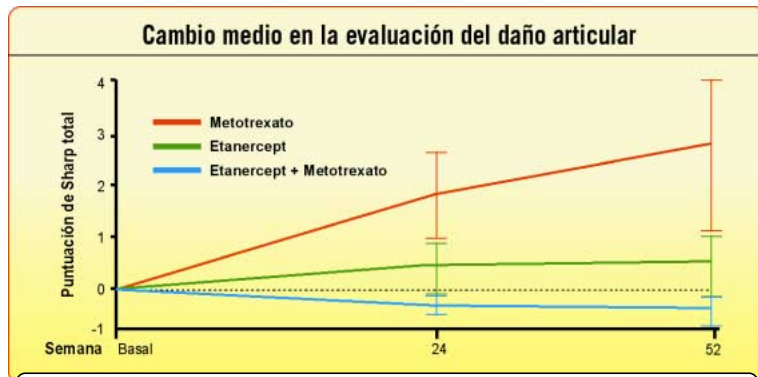


Figura 2. Cambio medio en la evaluación del daño articular (Puntuación de Sharp total) respecto al valor basal, hasta las 52 semanas de tratamiento.

doble ciego, ha sido diseñado para determinar la eficacia y seguridad del tratamiento con Etanercept, metotrexato o la asociación de ambos en las lesiones articulares de 682 pacientes con artritis reumatoide (< 7 años de evolución media de la enfermedad), en 92 centros de Europa y Australia. Se trata del primer estudio clínico con resultados radiográficos que ha valorado el efecto de un antagonista del factor de necrosis tumoral (TNF), con y sin metotrexato, comparado con metotrexato en monoterapia.

En resumen, el estudio TEMPO ha demostrado que la asociación de Etanercept más metotrexato consigue las mejores tasas de respuesta en inhibir la progresión del daño estructural, reducir la actividad de la enfermedad, mejorar la discapacidad funcional e inducir la remisión del cuadro clínico de la artritis reumatoide. Junto a los excelentes resultados clínicos, hay que destacar que el tratamiento con Etanercept, en monoterapia o asociado a metotrexato, fue muy bien tolerado.

PROF. DR. ANTONIO CASTILLO-OJUGAS

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

Un error persistente

¿Por qué algunos siguen hablando de enfermedad de Bechterew?

En 1893 la Revista Alemana de Neurología publica un artículo aparecido un año antes en su homónima rusa, firmado por Vladimir von Bechterew, catedrático de Neurología y Psiquiatría de la Universidad de San Petesburgo, comentando los casos de cinco enfermos con rigidez de columna vertebral y alteraciones neurológicas. Aseguraba que no había ningún caso semejante en la literatura neurológica. Y es lógico, porque no debió de molestarse en revisar publicaciones médicas inglesas, francesas o alemanas que le hubieran dado una idea de lo que se sabía en otras especialidades.

Pero así son las cosas. Bechterew se llevó la gloria con sus cinco casos en cuyas necropsias no encontró anquilosis significativa, aunque sí alteraciones neurológicas con degeneración de las raíces nerviosas y lesiones meníngeas que interpretó como "leptomeningíticas", así como degeneración de los ganglios espinales y médula espinal.

Tenemos que recordar que la primera descripción de una espondilartrosis fue hecha por el irlandés Bernard O'Connor (1.666-1.698), quien junto a otros compañeros encontró en un cementerio cercano a Reims (donde estudió Medicina) un curioso esqueleto con múltiples anquilosis y sus compañeros le presionaron para describirlo. Y así lo hizo, publicándolo en francés (1693), en inglés un año más tarde y finalmente en latín, que fue la versión francesa ampliada aparecida en Oxford en 1695.

MUSEOS ANATÓMICOS

Durante el siglo XVIII fueron en Europa muy populares los museos

anatómicos. Los hubo en varias universidades inglesas, holandesas, francesas e italianas. Destacó, por ejemplo, en Inglaterra, la de John Hunter (1728-1793), en la que se pueden encontrar algunos casos de anquilosis costo-vertebrales y de sacroilíacas, aunque predominan lógicamente las preparaciones espondilartrosicas. Era un Museo de Anatomía comparada y la mitad de los ejemplares eran de animales, observándose las lumbartrosis de los caballos y la espondilosis difusa de los osos, lo que hace pensar que el factor posicional favorece la degeneración discal y la reacción osteofitaria posterior.

Este Museo fue comprado a los herederos de Hunter por 15.000 libras esterlinas y confiado en 1.800 al Colegio de Cirujanos. La colección fue acrecentándose y en 1.941 constaba de unas 12.000 piezas, la mitad de las cuales desaparecieron en la Segunda Guerra Mundial, a consecuencia de los bombardeos alemanes. Hoy se ha reconstruido en gran parte en la Universidad de Glasgow.

Otro gran centro anatómico estaba en Holanda, en Leyden, y allí



Primera fotografía de una espondilartrosis en el trabajo de Strümpell, de 1.897

Sandifort a mediados del XVIII publica su "Museum Anatomicum", magníficamente ilustrado, en que aparecen anquilosis vertebrales y una pelvis anquilosada. Igualmente encomiables son el libro y los grabados de su discípulo, Jacobus Thiers.

En el siglo XIX se encuentran des-

BIBLIOGRAFÍA

- BUCHANAN, W.W., DEQUEKER, J.- "History of Rheumatic Diseases". En "Rheumatology", Klippel, Dieppe. - The Mosby, Baltimore, 1.955
- BUES, H, HULDRYCH, M.K.- "Petite histoire de deux affections ankylosantes du rachis, la spondylartrite et la spondylartrose". Acta Rheumatologica Geigy, vol.22. Basilea, 1.966
- CASTILLO-OJUGAS, A. - "Historia y desarrollo de la Reumatología", en "Tratado de Reumatología", Pascual, Rodríguez Valverde, Carbonell, Gómez-Reino. Edit. Arán. Madrid, 1.998



Tipos de deformaciones de "espondilosis rizomélica", en el libro de Pierre Marie y Leri, en 1906

cripciones anatómicas muy concretas en el libro del doctor Carl Wenzel, de Frankfurt, que distingue claramente la anquilosis de la espondilartritis, más frecuente, según él, en columna cervical; las anquilosis por reacciones osteofitarias y degenerativas que serían nuestras espondilartritis y finalmente, unas formas con grandes calcificaciones paravertebrales que corresponderían a hipertosis.

profesor Strumpell, internista de Leipzig, con afectación de toda la columna y las caderas que les producía una alteración de la postura y de la marcha y, más tarde, en 1.897, acuciado por la publicación del ruso Vladimir von Bechterew, rebate su trabajo aportando otro caso más, afirmando que la rigidez era de causa articular y, además, publica una fotografía del paciente. Es la primera representación de la enfermedad.

las fotografías de los enfermos, que publica en 1906 con su ayudante Leri, son inmejorables. De justicia es que la enfermedad lleve el nombre de Pierre Marie, aunque sea el último de la clásica triada Bechterew-Strumpell-Marie.

Por aquellas fechas de la publicación de Marie, se comienza a utilizar la radiografía, muy pocos meses después de que el físico

Roentgen diera a conocer en la sesión científica de la Universidad de Würzburg (1895), aquellos Rayos X que traspasaban los cuerpos opacos. Ya en 1.897 se publicaron radiografías de piezas anatómicas y desde 1.906 existen estudios radiográficos en personas.

La espondilartritis, por tanto, fue conocida por la medicina del siglo XIX y, gracias a trabajos anatomopatológicos, confirmada su naturaleza

Durante el siglo XVIII fueron muy populares los museos anatómicos, donde se pueden encontrar casos de anquilosis costo-vertebrales y de sacroilíacas

Hay más casos clínicos presentados por médicos ingleses, por ejemplo el de los doctores Benjamín Travers, y Lyon, ambos aparecidos en The Lancet, aunque éste podría ser una miositis osificante y los dos enfermos de Brodie con afectación de caderas y una rodilla y, curiosamente, uno de ellos padeció lesiones oculares intermitentes que no supo relacionar con el cuadro vertebral. Y sobre todo, el paciente de Fagge, publicado en 1.877, con comprobación necrótica e ilustraciones definitivas. En ninguna de las preparaciones anatómicas citadas se encontraron signos de degeneración neuronal que años después mencionó Bechterew.

Más popularidad adquirieron los dos casos publicados en 1.884 por el

LAS DESCRIPCIONES DE PIERRE MARIE

Pero el estudio definitivo lo va a presentar un neurólogo francés, el profesor Pierre Marie (1.853-1.910), colaborador del gran Charcot, que en 1.898 publica "Sur la Spondylose rhizomélique". No acabamos de comprender esa denominación genérica de "Espondilosis" cuando reconoce que es un proceso propio de personas jóvenes, agudo, de inicio sacro-coxígeo y que va ascendiendo por el raquis. Describe las posiciones por las que va pasando el paciente, la del esquiador, la del ahorcado y la llama "rizomélica (del griego rhi-zos, raíz) por la frecuente afectación de hombros y caderas. Los dibujos, los esquemas anatómicos y

inflamatoria. A tal extremo se llevó la causa inflamatoria que los americanos, en la década de los 30, consideraban la espondilartritis como "la artritis reumatoide de la columna vertebral".

Tal teoría se derrumbó cuando hacia 1.950 se describió el factor reumatoide con la prueba de Waa-ler-Rose y aún más cuando en 1.972, Breweton encontró la fuerte dependencia de la espondilartritis con el antígeno de histocompatibilidad B27. Seguramente el hallazgo de distintos subgrupos del B27, el factor ambiental, las infecciones, los distintos tipos de linfocitos, nos irán deparando claridad en la explicación de las causas y modo de evolucionar estas enfermedades de predominio inflamatorio vertebral.

ERNESTO PLAZA
SOCIÓLOGO

Reum@tismos

RECURSOS DE REUMATOLOGÍA EN INTERNET



INFOARTRITIS

<http://www.infoartritis.com/>

Portal español sobre artritis reumatoide. El visitante puede obtener nociones básicas de la enfermedad a través de los apartados que explican cómo se manifiesta, sus complicaciones, diagnóstico, tratamiento y prevención. Ofrece más información en la sección de artículos, en un extenso glosario, o el apartado sobre historia de la artritis. Además, hay enlaces de interés, consultorio y "opinión", donde el navegante puede participar.

SECCIÓN HERRAMIENTAS

(Click en "Herramientas", en la parte derecha de la página)

En este apartado podemos calcular nuestro índice de masa corporal y obtener otro tipo de informaciones: medicinas alternativas, remedios naturales, y recomendaciones para el paciente a la hora de hacer viajes, ejercicio físico, dieta y el aporte de vitaminas.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE LA RODILLA

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

Web oficial de la Sociedad Española de la Rodilla (SEROD). Ofrece una amplia variedad de casos clínicos en torno a los trastornos de la rodilla, clasificados en varias secciones: casos clínicos, premios de los congresos SEROD, revista, revista electrónica, archivo iconográfico, opiniones de actualidad, y rodilla y deporte. Por otro lado, pueden consultarse noticias, algunas presentaciones de conferencias, calendario de congresos y enlaces de interés.

CASOS CLÍNICOS

(Click en las Secciones: "Revista", "Revista electrónica" y "Archivo iconográfico")



Estas secciones son las que concentran la mayoría de casos clínicos de la web. Cada uno expone el planteamiento del problema, su solución (detallando los métodos y técnicas de tratamiento) y las conclusiones. Todos ellos se encuentran bien apoyados por gráficos e imágenes.

GLOBAL
Contenido
Utilidad
Rápido
Diseño

GLOBAL
Contenido
Utilidad
Rápido
Diseño

BRITISH SOCIETY FOR RHEUMATOLOGY

<http://www.rheumatology.org.uk/>

Web oficial de la British Society for Rheumatology, donde pueden descargarse artículos publicados, guías y reportajes anuales (en "Publications, Guidelines & Library"), y consultarse temas de información al paciente y notas de prensa. Además, poseen un calendario de congresos, conferencias, cursos y premios sección de enlaces, y sección de enlaces sobre recursos profesionales, asociaciones de apoyo a pacientes y revistas.



INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

(Click en "About Rheumatology & Arthritis")

La mayor parte de información de la web útil para el paciente se encuentra en este apartado, con conceptos concretos y básicos acerca de la enfermedad reumática. Se plantean preguntas y respuestas frecuentes, y se habla, entre otros temas, sobre los impactos, costes e incidencia de la enfermedad en el Reino Unido, y el rol del reumatólogo.



MEDLINE PLUS

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/encyclopedia.html>

Versión en español de la prestigiosa enciclopedia médica Medline, en la que se pueden consultar todo tipo de términos de cada especialidad médica.

Introduciendo la palabra del tema que queramos consultar en "buscar" (ej. Artritis reumatoide), accedemos a numerosos recursos divididos en varios apartados: temas, medicinas; enciclopedia médica, noticias en la red; preguntas frecuentes y tutoriales

TUTORIALES (Click en "Otros")



Medline ofrece al visitante didácticos tutoriales, ideales para aquel que desea conocer de forma sencilla los pilares básicos de un tema médico. Al seleccionar uno de ellos accedemos a un cómodo programa interactivo donde vamos eligiendo la información. Los textos son claros y concisos, y se acompañan de imágenes y sonido.





XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

¡BIENVENIDOS AL CONGRESO!

Vuestra presencia da sentido al congreso y lo convierte en un instrumento esencial de formación, conocimiento del estado de la especialidad y permite una fácil comunicación entre todos nosotros.

La S.E.R. os espera en Barcelona para hacer entre todos una sociedad más útil y fuerte.

!!! Sois todos bienvenidos al III Congreso de la S.E.R. !!!

Dr. Jordi Carbonell
Presidente de la SER