

Artritis Psoriásica

Un 10% de afectados
por psoriasis
desarrollan artritis



Entrevista

Dr. Jesús Tornero Molina

Nuevo presidente
de la Sociedad Española
de Reumatología



XXX Congreso Nacional de la SER

Los reumatólogos solicitan más apoyo
a la investigación



Asociaciones

Santos Yuste

Un paciente, nuevo presidente de la
LIRE (Liga Reumatológica Española)



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.ibanezypalaza.com



ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN

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

Editor:

Dr. Jesús Tornero Molina

Consejo Asesor:

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

Secretario de Redacción:

Dr. José Rosas Gómez de Salazar

Colaboradores:

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

www.ser.eswww.ibanezyplaza.com**ibáñez & Plaza** EDITORIAL TÉCNICA + 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
■ Novartis ■ Wyeth ■ Zambón

Todos unidos frente a la apatía oficial

Junto a los temas científicos de su nutrido programa, el XXX Congreso Nacional de la SER ha tenido oportunidad de comentar una vez más la escasa atención que se viene prestando por parte de las autoridades sanitarias, tanto en nuestro país como en el resto de Europa, a las enfermedades reumatológicas. Ello pese a su perfil altamente deletéreo, suficientemente conocido por la mitad de la población, que las padece de uno u otro modo y que ve mermada la calidad de vida en un grado superior al que produce cualquier otro trastorno.

La escasa sensibilidad política sorprende aún más si se esgrime el argumento de que las enfermedades reumáticas constituyen la primera causa de invalidez permanente y la tercera de incapacidad laboral transitoria, con el impacto que ello significa para los fondos de la Seguridad Social. Esta era, ya en 2001, una de las conclusiones del estudio realizado por el doctor Jesús Tornero sobre el absentismo laboral por enfermedad en la provincia de Guadalajara durante los últimos diez años, dato perfectamente extrapolable a otras latitudes nacionales y europeas.

En este sentido, el nuevo presidente de la SER, en la declaración de intenciones que hace en este número de "Los Reumatismos", destaca dos de los objetivos de la nueva junta directiva: diseñar desde la SER estrategias de entendimiento que reduzcan la prevalencia de las enfermedades reumatológicas, fundamentalmente en colectivos más desfavorecidos en prestaciones como el ama de casa o las personas mayores, e involucrar en este proyecto a otros especialistas, sobre todo Atención Primaria, con vistas a acortar y disminuir el impacto de la discapacidad.

Las autoridades políticas no valoran el impacto socio-económico de las enfermedades reumáticas

Hacer llegar a la opinión pública la auténtica incidencia social de las enfermedades reumáticas y su influencia tanto en el mundo laboral como psicosocial, es asimismo uno de los proyectos básicos que enuncia el también nuevo presidente de la LIRE, Santos Yuste, con el que por vez primera la Liga Reumatológica Española pone en manos de un paciente la responsabilidad de su gestión. Aplicando sin duda el axioma de que la unión hace la fuerza, Santos Yuste anuncia la próxima constitución de la Confederación de Pacientes Reumáticos. Desde aquí le deseamos mucho acierto y le ofrecemos una vez más la colaboración incondicional que "Los Reumatismos" viene prestando desde su aparición a la LIRE.

Junto a las novedades científicas e institucionales aportadas por el XXX Congreso, este número de la revista presta especial atención a la artritis psoriásica, claro paradigma de patología reumatológica con fuerte impacto tanto desde la vertiente física como de la psicosocial.

Tanto la SER como la LIRE proyectan ampliar su campo de acción y colaboración con entidades afines



Nuestra Portada

La calcificación de los tejidos y el dolor son síntomas que se incluyen en la amplia variedad de trastornos a los que da nombre la artritis psoriásica. Junto a este tema nuestra revista presta especial atención en este número a tres acontecimientos recientes: la celebración del XXX Congreso Nacional de la SER, la toma de posesión del nuevo presidente de la Sociedad, Dr. Jesús Tornero Molina, y el nombramiento por vez primera de un paciente, D. Santos Yuste, para la presidencia de la Liga Reumatológica Española.

1 Editorial **Todos unidos frente a la apatía oficial** · Tanto la SER como la LIRE proyectan ampliar su campo de acción...

3 Entrevista **Dr. Jesús Tornero Molina**
Nuevo presidente de la SER · "Vamos a esforzarnos en defensa del estatus profesional"



9 Reportaje **Artritis Psoriásica**
Psoriasis más espondiloartropatía. Se inicia entre los 30 y los 50 años.

11 · Tratamiento actual de la AP

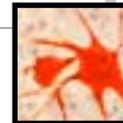


15 XXX Congreso Nacional de la SER
Los reumatólogos solicitan más apoyo a la investigación

19 · Usos terapéuticos de células madre

20 · Medicina coste-efectiva

21 Terapia **Dr. Javier Rivera Redondo**
Ejercicio físico en pacientes con fibromialgia



29 Estudios **Dr. Enrique Batlle Gualda**
Artrocad La artrosis de rodilla y cadera a examen

31 Asociaciones
Un paciente, nuevo presidente de la LIRE · Grupo de Acción contra la enfermedad reumática demanda más recursos...

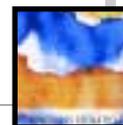


33 Bibliografía Comentada
Anti-TNF · Artritis reumatoide · Dolor de hombro



37 Respuestas al Buzón
Piedras en el riñón, dedo en resorte, quimioterapia y dolor, zapatos en verano

39 Libros Enfermedades reumáticas y del aparato locomotor de grandes artistas · El libro de la artritis reumatoide



40 Noticias NEOCESAR Sandimmun Neoral Etanercept · Humira · Condrosulf · " Libro blanco artrosis · Tai chí · Infliximab

44 Humanidades **Prof. Dr. Castillo-Ojugas**
Curaciones milagrosas de reumáticos y tullidos en la vida de Santo Domingo de Silos



46 Recursos de reumatología en Internet
Reum@tismos: All about arthritis · NIAMS · Medicina TV · Reumatología · ADEAPA

DR. JESÚS TORNERO MOLINA
NUEVO PRESIDENTE DE LA SER

“Vamos a esforzarnos en la defensa del estatus profesional”

Texto e imagen Carmen Salvador



EL DR. **Jesús Tornero Molina**

asume su cargo de nuevo presidente de la Sociedad Española de Reumatología tras la celebración del 30 Congreso Nacional de la SER. Continuar con la formación de los asociados y potenciar su estatus profesional, fomentar la investigación y abrir la SER a la cooperación con otras sociedades científicas, son los objetivos prioritarios del doctor Jesús Tornero Molina, jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Guadalajara.

“Estudios como EPISER nos han permitido calcular la población con patología y sus **necesidades...**”

“**C**omo Asociación científica tenemos la obligación de velar para que la asistencia al paciente reumático sea lo más exquisita posible, y el primer paso es generar un documento de calidad y tiempos mínimos que nos permitan establecer el ideal de recursos humanos y tecnológicos, tanto en Sanidad pública, como privada”. Las enfermedades reumáticas constituyen la primera causa de dependencia en la población anciana, con el sufrimiento e impronta social que ello supone en el ámbito individual, familiar y de la colectividad. Cuantificar su repercusión en números y diseñar desde la SER estrategias de entendimiento que reduzcan su prevalencia, son parte de los objetivos de la nueva directiva.

El nuevo presidente apuesta también por nuevos proyectos, “en los que definamos y establezcamos estrategias de intervención para mejorar la discapacidad, fundamentalmente en colectivos más desfavorecidos en prestaciones, como el ama de casa o las personas mayores”. Además de a los reumatólogos, quiere involucrar en este proyecto a otros especialistas, sobre todo Atención Primaria: “Estoy convencido de que una buena colaboración y una acertada intervención acortaría y disminuiría el impacto de la discapacidad.”

La formación continuada de los asociados es también objetivo prioritario de la nueva Directiva, manteniendo las actuales escuelas de formación, pero también intentando otras nuevas, como es la escuela del dolor, o los cursos de farmacoeconomía. “Cuanto mejor esté formado el reumatólogo, mejor aten-

ción recibirá el paciente.” Todos los años se forman unos cuarenta reumatólogos, con un nivel elevado. “En el segundo año de residencia MIR reciben un curso gratuito de introducción a la investigación, y en el tercer y cuarto año cursos monográficos financiados por la Sociedad, además de una reunión anual con los tutores.”

Dentro de esta actividad de formación, cobra especial interés mantener actualizado el Fondo Bibliográfico, “para que cubra lo más posible las necesidades de nuestros asociados. También tenemos previsto la edición de monografías con temas de interés para la especialidad y la edición del Banco de Imágenes en formato digital, con las imágenes que han ido aportando los socios”.

En cuanto a las publicaciones, “la Revista Española de Reumatología va a iniciar una nueva etapa, más atractiva e interesante con la fusión de la Revista mexicana de Reumatología. Seguiremos apoyando y potenciando las otras publicaciones, como “Los Reumatismos”, y el Boletín SER. Vamos a intentar también editar los congresos en soporte multimedia, si no completo, sí las principales conferencias magistrales y ponencias, no sólo para que el contenido de estos eventos pueda llegar a más asociados, sino también para utilizarlo como fondo bibliográfico”.

Según su nuevo presidente, la SER continuará celebrando dos simposios al año, uno de ellos sobre el dolor, uno de los temas en

los que parece estar más sensibilizada la nueva Directiva.

DOCUMENTO DE CALIDAD Y TIEMPOS MÍNIMOS

Invertir esfuerzos en potenciar la defensa del estatus profesional “sobre todo de cara a ofrecer al paciente una mejor y más excelente calidad” es una de las prioridades actuales de la SER. Para ello, continúa, se va a elaborar un documento de calidad y tiempos mínimos, que nos permita establecer el ideal de recursos humanos y tecnológicos, frente a las autoridades sanitarias, tanto autonómicas, como estatales, y frente a las compañías de seguros y entidades privadas. El estudio EPISER y otros que ha realizado la SER, como EMECAR, EmAR... nos han permitido calcular la población con patología reumática y sus necesidades; ahora vamos a ir más allá, vamos a cuantificar los recursos necesarios para que puedan acceder a una atención de más calidad”.

Reconoce que hay un gran desfase entre la prevalencia de las enfermedades reumáticas y el número escaso de especialistas. “Hay cierta voluntad en algunas comunidades por resolver este desfase, pero hay que insistir mucho, y lo seguiremos haciendo.”

La SER de la actualidad se ha convertido en referencia de lo que puede ofrecer una Sociedad, tanto en nuestro país, como en Iberoamérica. “Vamos a tratar de establecer un marco común estable, que no dependa de los presidentes de turno.”

... ahora vamos a ir más allá, vamos a cuantificar los recursos necesarios para que puedan acceder a una atención de más calidad”

“Estoy convencido que una buena colaboración y una buena intervención con otras especialidades afines acortaría y disminuiría el impacto de la discapacidad”



MÁS INVESTIGACIÓN

En los últimos 10 años la reumatología ha contado con importantes avances tanto en el conocimiento de la enfermedad como en los tratamientos. “No todas las enfermedades reumáticas suponen una condena al sufrimiento, y ahora menos que nunca, ya que contamos con fármacos que pueden detener algunas de las enfermedades inflamatorias más invalidantes, como la artritis reumatoide, la espondilitis... Aunque en otras enfermedades más prevalentes, como la artrosis o las lumbalgias, pese a que las vamos conociendo cada vez más, seguimos sin dar el gran salto que nos permita un tratamiento más agresivo.”

El nuevo presidente

Jesús Tornero Molina nació en Abarán (Murcia) a finales del 58. Es licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Madrid y doctor por la Universidad de Alcalá. Logró sobresaliente cum laude por su tesis sobre “Epidemiología de la discapacidad laboral debida a las enfermedades reumáticas”. Realizó la formación MIR en Reumatología en la Fundación Jiménez Díaz. Es diplomado en Medicina de Empresa por la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, facultativo especialista de Área de Reumatología del Hospital General Universitario de Guadalajara y jefe de Unidad de este mismo hospital. Es presidente del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital General de Guadalajara desde 1995 y profesor asociado del Departamento de Medicina de la Universidad de Alcalá desde 1988. Fue presidente de la Sociedad Castellano-Manchega de Reumatología y ha ocupado varios cargos en la SER. Editor del Manual de Enfermedades Reumáticas de la SER en las tres primeras ediciones. Autor de numerosas publicaciones e investigador principal/colaborador en múltiples ensayos clínicos en fase II, III y IV realizados en los últimos diez años en la Unidad de Reumatología del Hospital General de Guadalajara.

Junta Directiva de la SER

Presidente

Dr. Jesús Tornero Molina

Presidente electo

Dr. Josep Blanch i Rubió

Vicepresidentes

Dr. Juan Mulero Mendoza

Dr. Francisco Javier Ballina García

Secretario general

Dr. Pedro Javier Vidal Fuentes

Vicesecretarios

Dr. Antonio Naranjo Hernández

Dr. Alejandro Olivé Marqués

Tesorero

Dr. Eugenio de Miguel Mendieta

Contador

Dra. Sara Marsal Barril

Vocales

Dr. Rafael Ariza Ariza

Dr. Joaquín Belzunegui Otano

Dr. Ricardo Blanco Alonso

Dr. Manuel Caamaño Freire

Dr. Juan de Dios Cañete Crespillo

Dr. Eugenio Chamizo Carmona

Dr. Jordi Fiter Areste

Dr. Luis Francisco Linares Ferrando

Dr. Francisco J. Manero Ruiz

Dra. Lucía Pantoja Zarza

Dr. José Javier Pérez Venegas

Dr. J. Carlos Rosas Gómez de Salazar

MEJORAR LA DISCAPACIDAD

En cuanto a la investigación, el doctor Tornero quiere dar “un salto cualitativo, iniciar proyectos en los que definamos la situación y establezcamos estrategias para definir y mejorar la discapacidad, especialmente en grupos de población que no tienen una repercusión económica directa, como el ama de casa o el anciano”. Para ello quiere implicar, además de al reumatólogo, a la medicina de atención primaria. “Estoy convencido que una buena colaboración y una buena intervención acortaría y disminuiría el impacto de la discapacidad. A medida que seamos capaces de crear información que tenga verdaderamente repercusión en la opinión pública, nuestra especialidad y nuestro trabajo mejorarán.”

Según el nuevo presidente de la SER, “la gestión económica y la conducción de los Congresos debe recaer sobre la Sociedad”.

RELACIÓN CON EL PACIENTE

Según el doctor Jesús Tornero, es intención de la nueva Junta Directiva continuar la labor divulgativa

junto con la LIRE, para informar a la población sobre las enfermedades reumáticas, la manera de prevenirlas y su tratamiento, farmacológico, rehabilitador, dietético... “Es una labor complementaria a la investigación.”

¿CAMBIAR EL TÉRMINO REUMA?

La mayoría de las especialidades médicas incluyen en el término que las define una referencia al aparato, o sistema en el cual radica la enfermedad, enfermedades del aparato digestivo, del sistema nervioso central..., mientras que reuma es un término muy general, y la población “lo suele atribuir a más edad y a enfermedad irremediable, y no es así”.

“Hay una corriente en nuestra Sociedad -continúa el doctor Tornero- que piensa que quizás debiera incorporarse a la definición parte del aparato o sistema que tratamos, como trastornos del aparato locomotor, o enfermedades musculoesqueléticas... Ahí está, podemos pensar, madurar y actuar en consecuencia con el consenso de los asociados.”

Se inicia entre los 30 y 50 años

Artritis Psoriásica

Psoriasis más espondiloartropatía

Se trata de una espondiloartropatía, una enfermedad inflamatoria crónica de las articulaciones que se presenta en algunos enfermos de psoriasis. Cursa con dolor, hinchazón, calor, dificultad de movimiento de la articulación inflamada y a la larga con posibilidad de deformación. Sólo un 10% de enfermos con psoriasis desarrollarán artritis y la gravedad no está relacionada con la extensión de la lesión de la piel.

La artritis psoriásica evoluciona irregularmente a lo largo de la vida, con épocas de inactividad y otras de inflamación y dolor. El modo de manifestarse es diferente para cada persona y se han establecido cinco formas:

- Afecta a las pequeñas articulaciones de las manos o de los pies.
- De forma asimétrica a las articulaciones de las extremidades
- Artritis simétrica similar a la artritis reumatoide
- Artritis mutilante, muy rara, aunque destructiva y deformante

■ Artritis que afecta a la columna y articulaciones de la pelvis o sacroilíacas (espondiloartritis psoriásica)

En muchos pacientes se superponen síntomas de las diversas formas, y en ocasiones puede afectar a otras partes, como el ojo o el hueso; por ejemplo, es frecuente la inflamación de la inserción del tendón de Aquiles en el hueso calcáneo (talón).

UN LENTO INICIO

La psoriasis acostumbra a aparecer años antes que la artritis y sólo un 15% de los artríticos presentan





De arriba a abajo, algunas de las manifestaciones más comunes de la enfermedad: en el cuero cabelludo, la piel de las rodillas, deformación de las manos, lesión de las articulaciones falángicas interdistales y lesiones en uñas.

Hay dos síntomas que deben consultarse cuanto antes, ya que pueden confirmar la enfermedad: la inflamación de dedo del pie, aunque no duela, y la aparición de una lumbalgia que no mejora en reposo

antes la lesión articular que la lesión de la piel o de las uñas. Los síntomas más característicos son:

En la piel: Placas de piel roja, bien delimitadas, cubiertas de escamas blanquecinas y que frecuentemente se distribuyen de forma simétrica, afectando a zonas de apoyo como los codos o las rodillas. También es frecuente la aparición de lesiones en el cuero cabelludo, aunque puede afectar a toda la superficie cutánea.

En articulaciones: Comunes a cualquier tipo de artritis.

■ Dolor, calor, enrojecimiento, incapacidad de movilizar la articulación y en ocasiones deformación de la misma. Todas las articulaciones pueden estar afectadas, desde la de la mandíbula, hasta la de cualquier dedo.

■ A diferencia de otras artritis, es frecuente la lesión de las articulaciones interfalángicas distales (las que hay junto a las uñas).

■ Si la inflamación ha tenido lugar en la columna, preferentemente en su unión con la pelvis, uno de los síntomas más dominantes es el

dolor nocturno que hace levantar al paciente de madrugada.

■ También es frecuente el dolor en los talones al levantarse y dar los primeros pasos, así como el dolor punzante en tórax con la respiración profunda.

■ Otra manifestación articular es la rigidez de más de media hora de duración al levantarse por la mañana. Es difícil abrir y cerrar las manos, el movimiento de todas las articulaciones es como si estuviesen oxidadas.

■ Además de estos síntomas, cuando aparece un brote inflamatorio es frecuente que se asocie cansancio,



La mayoría tiene buena evolución. La enfermedad no acostumbra a limitar la actividad laboral ni las relaciones sociales

fatiga, e incluso fiebre si la inflamación de la articulación es muy aguda.

También atrofia muscular, que puede ocurrir por desuso de la articulación inflamada o por el mal estado general y el cansancio.

ANTECEDENTES EN EL 40 POR CIENTO

El inicio de la artritis psoriásica suele ocurrir entre los 30 y los 50 años, aunque puede afectar a personas de cualquier edad y sexo. Se calcula que en nuestro país hay unas 80.000 personas con esta enfermedad.

No se conoce, aunque se cree que es la consecuencia de una suma de factores genéticos,

Situaciones de estrés y ansiedad empeoran los síntomas

inmunológicos y ambientales. El 40 por ciento de los pacientes tiene antecedentes familiares.

El diagnóstico específico debe ir precedido de un diagnóstico de psoriasis y de artritis. Un paciente con psoriasis y dolores articulares, pero sin inflamación articular, no puede ser diagnosticado de artritis psoriásica.

En los análisis se encuentran pocos datos, alteraciones inespe-

cíficas de la inflamación: la velocidad de sedimentación globular (VSG), la proteína C reactiva (PCR) y otras, están ligeramente elevadas. Puede haber una ligera anemia, el nivel de ácido úrico en sangre puede estar alto y el factor reumatoide es negativo.

No existe confirmación de los factores que se le atribuyen, como el clima, o algunos alimentos; aunque situaciones de estrés y ansiedad empeoran los síntomas. Es frecuente que se relacione el primer brote de artritis con un trastorno psicológico grave, como la muerte de un familiar o similar.

Hay dos síntomas que deben consultarse cuanto antes, ya que pueden confirmar la enfermedad: la inflamación en dedo del pie, que se pone rojo y adquiere la forma de "salchicha", aunque no duela, y la aparición de una lumbalgia que no mejora en reposo.

EVOLUCIÓN

La mayoría tiene buena evolución. La enfermedad no acostumbra a limitar la actividad laboral ni las relaciones sociales. Sin embargo, un porcentaje de pacientes presenta una enfermedad severa y destructiva, con gran deterioro funcional.

TRATAMIENTOS

Van a depender de los síntomas: reposo para aliviar el dolor, pero también ejercicio para evitar la atrofia; aplicación de frío sobre la articulación caliente (no más de 10 minutos), electroterapia, terapia ocupacional, fármacos e incluso cirugía si la articulación dañada se puede sustituir por una articulación artificial o prótesis, como es la cadera o la rodilla.

TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS

El tratamiento farmacológico de la artritis psoriásica ha ido a remolque del de la artritis reumatoide. Esta es una de las razones que justifican la escasez de ensayos clínicos.



Si la inflamación ha tenido lugar en la columna, preferentemente en su unión con la pelvis, uno de los síntomas más dominantes es el dolor nocturno que hace levantar al paciente de madrugada

Antiinflamatorios no esteroideos, cortisona, antimaláricos, sales de oro, modificadores de la enfermedad, como metotrexato, ciclosporina, sulfasalacina, ... su elección va a depender de las características del paciente y de los efectos secundarios.

Los anti-TNF se han incorporado recientemente al arsenal terapéutico de la enfermedad, en aquellos casos en los que los otros fármacos no logran ser resolutivos. El daño articular y cutáneo, así como la incapacidad funcional, que producen las formas severas de artritis psoriásicas, experimentan mejorías clínicas y radiológicas con estos fármacos.

● (Texto elaborado a partir de los documentos de la SER sobre patologías)



DR. JESÚS RODRÍGUEZ MORENO
SERVICIO DE REUMATOLOGÍA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BELLVITGE

Tratamiento actual de la artropatía psoriásica

La artropatía psoriásica (AP) es una enfermedad articular inflamatoria crónica que se clasifica en el grupo de las espondiloartropatías. Con estas comparte algunas características comunes como son la inflamación de las inserciones ligamentosas (entesitis) y la afección de la columna. La artropatía psoriásica (AP) es una enfermedad articular inflamatoria crónica que se clasifica en el grupo de las espondiloartropatías. Con estas comparte algunas características comunes como son la inflamación de las inserciones ligamentosas (entesitis) y la afección de la columna.

Bajo el diagnóstico de AP se engloban pacientes muy heterogéneos puesto que los criterios seguidos para el diagnóstico son laxos. Basta que el paciente tenga evidencia de cualquier tipo de artritis y psoriasis para incluirlo dentro de este diagnóstico.

Nos encontramos desde pacientes con enfermedad extensa y severa que serían indistinguibles de la artritis reumatoide, hasta pacientes con enfermedad mono-oligoarticular con escasa repercusión funcional o pacientes con afección axial extensa cual si fueran una espondilitis anquilosante típica. Unos siguen un curso a brotes mientras que en otros es progresivo. No son infrecuentes las remisiones espontáneas prolongadas. Por lo tanto, el tratamiento debe ser individualizado en función de factores como la forma clínica, grado de inflamación, grado de daño articular residual, edad, actividad física...

Aproximadamente un 2 % de la población padece psoriasis y de éstos hasta un 10 % podrían desarrollar en algún momento artritis. Por lo tanto, la prevalencia de la AP rondaría alrededor del 0.1%. Desconocemos por qué unos pacientes sí y otros no la desarrollan. Esta heterogeneidad y escasa prevalencia dificultan la realización de ensayos clínicos, por lo que algunos de los aspectos que voy a exponer andan un poco cojos de evidencia científica.

ETIOPATOGENIA DESCONOCIDA

Como ocurre con otros tantos reumatismos articulares inflamatorios, desconocemos la etiopatogenia exacta del proceso, por lo que el tratamiento es en muchos aspectos meramente sintomático. El objetivo último del mismo es preservar la calidad de vida de paciente aliviando el dolor e intentando preservar la integridad de las articulaciones.

Un buen balance entre el reposo articular y el ejercicio suave constituiría la piedra angular en la terapia física de la AP



Aunque el paciente sea joven y padezca una enfermedad leve, se debe desaconsejar el ejercicio físico intenso, especialmente los deportes de contacto

Para ello dispondremos de un arsenal terapéutico que incluye medidas farmacológicas y no farmacológicas, sin pasar por alto el aspecto psicológico que comporta toda enfermedad crónica álgida y con potencial de producir incapacidad física, en ocasiones muy marcada.

Otro factor a tener en cuenta al

escoger un tratamiento en un paciente concreto con AP es el grado de afección cutánea. El grado de severidad de esta puede no ser paralelo al grado de afección articular. Algunos de los fármacos utilizados son eficaces en las dos facetas.

TERAPIA FÍSICA

Como en cualquier reumatismo inflamatorio debe ser una terapia física suave, activa, diaria. Su función es la de preservar la movilidad y evitar la atrofia muscular. Aunque el paciente sea joven y padezca una enfermedad leve, se debe desaconsejar el ejercicio físico intenso, especialmente los deportes de contacto, ya que un traumatismo puede ser el desencadenante de un brote de artritis en la articulación contusionada.

En cuanto a la aplicación de calor o frío no existe acuerdo. Si existe rigidez y escasos signos flogóticos, se aconseja calor; pero si la artritis es de reciente aparición y la flogosis manifiesta, puede ser útil el frío.

Un buen balance entre el reposo articular y el ejercicio suave constituiría la piedra angular en la terapia física de la AP.

ANTI-INFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINE)

Aunque su uso no ha demostrado que altere el curso o pronóstico de la enfermedad, es evidente que producen un alivio sintomático. No se ha descrito que ninguno en concreto esté especialmente indicado o contraindicado.

En alguna publicación antigua se había apuntado que podrían agravar la sintomatología cutánea. Este fenómeno no ha sido confirmado ni rechazado en publicaciones posteriores. Sobre la base de mi experiencia personal, creo que los AINE influyen escasamente en la afección cutánea, si exceptuamos algún paciente aislado.

CORTICOESTEROIDES EN INFILTRACIÓN LOCAL

Su uso está muy extendido y su utilidad en las formas con pocas articulaciones afectas está fuera de toda duda. Una norma que utilizo y que me ha dado excelentes resultados es la infiltración precoz de aquella articulación que se inflama de novo. En las dactilitis, la infiltración precoz de la vaina flexora suele obtener excelentes resultados.

CORTICOESTEROIDES SISTÉMICOS

Su uso es muy controvertido. En la afección cutánea pueden favorecer brotes eritodérmicos graves.

Aunque no hay evidencia científica, su uso a dosis bajas (<5mg de prednisona o equivalente / día) se podría plantear en aquellas formas poliarticulares similares a la artritis reumatoide. Pero como norma debe evitarse su uso sistémico crónico, aún en dosis bajas.

Otra modalidad de uso son las tandas a dosis intermedias (<20 mg / d) y con retirada paulatina (1-2 meses). Pueden ser útiles en brotes agudos especialmente intensos en espera de que actúen los fármacos modificadores de la enfermedad (FAME).

FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FAME)

Aunque realmente está por demostrar si realmente modifican el curso de la enfermedad, este acrónimo está muy extendido. Se han ensayado las sales de oro, los antiplúdicos, la salazopirina, el metotrexato, la ciclosporina y la leflunomida.

De los FAME con más evidencia científica de eficacia están la salazopirina y el metotrexato. No todos los pacientes responden y en algunos la respuesta es pobre.

Quizás sea el metotrexate el fármaco más utilizado; a esto contribuye que además sea uno de los fármacos más utilizadas en la afección

cutánea severa. Las dosis de respuesta parecen ser más altas que en la artritis reumatoide y no lo debemos descartar por ineficaz sin antes haber alcanzado dosis de 20 mg / semanales, siempre y cuando no aparezcan efectos secundarios.

Aunque la evidencia científica es menor, si el clínico está familiarizado con su uso, ciclosporina o leflunomida pueden ser una alternativa de tratamiento. No debemos olvidar que la mayoría de los fármacos incluidos en el epígrafe de FAME pueden presentar efectos secundarios graves y su uso debe reservarse a aquellas formas poliarticulares más agresivas y deben ser prescritos por médicos familiarizados con su uso. La mayoría de pacientes con formas mono-oligoarticulares se pueden manejar perfectamente con AINE y corticosteroides locales.

FÁRMACOS BIOLÓGICOS

Reciben este nombre por haber sido diseñados mediante sofisticadas técnicas de biotecnología para bloquear diferentes eslabones del sistema inmunitario. Los más desarrollados son aquellos que bloquean de diferentes formas el factor de necrosis tumoral alfa (TNF α). De los tres disponibles en el mercado (etanercept, infliximab y adalimumab) es el etanercept el que tiene la investigación más desarrollada en AP. Por ahora es el único que tiene esta indicación en España.

Al igual que ocurría con otros FAME, pueden desarrollar complicaciones graves, especialmente infecciosas. Su coste es muy elevado. Aunque no se ha establecido consenso para su uso en la AP, parece lógico reservarlos para aquellos pacientes con afección articular o cutánea severa donde han fracasado otros FAME. Sobre



Es indiscutible que los fármacos biológicos han supuesto un avance considerable en la terapia de la AP grave

El tratamiento debe ser individualizado en función de factores como la forma clínica, grado de inflamación, grado de daño articular residual, edad, actividad física...

la duración de su uso no hay pautas establecidas, pero el carácter cíclico de la enfermedad en muchos pacientes hace prever que podrá ser discontinuo en algunos, a diferencia de los que ocurre en la artritis reumatoide.

Es indiscutible que han supuesto un avance considerable en la terapia de la AP grave. Incluso en formas de actividad moderada permiten la reincorporación laboral y social plena de muchos pacientes.



XXX CONGRESO NACIONAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE REUMATOLOGÍA

Los reumatólogos solicitan más apoyo a la investigación

A lrededor de la mitad de la población acusa una enfermedad reumática aguada o crónica. Estas enfermedades están consideradas las de peor calidad de vida, más que las enfermedades pulmonares y las cardíacas y más frecuentes, incluso, que la hipertensión arterial. La mitad de las incapacidades laborales en nuestro país se deben a problemas musculoesqueléticos, y un 14,4% del total de las bajas laborales se deben a enfermedades reumáticas, ocupando el segundo lugar después de las afecciones respiratorias y el primer lugar por número de días de trabajo perdidos.

A pesar de afectar a más población que ningún otro grupo de trastornos, no están suficientemente consideradas, ni en nuestro país ni en el resto de Europa. "La mayoría de estas enfermedades son tratables y prevenibles, siempre que se disponga de fondos para investigación biomédica", ha señalado el doctor Jordi Carbonell, hasta ahora presidente de la Sociedad Española de

Doctor Jesús Tornero: "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"

Reumatología con motivo del 30 Congreso Nacional, celebrado en Barcelona del 18 al 21 de mayo, y que este año ha querido acercar las últimas novedades en diagnóstico e investigación a una especialidad que reclama más recursos. "Tenemos la obligación de llamar la aten-

ción a las autoridades y a los ciudadanos para detectar cuanto antes los problemas reumáticos y poder ser más efectivos con los tratamientos."

"En esta edición, el Congreso ha querido implicar a otros profesionales en nuestra actividad, tanto diaria como científica -señaló el doctor Joseph Blanch i Rubió, presidente del Comité Local del Congreso-, con las Jornadas de Enfermería reumatológica, el curso sobre artrosis para médicos de atención primaria, o las conferencias magistrales del profesor Bernat Soria, sobre células madre, y el economista Guillem López Casanovas sobre el impacto de la decisión clínica en la economía en general. "



MARCADORES GENÉTICOS PARA DIAGNÓSTICO

Las enfermedades reumáticas más frecuentes, como la artrosis, o más invalidantes, como la artritis reumatoide, cuentan en la actualidad con tratamientos que pueden llegar a frenar su evolución; de ahí la importancia de diagnosticarlas a los primeros síntomas para evitar que produzcan mayores lesiones.

Un estudio realizado en el año 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 (se produce por una alte-

ración del cartílago, los síntomas de dolor intermitente van asociados a una atrofia muscular). 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."

Una de las líneas de investigación más prometedoras para diagnosticar esta enfermedad son los biomarcadores de transcriptomas, de los que trató el doctor Ashok Amin, de la Universidad de Virginia. Estos marcadores genéticos ayudarán no sólo a diagnosticar la enfermedad, sino también su severidad y cómo puede evolucionar en el paciente.

El profesor holandés Eric Vossemaer, fue el encargado de la conferencia magistral sobre los anticuerpos anticitrulina, unos anticuerpos que pueden predecir los primeros síntomas de la artritis reumatoide,

enfermedad invalidante y autoinmune que padecen unas 200.000 personas en nuestro país. El diagnóstico a través de estos anticuerpos - mediante un análisis de sangre- ya está disponible en muchos de nuestros hospitales.

UN SITIO PARA LOS PACIENTES

La Liga Reumatológica Española (LIRE) estuvo presente en el Congreso con una Jornada dedicada a la problemática actual de los pacientes reumáticos y sus posibles vías de solución. La LIRE, que cuenta con un nuevo presidente, Santos Yuste Zato, por primera vez paciente, propuso durante el Congreso la constitución de la Confederación de pacientes reumáticos (CONFEPAR), una idea que comenzó a gestarse hace ya dos años y que quiere agrupar a todas las asociaciones, y federaciones, para que haya una sola voz.





XXX CONGRESO NACIONAL DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

**CONFERENCIA MAGISTRAL DEL PROFESOR BERNAT SORIA
SOBRE USOS TERAPÉUTICOS DE LAS CÉLULAS MADRE**

“Es probable que España cuente con un banco de células madre dentro de un año”

Las células madre son células que tienen una gran capacidad para formar cualquier tejido humano. Pueden obtenerse de embriones en las primeras fases de desarrollo (hasta dos semanas) o de las reservas que el organismo adulto mantiene con el fin de reparar los daños que se producen en los tejidos. El acertado término de célula “madre” surgió precisamente en España, según el profesor Bernat Soria, del Instituto de Bioingeniería de la Universidad Miguel Hernández, y del Departamento de Cirugía de la Universidad Nacional de Singapur. Soria, único científico en nuestro país que está realizando investigación con células madre, ha participado con una conferencia magistral en el último Congreso de la SER.

Las células madre presentan tres características fundamentales: se regeneran a sí mismas, pueden diferenciarse en otros tipos celulares, y pueden colonizar y regenerar otras células. Para Bernat Soria lo importante es que tengan la capacidad de proliferación—es decir, se necesitan millones de células para conseguir el objetivo—, y la capacidad de diferenciación (puedan diferenciarse



“El verdadero mensaje de la oveja Dolly no ha sido crear una “fotocopia”, sino conseguir la reprogramación de la célula”

en otras células). El científico sugirió la posibilidad de que “exista la madre de todas las células, posiblemente en la médula ósea” y que permita generar cualquier célula.

**NO FOTOCOPIAR,
SINO REPROGRAMAR**

Según este especialista, que mantiene varias líneas de investigación tanto en España como en Singapur,

el verdadero mensaje de la oveja Dolly, no ha sido crear una “fotocopia”, sino conseguir la reprogramación de la célula. Afirma que estamos en una revolución científica, y que en estas condiciones es muy difícil sacar conclusiones, sobre todo “cuando hay presión por la velocidad con que aparecen los datos”. Sugiere igualmente que, además del papel de la célula

madre en la regeneración del tejido, "puede que éste también lance algún mensaje para esa regeneración".

Entre las aplicaciones más cercanas, y que ya han respondido en modelos animales, figuran, además del trasplante de médula ósea, la regeneración postisquémica del miocardio, el trasplante de piel, el trasplante de epitelio corneal y el trasplante de islotes pancreáticos.



CÉLULAS MADRE EMBRIONARIAS

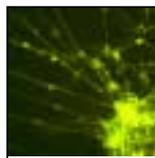
Las células madre embrionarias pueden extraerse por tres vías: mediante embriones, mediante técnicas de clonación y también forzando la división de óvulos sin fecundar.

En nuestro país está autorizada la investigación con embriones humanos sobrantes de programas de fertilización in vitro -regulada por la Ley 45/2203- que hayan superado el plazo de cinco años de crioconservación, que cuenten con el consentimiento informado de los progenitores y no fueran a ser transferidos a su madre biológica, ni donados a otras parejas.

El procedimiento es el siguiente: Se fecunda un ovocito y se forma el cigoto, la primera célula del organismo humano, capaz de generar un ser humano completo. El cigoto se divide y da lugar a una masa de células y al blastocito (en condiciones normales éste se adhiere al útero y formaría el embrión). De él

se separan las células internas que le rodean y se cultivan en el laboratorio reproduciendo las condiciones del tejido que se quiera generar, corazón, hueso... Estas células regeneradas, o diferenciadas se implantan, por ejemplo en un corazón infartado, y sustituyen a las células dañadas.

Existen estudios experimentales con células madres embrionarias en diabetes, parkinson, lesiones de la médula espinal y algunas inmunodepresiones, como los "niños burbuja".



CÉLULAS MADRE DE ADULTO

En humanos se conoce desde hace años la célula madre hematopoyética de adultos, que reside en la



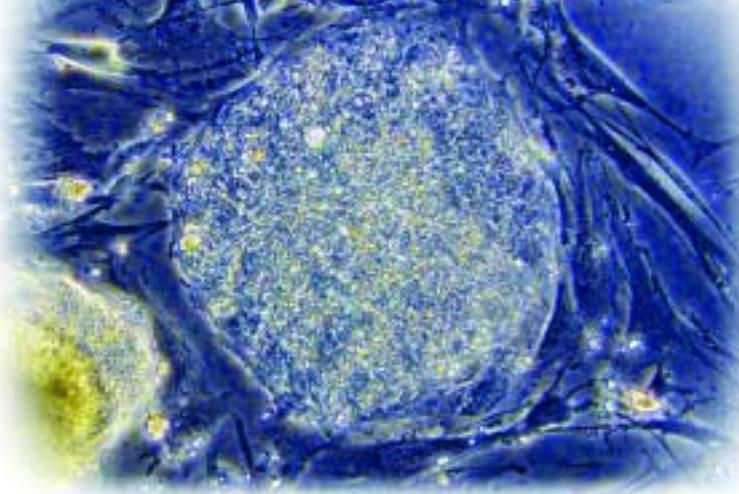
médula ósea y que da origen a todas las líneas de células sanguíneas e inmunes. También se conocen desde hace tiempo células madre en sangre o epidermis, células con una gran tasa de proliferación, pero sólo recientemente se han descubierto

procesos de cribado para separar las células, y el preparado conseguido se inyecta al paciente; las progenitoras celulares se dirigen a la zona dañada para repararla. El trasplante de médula ósea es, en realidad, un trasplante de células madre.

cuerpo de un paciente, como puede ser tejido cardíaco, o piel, y luego se estimula artificialmente para que se desarrolle en forma similar a un embrión fertilizado por espermatozoides. De este embrión se pueden extraer células para trasplantarlas al paciente, sin problemas de rechazo, puesto que tiene el propio material genético del paciente.

Esta técnica no está autorizada en todos los países. En febrero de este año un equipo de científicos surcoreanos dice haber conseguido con éxito la clonación de un embrión humano y haber elegido células madre a partir de él. Gran Bretaña legalizó en el año 2001 la clonación con fines terapéuticos

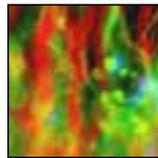
Colonia de células madre embrionarias (Microscopio 20X)



células madre en otros tejidos y órganos, como el cerebro, que presentan la suficiente flexibilidad como para generar células especializadas de otras partes.

El propio profesor Bernat Soria, máximo exponente del proyecto de investigación con células madre impulsado por la Junta de Andalucía, ha señalado que el potencial regenerador de las células madre procedentes de tejidos adultos es mayor de lo que se pensaba, aunque para este científico la pregunta principal es qué es lo que hace que se reprogramme una célula adulta o embrionaria. Para conocerlo se necesitarán más estudios.

Hasta ahora la médula ósea ha demostrado ser la mejor fuente de células madre dentro del organismo adulto. Para obtenerlas se realiza una aspiración mediante punción de un hueso. El material que se obtiene pasa por una serie de



BANCO DE CÉLULAS MADRE

El Reino Unido ha abierto el primer banco del mundo de células madre, embrionarias y adultas, con el fin de suministrar este tipo de células a investigadores de todo el mundo. El nuevo banco, que parte de los fondos recogidos por el King's College de Londres y el Centre for Life de Newcastle, aceptará células madre procedentes tanto de embriones como de fetos y de personas adultas. Según el profesor Bernat Soria es muy posible que en España se abra un banco de estas características dentro de un año, en concreto en Granada; Andalucía es la Comunidad pionera en la autorización de estas investigaciones.



CLONACIÓN TERAPÉUTICA

La clonación terapéutica se realiza retirando el núcleo de un óvulo humano y reemplazándolo con el núcleo de una célula del



RECONSTRUCCIÓN DE ÓRGANOS Y TEJIDOS

La investigación para la reconstrucción de órganos y tejidos, como las prótesis óseas biológicas, a base de combinaciones de células, sustancias bioactivas y matrices tridimensionales de soporte que imitan el hueso natural, ya ha comenzado. Son varias las líneas de investigación utilizando células madre de médula ósea para generar implantes ortopédicos. Se han dado también algunos pasos en la reconstrucción de tejido, como vejiga, arterias funcionales artificiales...

En Estados Unidos ya han sido aprobados, para uso clínico, derivados de piel y de cartílago, un sustituto de piel hecho con células de la dermis, sobre un polímero biodegradable y que se puede usar como cubierta protectora temporal en quemaduras de 2º y 3º grado; un material para el tratamiento de las úlceras en los pies de los diabéticos, a base de células que se estimulan y producen colágeno, proteínas estructurales y factores de crecimiento; condrocitos para reemplazar cartílago dañado... Sin embargo, la regeneración de órganos completos, como riñón o hígado aún está mucho más lejos de convertirse en realidad.



XXX CONGRESO NACIONAL DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

EL ECONOMISTA GUILLEM LÓPEZ-CASASNOVAS CUESTIONA QUE LA ESTRUCTURA DE NUESTRO SISTEMA SANITARIO SEA LA ADECUADA PARA AFRONTAR EL PRÓXIMO FUTURO

“La buena medicina es la ‘coste-efectiva’ y la calidad asistencial no requiere despilfarro”

La mejora de la gestión no es una alternativa coyuntural, es una obligación permanente. La buena medicina es la ‘coste-efectiva’ y la calidad asistencial no requiere despilfarro ni malversación.” Así se expresó el profesor de Economía Guillem López-Casasnovas, de la Universidad Pompeu Fabra, en su conferencia magistral pronunciada en el XXX Congreso de la Sociedad Española de Reumatología.

La intervención del profesor López-Casasnovas trató de responder a la cuestión de cómo diseñar un sistema de asistencia con mejoras valiosas como resultado de la tecnología médica disponible, y al mismo tiempo trabajar para reducir la asistencia de menor valor. El economista dejó en pie el debate sobre si será apropiada la estructura de nuestro sistema sanitario (la manera en que se organiza, con qué se financia y se gestiona) para poder afrontar el futuro que se nos avecina.

Resulta una labor ingente, señaló, acompasar la eficiencia en la utilización de los recursos con los postulados éticos. “Ni los economistas podemos mirar sólo el coste de las

prestaciones sanitarias, ni los profesionales de la sanidad pueden confiar su interés en los beneficios diagnósticos y terapéuticos de su actividad. Sin vincular recursos y resultados, no puede haber eficiencia.”

Muchos de estos recursos los “gestionan” los profesionales en su práctica, con la priorización más o menos explícita en sus decisiones

CONSIDERAR LOS COSTES

Muchos de estos recursos los “gestionan” los profesionales en su práctica, con la priorización más o menos explícita en sus decisiones, su práctica clínica cotidiana, sus hábitos de prescripción. Los profesionales sanitarios no pueden hacer “aquello que haga falta” por “su” paciente sin atender a consideraciones de coste.

No hacer caso de este principio de sentido común supondría un comportamiento más fanático que ético por mucho que parezca lo contrario.

Para este economista, será necesario valorar una determinada práctica en términos de alternativas, no sólo para aquellos pacientes que están en espera, “con costes que acabarán previsiblemente soportando de manera mayoritaria los propios individuos, sino tal vez para aquellos que no se beneficiarán nunca de un programa de educación sanitaria que convierta en utilización el derecho de acceso, para el que el sistema no encuentra recursos, o para nuevas prestaciones irrealizables por falta de inversión, ya que todo se destina a gasto corriente.”

Señala el profesor López-Casasnovas, que la mejora de la gestión no es una opción, sino una exigencia de cualquier utilización de los recursos públicos, de higiene, en todo tiempo y lugar. “Médicos y economistas partimos de una restricción dada. Esta se debe entender bajo una percepción de coste de los recursos en sentido amplio, de coste de oportunidad - resultado de valorar lo que hacemos y de las alternativas posibles que dejamos de hacer- y de coste social.”

DR. JAVIER RIVERA REDONDO

ESPECIALISTA EN REUMATOLOGÍA INSTITUTO PROVINCIAL DE REHABILITACIÓN

Terapia con ejercicio físico en pacientes con fibromialgia

Alternativa terapéutica a los pobres resultados con tratamiento farmacológico

La fibromialgia es un cuadro clínico que se observa fundamentalmente en mujeres en la edad media de la vida, hacia los 45-50 años. Se caracteriza por unas manifestaciones clínicas presentes en la mayoría de los pacientes y que consisten en: dolor generalizado músculo esquelético, cansancio que aparece con facilidad después de realizar actividades habituales de la vida diaria, alteraciones del sueño que contribuyen a aumentar el cansancio crónico de estos pacientes, ansiedad y depresión. Existen otros síntomas asociados, pero su importancia es diferente dependiendo de cada paciente.

AVANZANDO HACIA LAS CAUSAS

En la actualidad no se conoce la causa de la fibromialgia pero se van descubriendo los mecanismos patogénicos que intervienen en este proceso. Así, por ejemplo, se ha descrito una alteración en los mecanismos de percepción del dolor producida por distintas alteraciones de los neurotransmisores que podrían explicar en parte este cuadro. Sobre la base de estos

descubrimientos se ha llegado a la conclusión de que la fibromialgia no es una enfermedad psiquiátrica, en contra de lo que se pensaba anteriormente, aunque la ansiedad y diferentes grados de depresión juegan un papel importante

La fibromialgia no es una enfermedad psiquiátrica, aunque la ansiedad y diferentes grados de depresión juegan un papel importante en las manifestaciones clínicas

en las manifestaciones clínicas de estos pacientes.

Desde hace tiempo en el tratamiento de la fibromialgia se están utilizando fármacos analgésicos, antiinflamatorios, relajantes musculares, ansiolíticos y antidepresivos. Pero los resultados a largo plazo no han sido todo lo bueno que cabría esperarse, como lo demuestra el hecho de que en un gran porcentaje de los casos el cuadro clínico permanece invariable después de varios años de evolución a pesar de los tratamientos utilizados.

EJERCICIO FÍSICO COMO ALTERNATIVA

Estos pobres resultados con los tratamientos farmacológicos han llevado a explorar otras posibilidades terapéuticas y, entre otras medidas, desde hace algunos años se han empezado a utilizar terapias basadas en ejercicio físico para el tratamiento de estos pacientes.

La base racional para el uso de terapia con ejercicio físico en el tratamiento de la fibromialgia es múltiple. De una parte, el alto grado de evidencia que existe en la actualidad de que el ejercicio físico practicado con asiduidad disminuye el

riesgo de enfermedades, mejora la salud y proporciona unos niveles de calidad de vida superiores a la de los individuos que no realizan ejercicio como práctica habitual. Por otro lado, las manifestaciones clínicas más relevante de la fibromialgia, como el dolor, el cansancio o la rigidez, se localizan preferentemente en el aparato locomotor por lo que parecería lógico actuar en este punto mejorando su rendimiento. Por último, se ha podido comprobar mediante varios estudios que la forma física y la capacidad funcional de los pacientes con fibromialgia se encuentra muy disminuida con respecto a la de los sujetos sanos. En este sentido, se ha visto que los pacientes con fibromialgia tienen menos fuerza muscular, menor resistencia a la fatiga muscular, menos capacidad para realizar ejercicio aeróbico, y unos índices mayores de fatiga percibida después de realizar un ejercicio físico determinado.

LA FATIGA APARECE ANTES

Las consecuencias de un mal estado de forma física sobre la sintomatología de estos pacientes son fácilmente deducibles. La fatiga aparece antes y con mayor intensidad cuando se realizan actividades comunes de la vida diaria, el dolor aumenta ante cualquier actividad física por moderada que ésta sea, y la calidad y la cantidad de sueño no son suficientes para inducir una recuperación nocturna, con lo que se cierra un círculo vicioso muy perjudicial. A pesar del cúmulo de evidencias existentes que podrían apuntar hacia un posible origen muscular de este problema, hasta el momento no se ha podido demostrar ninguna alteración específica del músculo como causa de la fibromialgia. Esto llevó a plantear la hipótesis de que si no existía un problema muscular como base de la fibromialgia, en estos pacientes se podría conseguir un grado de entrenamiento

para realizar ejercicio físico similar al que se obtiene en los sujetos sanos. En una serie de trabajos realizados en los últimos años se ha podido comprobar que efectivamente esto es así, y que los pacientes con fibromialgia sometidos a un progresivo entrenamiento físico consiguen la misma capacidad para realizar ejercicios que los sujetos sanos.

De estos hallazgos además puede deducirse que la mala forma física que presentan estos pacientes es otra consecuencia más del cuadro clínico de la fibromialgia y no la causa de la misma. Este aspecto

Los pacientes con fibromialgia sometidos a un progresivo entrenamiento físico consiguen la misma capacidad para realizar ejercicios que los sujetos sanos

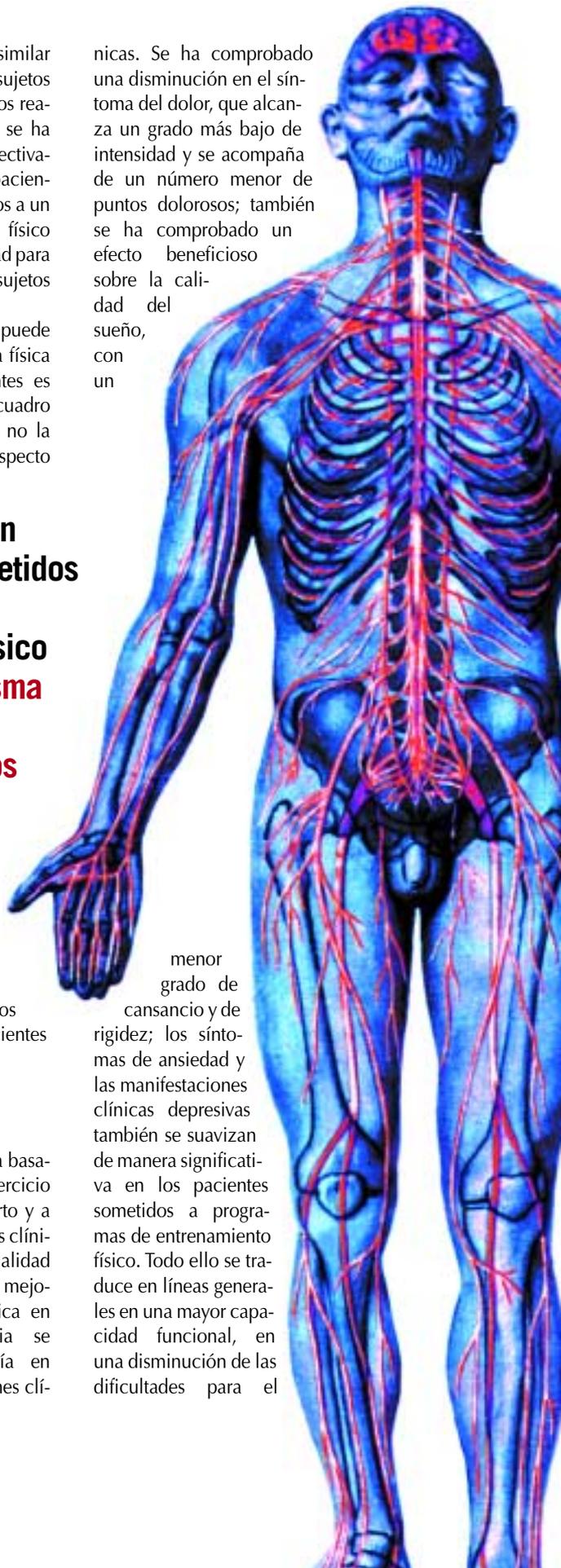
tiene una gran importancia estratégica pues convierte al estado de forma física en uno de los objetivos prioritarios a tratar y a mejorar en los pacientes con fibromialgia.

LOS BENEFICIOS DEL EJERCICIO FÍSICO

Los beneficios de una terapia basada en la realización de ejercicio físico se deben valorar a corto y a largo plazo. En varios ensayos clínicos realizados hasta la actualidad se ha podido constatar que la mejora del estado de forma física en pacientes con fibromialgia se acompaña de una mejoría en muchas de sus manifestaciones clí-

nicas. Se ha comprobado una disminución en el síntoma del dolor, que alcanza un grado más bajo de intensidad y se acompaña de un número menor de puntos dolorosos; también se ha comprobado un efecto beneficioso sobre la calidad del sueño, con un

menor grado de cansancio y de rigidez; los síntomas de ansiedad y las manifestaciones clínicas depresivas también se suavizan de manera significativa en los pacientes sometidos a programas de entrenamiento físico. Todo ello se traduce en líneas generales en una mayor capacidad funcional, en una disminución de las dificultades para el



desarrollo de las actividades de la vida diaria y una percepción de la calidad de vida superior a la que tenían antes de realizar el tratamiento.

Sin embargo, la mejoría del cuadro clínico sólo es patente mientras el paciente realiza el programa de

Aún se desconoce la evolución de las manifestaciones clínicas de la fibromialgia cuando se realiza ejercicio físico de forma constante

ejercicio físico para desaparecer paulatinamente una vez que ha finalizado éste. En este sentido, en la práctica totalidad de los trabajos publicados hasta la fecha el tiempo de duración de los ensayos clínicos ha sido demasiado corto, desde algunas semanas a pocos meses, no permitiendo sacar conclusiones sobre lo que ocurre a largo plazo. Desdichadamente no existe en la actualidad ningún trabajo que analice la evolución de las manifestaciones clínicas de la fibromialgia cuando se realiza ejercicio físico de forma constante.

Otro aspecto importante que se puede apreciar en muchos de estos estudios es el alto porcentaje de pacientes que abandonan el tratamiento incluso antes de haber finalizado el ensayo clínico. No parece que estos abandonos obedezcan a un empeoramiento del cuadro clínico pues, como ya hemos comentado, los pacientes con fibromialgia son capaces de realizar el mismo tipo de ejercicio físico que los suje-

tos sanos sin que ello se acompañe de un empeoramiento de sus manifestaciones clínicas. La explicación más plausible para estos abandonos probablemente radique en una mezcla de la dificultad que existe para hacerlos en un centro preparado para ello, la falta de tiempo, el elevado coste económico, y el desconocimiento por parte del paciente del beneficio que le puede proporcionar esta terapia.

Así pues, el primer paso que hay que dar en esta dirección es comprobar el beneficio a largo plazo que supone la realización de una terapia basada en la práctica diaria de ejercicio físico. Hay que saber la relación que guardan el hecho de encontrarse en buen estado de forma física con las manifestaciones clínicas de la fibromialgia, la aparición de problemas psiquiátricos, de problemas laborales, de deterioro físico y de calidad de vida.

COMENZAR CON EJERCICIO SUAVE Y PROGRESIVO

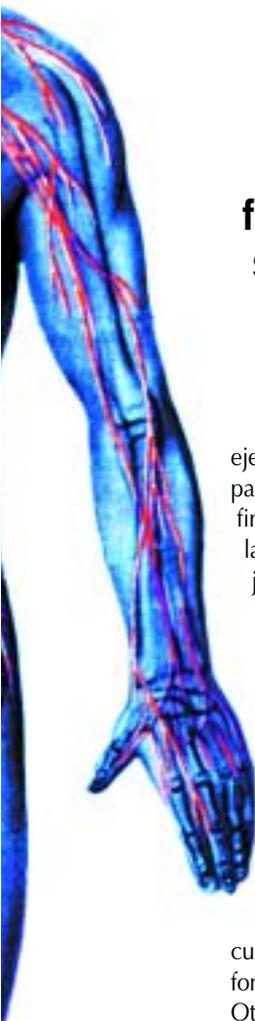
Las dificultades para realizar un programa de entrenamiento físico de estas características son muchas. En primer lugar, se debe tener en cuenta que estos pacientes habitualmente se encuentran en un pésimo estado de forma por lo que un comienzo demasiado brusco del ejercicio físico puede producir un agravamiento de sus manifestaciones clínicas, fundamentalmente dolor y cansancio, que conducen con frecuencia a un abandono prematuro del tratamiento. Esto obliga a que en los programas de ejercicio físico el comienzo sea lo más paulatino posible y nunca incorporando al paciente a un grupo de tratamiento ya establecido con otras personas que tienen ya un cierto estado de forma.

Otro aspecto importante es conseguir que el paciente se adhiera al tratamiento. Hay que explicar al paciente que los beneficios que produce el ejercicio físico no se

aprecian de manera inmediata y en muchos casos, dependiendo de la situación inicial, se tardan varios meses en conseguir alguna mejoría. Por último, hay que llamar la atención sobre la ausencia de programas de tratamiento y centros especializados en los que se puedan atender de manera global las necesidades de los pacientes con fibromialgia. No hay que olvidar que, junto a toda la problemática anteriormente mencionada, estos tratamientos resultan caros, fuera del alcance de un buen número de personas, y que además requieren una dedicación importante en términos de tiempo. Es por ello que en las unidades de fisioterapia de los centros de salud se deberían desarrollar estos programas para que estuvieran al alcance de la mayoría de los pacientes con fibromialgia.

Las unidades de fisioterapia de los centros de salud deberían desarrollar programas de tratamiento físico que estuvieran al alcance de los pacientes con fibromialgia

En la actualidad se está realizando un ensayo clínico de larga duración patrocinado por la Liga Reumatológica Española (LIRE) de un tratamiento basado en ejercicio físico en pacientes con fibromialgia. Esperamos que los resultados obtenidos con esta iniciativa sirvan en un futuro próximo para desarrollar programas específicos en las unidades de fisioterapia más cercanas a los pacientes.



DR. ENRIQUE BATLLE GUALDA

COORDINADOR DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA PARA EL ESTUDIO ARTROCAD REUMATÓLOGO DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE
PROFESOR ASOCIADO DE MEDICINA; UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ; ALICANTE

ArtRoCad: la artrosis de rodilla y cadera a examen

La artrosis no sólo es la enfermedad reumática que afecta a un mayor número de personas sino que es la dolencia más común en la población general, por encima de procesos tan frecuentes como las fracturas, las infecciones de vías respiratorias altas, o la hipertensión arterial. La artrosis suele aparecer en la década de los 50 y aumenta rápidamente con la edad, es más frecuente en las mujeres, afecta sobre todo a las manos, rodillas, caderas y columna, tiene un curso muy variable pero a menudo progresivo, y con frecuencia produce dolor y discapacidad. Aunque es una enfermedad con baja mortalidad, su alta prevalencia y perdurabilidad (afecta a muchos, durante muchos años), hacen que su carga social sea enorme.

La artrosis aparece como consecuencia de un deterioro progresivo del cartílago articular, cuya principal función es facilitar la congruencia articular y reducir el impacto de las fuerzas que actúan sobre los huesos durante los movimientos, produciéndose una pérdida gradual de sus propiedades físicas y en especial de su capacidad de amortiguación. A este cambio le seguirán otros que afectarán al hueso subcondral y a todas las estructuras que forman parte de la articulación incluyendo los elemen-

tos de sujeción (músculos y ligamentos).

Los datos de un estudio epidemiológico realizado por la Sociedad Española de Reumatología (EPISER) muestran que, por encima de los 65 años de edad, el 19% de la población española tiene una artrosis sintomática de manos y el 29% una artrosis sintomática de rodilla. Algu-

nos autores han llegado a considerar el dolor de rodilla en las personas de más edad como la última "epidemia" del aparato locomotor. La encuesta Nacional de Discapacidades también nos indica que la primera causa de discapacidad en la población española, por encima de los 65 años, son las enfermedades reumáticas, en especial, la artrosis, y en relación con



la dificultad para desplazarse (por problemas en las rodillas o las caderas). Pero, por debajo de los 65 años de edad, la artrosis también es la primera causa de invalidez permanente para la actividad laboral.

LOS FACTORES DE RIESGO

Como esta enfermedad es más probable cuanto mayor sea la persona y se ha relacionado con el envejecimiento, desde antaño se ha referido a ella como artropatía degenerativa, aunque los expertos prefieren denominarla artrosis, pues evita muchos de los equívocos relacionados con el vocablo degenerativo. Aunque hoy en día desconocemos el mecanismo exacto por el que se inicia toda la cadena de acontecimientos que conducen a la artrosis, sí sabemos que hay unos factores de riesgo que favorecen su aparición y empeoran su pronóstico. Por ejemplo, es fácil comprender que aquellos problemas que afecten al cartilago articular, como las fracturas intraarticulares, o los cambios en la angulación fisiológica de los huesos que forman una articulación modificando su relación de fuerzas, podrán iniciar el proceso de desgaste al que nos hemos referido. Pero mayor importancia tienen los micro traumatismos repetidos y la sobrecarga que se produce en determinadas actividades laborales o deportivas, o como consecuencia de la obesidad. Especial atención merece esta última por su incremento alarmante en las sociedades desarrolladas de occidente y por que este factor de riesgo tiene una relación lineal con la artrosis de rodilla, es decir, a mayor sobrepeso mayor probabilidad de artrosis. Además, la obesidad no sólo es un factor que favorece la aparición de artrosis sino que empeora su pronóstico.

EL ESTUDIO ARTROCAD

Para conocer mejor el impacto de la artrosis en nuestro país, la Sociedad Española de Reumatología (SER), la

Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN) y laboratorios Lácer han llevado a cabo, durante el último trimestre de 2003, el estudio ArtRoCad, un ambicioso estudio en el que se han recogido datos de más de 1.000 enfermos diagnosticados de artrosis sintomática de rodilla o cadera. Para ello se ha contado con la colaboración de más de 100 médicos de atención prima-

Algunos resultados preliminares nos muestran que el 75% de los enfermos tiene más de 65 años y que el 75% son mujeres

ria, seleccionados de forma aleatoria por todo el país en proporción al tamaño poblacional de cada Comunidad Autónoma. Cada médico ha entrevistado a 10 pacientes, según un amplio cuestionario estandarizado, que recogía aspectos sociodemográficos, clínicos, terapéuticos, de hábitos de vida y de utilización de recursos sanitarios. ArtRoCad pretende ofrecer una panorámica de la problemática que tienen los enfermos con artrosis de rodilla o cadera en nuestro país.

La implementación de ArtRoCad se llevó a cabo gracias a la estrecha colaboración entre reumatólogos y médicos de atención primaria que participaron en reuniones, actividades de seguimiento y coordinación para la buena marcha del estudio. La logística y la financiación estuvieron en las manos de Laboratorios Lácer que a través de su red de recursos humanos formó parte del entramado indispensable para llevar a buen término cualquier estudio epidemiológico.

El proyecto ArtRoCad también contó con la aprobación de aquellos Comités Éticos en los que fue evaluado. En la actualidad, la gestión y el análisis de los datos se está llevando a cabo en la Unidad de Investigación de la SER. El estudio ArtRoCad es importante, no sólo por el gran número de pacientes que han participado, pues prácticamente no hay estudios de este tamaño publicados en la literatura médica cuyos datos se hayan recogido directamente de la relación médico-enfermo; sino por tratarse de una valiosa colaboración científica entre dos sociedades y la industria farmacéutica, lejos del contexto de un ensayo clínico.

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

En la actualidad, el estudio ArtRoCad está en su fase de análisis y explotación de los datos. Algunos resultados preliminares nos muestran que el 75% de los enfermos tiene más de 65 años y que el 75% son mujeres. De los más de 1.000 enfermos incluidos, unos 700 enfermos se quejaban fundamentalmente de artrosis de rodilla, 250 de artrosis de cadera y 100 de artrosis de rodilla y cadera.

ArtRoCad es un paso más en la promoción y el desarrollo que de la investigación se está haciendo desde la Sociedad Española de Reumatología. La acción decidida de presidentes como Armando Laffón, Emilio Martín Mola y Jordi Carbonell, con el apoyo de sus respectivas juntas y toda la infraestructura SER, ha permitido dar un salto cualitativo notable en la reumatología española.

En breve saldrán a la luz los resultados de ArtRoCad que esperamos sean divulgados, analizados y comentados con gran interés. Es bueno no olvidar que ArtRoCad es la suma de muchos esfuerzos individuales incluyendo el de los propios enfermos, a los cuales esperamos devolver su colaboración con acciones como esta, que nos permitan avanzar en el progreso científico.

PRÓXIMAMENTE SE CONSTITUIRÁ LA CONFEDERACIÓN DE PACIENTES REUMÁTICOS

Un paciente, nuevo presidente de la LIRE (Liga Reumatológica Española)

Santos Yuste ha sido elegido presidente de la LIRE. Se trata del primer paciente que ocupa la presidencia de la Liga Reumatológica Española. La nueva junta directiva de la LIRE pretende -según su presidente- "unificar durante los próximos dos años las voces de todos los pacientes reumáticos en defensa de sus derechos, mediante la inminente constitución de la Confederación de Pacientes Reumáticos. Además quiere ofrecer mayor servicio a sus socios haciendo llegar a la opinión pública el verdadero impacto social de las enfermedades reumáticas y su influencia tanto en el mundo laboral como psicosocial".

MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA

También tiene como objetivo realizar proyectos concretos que contribuyan a la mejora de la calidad de vida de los pacientes reumáticos. Para ello, "será imprescindible la colaboración con otras entidades, como por ejemplo la Coalición de Enfermos Crónicos, de la que LIRE ocupa actualmente la vicepresi-

dencia", y ejecutar aquellos otros proyectos que redunden en una mejora de la asistencia global.

La LIRE acepta su función de cobertura de aspectos asistenciales "que, por desgracia, no se ven satisfechos por la Sanidad Pública", mediante grupos de ayuda mutua, asistencia informativa, o psicológica, entre otros.

En esta nueva andadura la LIRE está interesada en colaborar con los especialistas (reumatólogos y otros

relacionados con el aparato locomotor, como rehabilitadores o traumatólogos) en la educación de los pacientes y de otros profesionales sanitarios para mejorar la atención a los pacientes reumáticos.

Mediante la inminente constitución de la Confederación de Pacientes Reumáticos se pretende unificar durante los próximos dos años las voces de todos los pacientes reumáticos en defensa de sus derechos



Uno de cada tres reumáticos padece dolor en silencio

El Grupo de Acción contra la enfermedad reumática demanda más recursos y mejor acceso a los tratamientos disponibles

El Grupo de Acción contra la enfermedad reumática (Arthritis Action Group - AAG), organismo europeo integrado por especialistas y académicos, ha realizado un sondeo con la participación de 5.803 pacientes con enfermedades reumáticas y de 1.483 médicos de familia, procedentes todos ellos de ocho países. El impacto de estos problemas sobre la calidad de vida y el bienestar es uno de los principales resultados de esta encuesta, lo que ha influido para que el AAG demande una acción médica y política inmediata que provea de mejores recursos y mejore el acceso a los tratamientos disponibles.

Esta encuesta revela que son muchos los pacientes que sobrellevan los síntomas de enfermedades reumáticas sin acceder a tratamientos eficaces y, con frecuencia, sin acudir tampoco al médico para recibir atención profesional. Estos son los datos más significativos de la encuesta, presentada recientemente en Dublín:

- Muchos pacientes sufren el dolor en silencio; hasta un 27% de los afectados por dolores reumatológicos no visita nunca al médico y los que lo hacen esperan en ocasiones incluso varios años antes de recurrir

al consejo profesional.

- Casi un 57% de los encuestados afirma sentir un dolor constante y en el 22% de los casos ese mismo dolor es diario.

- Alrededor del 33% de los pacientes que sí acuden al médico considera que la causa de su dolor no ha sido aún diagnosticada.

- Sin embargo, hasta un 45% de los pacientes cree que no se puede hacer nada por mejorar su condición y un 58% espera incluso que su salud empeore.

- La percepción de los riesgos asociados a los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) es diferente entre médicos y pacientes: mientras que el 94% de los facultativos (excepto en Italia)

están mentalizados acerca de esos riesgos, entre los pacientes el porcentaje sólo es del 37%.

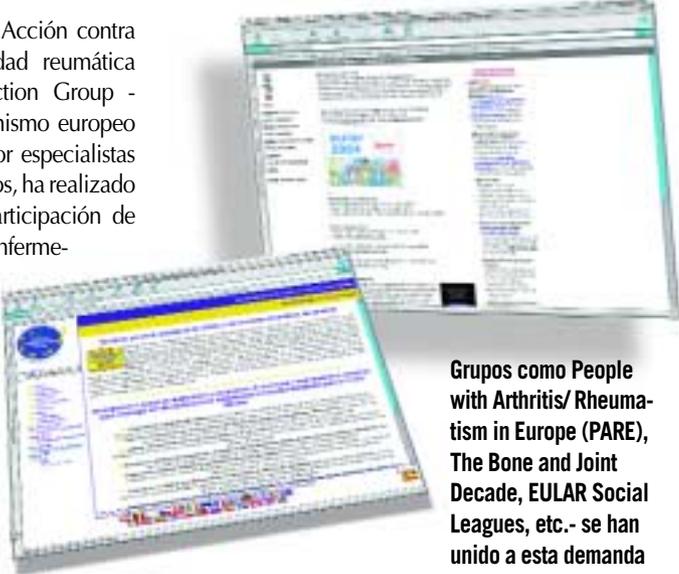
- Pocos médicos (16% o menos en todos los países excepto Alemania y España) proporcionan a sus pacientes de forma rutinaria información escrita sobre las opciones de tratamiento y, como consecuencia, los pacientes tratados con AINE pueden subestimar los riesgos.

- El 90% o más de los médicos cree que se toma el suficiente interés en tratar de mejorar la calidad de vida de sus

pacientes, ofreciéndoles alguna opción terapéutica (farmacéutica o no). Sólo el 12% considera que no hay mucho que hacer por los pacientes.

ENFERMEDADES REUMÁTICAS: UNA PRIORIDAD EN SALUD PÚBLICA

Durante la presentación de esta encuesta, los responsables del análisis han aprovechado para pedir a las autoridades sanitarias que consideren a los reumatismos una prioridad en el contexto de la salud de Europa. Representantes de algunos de los principales grupos de defensa de pacientes y educación -como People with Arthritis/Rheumatism in Europe (PARE), The Bone and Joint Decade,



Grupos como People with Arthritis/Rheumatism in Europe (PARE), The Bone and Joint Decade, EULAR Social Leagues, etc.- se han unido a esta demanda del AAG

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



■ ANTI-TNF



■ ARTRITIS REUMATOIDE

■ DOLOR DE HOMBRO

ANTI-TNF

Vacunación contra el neumococo en pacientes tratados con anti-TNF

VACUNACIÓN CONTRA EL NEUMOCOCO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE TRATADOS CON ANTI-TNF.

Wright SA, Taggart AJ. *Rheumatology* 2004;43:523.

Los autores hacen una breve e interesante recopilación de la información existente que justifica la conveniencia de la vacunación anti-neumocócica en los pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con terapias biológicas con anti-TNFs. Además analizan varios aspectos prácticos de la aplicación de la vacunación. La línea argumental de los autores se resumiría en los siguientes puntos:

Las infecciones del tracto respiratorio aumentan en los pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con anti-TNFs, la mayoría de las cuales pueden atribuirse al *Streptococcus pneumoniae*. Además en estos pacientes las infecciones por este germen revisten especial gravedad. Por ello sería aconsejable tomar medidas preventivas, la vacunación contra el neumococo es una de las más útiles. La vacuna polivalente de polisacáridos capsulares en el Reino Unido protege del 90% de las cepas patógenas del *Streptococcus pneumoniae*, incluidas la mayoría de aquellas que son resistentes al tratamiento antibiótico. La vacuna es efectiva en el 65-84% de los pacientes de alto riesgo.

La vacunación debería efectuarse antes de iniciar el tratamiento con anti-TNFs. Las dosis de recuerdo deben realizarse cada 5 años. La revacunación antes de los 3 años se asocia

a reacciones graves.

El porcentaje de pacientes en tratamiento con anti-TNF que responden a la vacuna (12-56 %) es menor que el porcentaje de controles sanos (55-95 %) que responden.

Como **conclusión** recomiendan la inclusión de la vacunación anti-neumocócica en todos los pacientes con artritis reumatoide que vayan a ser tratados con anti-TNFs.

Aunque en esta sección no solemos incluir las cartas al director, creemos que ésta tiene especial interés porque trata un aspecto práctico en un tema novedoso como es el de la prevención de las infecciones relacionadas con la terapia con anti-TNFs. Estos tratamientos han supuesto un avance importante en el tratamiento de los pacientes con diferentes enfermedades inflamatorias articulares como la artritis reumatoide, espondilitis anquilosante o la artritis psoriásica. Un alto porcentaje de pacientes que presentaban mala respuesta a los tratamientos habituales (metotrexate, sales de oro, sulfasalazina, leflunomida...) responden a la terapia con anti-TNFs, con una mejoría en la calidad de vida a la vez que se observa una detención en la destrucción radiográfica articular.

Sin embargo, estos tratamientos no están exentos de **efectos secundarios**, en especial la mayor frecuencia de infecciones, algunas de ellas muy graves, derivadas de la inhibición del TNF, molécula implicada en la respuesta inmune ante las infecciones. En un primer momento se detectó un aumento en la incidencia de la tuberculosis, que se ha controlado en gran medida con la puesta en práctica de medidas de detección de la infección latente (2 mantoux en dos semanas consecutivas y placa de tórax previas a iniciar el tratamiento con anti-TNF) y quimioprofilaxis en caso necesario. Probable-

mente, tal y como se hizo en el caso de la tuberculosis, sería interesante incluir la vacunación antineumocócica en nuestra práctica clínica habitual y valorar los resultados obtenidos sobre la incidencia de infecciones respiratorias en los pacientes que reciben terapias biológicas.

Dr. José Ivorra

ARTROSIS

La infiltración con corticoides en rodillas artrósicas es segura y eficaz a largo plazo.

SEGURIDAD Y EFICACIA A LARGO PLAZO DE LAS INYECCIONES INTRARTICULARES CON CORTICOIDES EN ARTROSIS DE RODILLA. ESTUDIO RANDOMIZADO DOBLE CIEGO CONTROLADO CON PLACEBO.

Raynauld JP, Buckland-Wright C, Ward R, et al. *Arthritis Rheum* 2005;48:370-377.

El **objetivo** del estudio fue evaluar la seguridad y eficacia a largo plazo de las inyecciones intrarticulares con corticoides en pacientes con dolor en rodillas por artrosis.

El trabajo se realizó randomizado y doble ciego, en 68 pacientes con artrosis de rodilla sintomática. Se administraba inyección intrarticular de acetónido de triancinolona (34 pacientes) o de suero fisiológico (34 pacientes), cada 3 meses durante 2 años.

Los pacientes incluidos debían presentar artrosis sintomática que no respondían a las dosis adecuadas de paracetamol o antiinflamatorios no esteroideos, presentando un grado de afectación radiológica en rodilla II o III, de la escala de Kellgren.

La variable de seguimiento principal de estudio fue la progresión radiológica determinada a los 2 años en el espacio articular de las rodillas, utilizando un método informático diseñado al respecto. La eficacia clínica se midió mediante el índice WOMAC de escala de dolor en artrosis. De forma secundaria se evaluaron medidas de eficacia secundaria como; índice total del WOMAC, evaluación global del paciente y del médico, del dolor y del rango movilidad de la rodilla afecta así como el tiempo en recorrer 50 metros.

Resultados. Durante el primer y segundo año de seguimiento no se detectaron diferencias entre ambos grupos respecto de la disminución de espacio articular. Sin embargo, **las rodillas que recibieron corticoides intrarticulares** respecto de las que recibieron suero salino, mostraron mayor mejoría, especialmente en el primer año, en algunos parámetros ($p=0.05$); subescala del dolor del índice WOMAC, dolor nocturno, y rango de movilidad. Durante

el segundo año de estudio, el dolor y la rigidez en las rodillas mejoraron exclusivamente en el grupo que recibieron inyecciones de corticoides de forma repetida ($p<0.05$).

Conclusiones. El estudio demuestra la seguridad a largo plazo de las inyecciones intrarticulares en pacientes con artrosis de rodilla sintomática. No se demuestran datos anatómicos negativos a largo plazo por la administración de corticoides intrarticulares y además este tipo de tratamiento parece ser efectivo clínicamente para el alivio de los síntomas de la artrosis de rodilla.

La artrosis es una enfermedad articular que se caracteriza principalmente por degeneración del cartílago y clínicamente por dolor, rigidez y disminución progresiva de la movilidad articular. En las guías actuales de tratamiento de la artrosis de rodilla, además de analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos y los llamados fármacos condroprotectores,



se incluye la inyección de corticoides intrarticulares.

Las inyecciones intrarticulares de corticoides se están utilizando desde hace más de 40 años, no sin controversia. Hasta el momento parece que hay acuerdo en que utilizadas de forma juiciosa en la artrosis de rodilla, son beneficiosas para tratar los síntomas durante un tiempo no prolongado. Sin embargo, no hay pleno acuerdo sobre aspectos de eficacia clínica y seguridad a largo plazo. No obstante, hay estudios experimentales que indican que los corticoides por su efecto antiinflamatorio reduciendo el nivel de citocinas y metaloproteasas, pueden tener efecto protector disminuyendo la gravedad de la lesión del cartílago y el tamaño de los osteofitos.

Los resultados de este trabajo presentan diversos aspectos de interés para la práctica clínica diaria: demuestra que la inyección de corticoides intrarticular es eficaz y segura a largo plazo, en el tratamiento de la artrosis de rodilla sintomática. Un punto que no se define en la publicación es si los pacientes estudiados presentaban derrame articular. Sería interesante conocer si en estos casos la eficacia clínica de la inyección de corticoide es mayor. Por otra parte, se debe tener en cuenta que la pauta utilizada en este estudio, una inyección intrarticular de corticoide cada 3 meses durante 2 años, por tanto 8 inyecciones en total, suele ser superior a la utilizada habitualmente en clínica.

Dr. José Rosas

DOLOR DE HOMBRO

¿Resonancia magnética o ecografía para detectar la rotura del manguito de rotadores?

DETECCIÓN Y MEDIDA DE LAS ROTURAS DEL MANGUITO DE LOS ROTADORES. ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS HALLAZGOS DE LA ECOGRAFÍA, RESONANCIA MAGNÉTICA Y ARTROSCOPIA EN 71 CASOS CONSECUTIVOS.

Teefey SA, Rubin DA, Middleton Wd et al. J Bone Joint Surg Am 2004; 86-A:708-16.

Aunque la ecografía y la resonancia magnética son las dos técnicas más utilizadas para la valoración del dolor de hombro, se han realizado pocos estudios que comparen directamente ambas técnicas. En el presente trabajo los autores pretenden estudiar el valor de la resonancia magnética y la ecografía en el diagnóstico de la patología del manguito de los rotadores. Se utilizan los resultados de la artroscopia como patrón estándar.

Para ello analizan los resultados obtenidos en setenta y un pacientes con dolor de hombro, sugerente de patología del manguito de rotadores, a los que se realizó una ecografía y una resonancia y posteriormente se les practicó una artroscopia.

Los **resultados** muestran que la ecografía identifica correctamente 45 de las 46 roturas completas y la resonancia magnética detecta las 46 roturas. Con la ecografía se detectan 13 de las 19 roturas parciales y con la resonancia magnética 12. La exactitud de ambas técnicas fue del 87%. En cuanto a las medidas de las roturas la ecografía predice el grado de retracción en el 73% de las roturas parciales y la longitud de las roturas parciales en el 85% de los casos. Con la resonancia magnética se obtuvieron cifras del 63% y 75% respectivamente. En cuanto a la amplitud de las roturas totales y parciales, la ecografía las predice en el 87% y 54% de los casos y la resonancia magnética en el 80% y 75% respectivamente. En ninguno de los casos se encuentran diferencias estadísticamente significativas entre ambas técnicas.

Como **conclusiones** los autores destacan que ambas técnicas tienen la misma exactitud en la detección de roturas totales o parciales del manguito de rotadores, por lo que la elección de una u otra técnica debería basarse en otros factores como los económi-

cos, la tolerancia de los pacientes o la sospecha clínica de otras lesiones a nivel del labrum, cápsula, estructuras musculares u óseas.

Tanto la resonancia magnética como la ecografía están condicionadas por continuos avances tecnológicos que hacen necesario una periódica reevaluación de sus prestaciones. Ambas técnicas han demostrado en diferentes estudios tener una buena sensibilidad y especificidad en la detección de roturas tanto parciales como completas a este nivel. La ecografía, sin embargo, tiene el inconveniente de ser una técnica muy dependiente tanto del explorador como de las características técnicas del ecógrafo, por ello se sospecha que los resultados obtenidos en las publicaciones reflejan

los resultados que obtiene personal muy experto que utiliza ecógrafos tecnológicamente avanzados. Estos resultados muchas veces son difíciles de reproducir en otros centros y la realidad es que pocos cirujanos ortopédicos realizan sus intervenciones en base exclusivamente a los hallazgos de la ecografía. Por otra parte, la resonancia es una técnica cara, que no toleran todos los pacientes, sobre todo los que padecen claustrofobia, además está contraindicada en pacientes con marcapasos. Sin embargo depende menos del explorador al realizarse cortes estandarizados y permite valorar también patología a nivel del labrum, de médula

ósea y de los músculos periarticulares.

El **valor** del presente estudio radica en comparar directamente las dos técnicas, realizadas por radiólogos expertos que utilizan medios con tecnología reciente. Observamos que ambos procedimientos muestran un alto valor predictivo positivo para patología del manguito de rotadores en un grupo de pacientes en los que se tiene una alta sospecha de rotura de manguito. Una limitación, probablemente difícil de superar, es que el estudio no es ciego porque éticamente es difícil que el cirujano no conozca los resultados previos de las pruebas de imagen, ya que podría implicar una menor eficacia de la intervención. Otro aspecto a destacar es que los pacientes estudiados muestran una alta prevalencia de patología del manguito, los resultados en una población con menor patología los resultados podrían ser diferentes.

Por último destacar que dados los resultados semejantes de ambos procedimientos debería evitarse la duplicidad de los mismos.



Suscríbese a LOS Reumatismos

LOS REUMATISMOS es una revista de distribución gratuita. No obstante, **si Vd. desea asegurarse su recepción habitual** (4 números al año), puede suscribirse mediante una módica cantidad que incluye los gastos de envío.

El importe de la suscripción varía según se trate de particulares o entidades/instituciones. Para formalizar la suscripción rellene el que corresponda de los dos boletines adjuntos, realice la transferencia y envíe el boletín de acuerdo con las instrucciones.

LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Particulares

Apellidos Nombre NIF

Dirección Población

Provincia C.P.

Teléfono Fax E-mail

Suscripción por 6 números

Números 6 a 11 ----- 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 6 a 11 ----- 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



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

Consulta 1**Tratamiento con calcio y riesgo de piedras en el riñón.**

Tengo 59 años y mi médico me ha diagnosticado osteoporosis. Me ha aconsejado iniciar un tratamiento que incluye unas pastillas con calcio. Hace unos años tuve un cólico de riñón y parece ser que tiré arenilla en la orina. Me aconsejaron que bebiera mucha agua y no he vuelto a tener más cólicos. Mi pregunta es: al haber tenido arenilla

en la orina, ¿puedo tomar pastillas de calcio?. Si las tomo, ¿puedo volver a tener otro cólico del riñón?.

T. Martos (Soria)

Consulta 2**¿En qué momento del día debo tomar las pastillas de calcio?**

Tengo 51 años y desde hace 1 año estoy con la menopausia. Mi ginecólogo me aconseja

tomar un comprimido con calcio que disuelvo en la boca todos los días. Me lo suelo tomar con el desayuno, pero con frecuencia se me olvida y lo tomo a cualquier hora, cuando me acuerdo. ¿Es igual a la hora que me lo tome?.

A. Dávila (Alicante)

Consulta 3**Como he tenido un cólico nefrítico, ¿He de disminuir la toma de lácteos?**

Soy un varón de 41 años. Hasta ahora no he padecido enfermedades importantes. Hace 6 meses tuve un cólico renal, aunque en la radiografía que me hicieron no se vio piedra. Hasta ese momento hacía una dieta normal, tomando diariamente leche, queso y algún yogur con frecuencia. A partir de ahora ¿debo disminuir la toma de alimentos ricos en calcio como los lácteos?.

P. Philips. Benidorm (Alicante)

Respuesta 1

Efectivamente, el hecho de haber presentado cálculos renales, en su caso arenilla, le confiere mayor riesgo para presentar otro episodio de nefrolitiasis. De hecho, se sabe que el 50% de las personas que han presentado un primer episodio de nefrolitiasis, pueden presentar un segundo episodio durante los 10 años posteriores. Sin embargo, como usted comenta, simplemente con una buena ingesta de líquidos, que se considera imprescindible, no ha vuelto a tener nuevos episodios. Para poder contestar a sus preguntas es esencial conocer datos que no nos comenta, como las características de su dieta, respecto a consumo de proteínas, sodio, lác-

teos, alimentos frescos como frutas y verduras. Como ya hemos señalado en el comentario general, los pacientes con nefrolitiasis deben beber abundantes líquidos (especialmente agua) y disminuir la ingesta de proteínas animales y de sodio porque aumenta la excreción de calcio en la orina. Por tanto, en su caso, antes de iniciar un tratamiento con suplementos de calcio, le aconsejamos acudir a su médico y/o reumatólogo para realizar un estudio general, si no lo ha realizado ya, que incluya al menos análisis de sangre con función renal, niveles de calcio y fósforo y en orina de 24 horas el nivel de calcio. Con todos los datos se podrá tomar la mejor actitud terapéutica.

Respuesta 2

En principio se deberían tomar en la comida principal, o en la que se suela incluir con mayor frecuencia alimentos frescos como frutas y verduras, que son ricos en oxalato. El oxalato de la dieta se une al calcio de los alimentos disminuyéndose la absorción del oxalato, que como se ha comentado es un factor importante para la formación de cálculos renales. Por otra parte se debería evitar la toma de las pastillas de calcio fuera de la ingesta de alimentos puesto que se ha comprobado que puede inducir un aumento de la absorción de calcio y provocar incluso picos de hipercalcemia y por tanto también un aumento de la excreción de calcio en la orina, aumentan-

do el riesgo de saturación de la orina y por tanto de nefrolitiasis.

Respuesta 3

En general la respuesta es que no se tiene que disminuir la ingesta de alimentos lácteos en las personas que han tenido un cólico renal. Como se ha comentado, una baja ingesta de calcio en la dieta provoca un aumento del riesgo para nefrolitiasis. Para una correcta evaluación de su caso sería de interés conocer qué composición tenía el cálculo renal y disponer de los resultados analíticos generales como la excreción de calcio en orina de 24 horas.

Dr. J Rosas

Dedo en resorte. "El dedo se me queda enganchado"

Soy un hombre de 62 años que trabajo en las faenas del campo. Desde hace 2 meses tengo un dedo en la mano derecha que cuando lo muevo se me queda doblado y no puedo ponerlo recto hasta que pasa un rato. Al principio sólo me ocurría de vez en cuando, pero en el último mes me pasa muchas veces al día, e incluso tengo que ayudarme con la otra mano para enderezarlo. La verdad es que es muy molesto. Mi médico me ha recetado calmantes pero no he encontrado mejoría. He oído que esto puede operarse, pero a un amigo mío le han puesto una inyección y ha mejorado mucho. ¿Qué me aconseja usted?

**José Ribes. Xàtiva
(València)**

Por lo que usted cuenta, su problema recibe el nombre de dedo en resorte, que se produce por una inflamación de los tendones que realizan el movimiento de doblar los dedos. Estos tendones al inflamarse aumentan de tamaño y no se deslizan bien y se quedan "bloqueados". La inflamación suele estar provocada por movimientos repetitivos de los dedos, como probablemente sea su caso por alguna o varias labores de su trabajo. Las infiltraciones con corticoides en manos expertas (por ejemplo, un reumatólogo) suelen dar muy buenos resultados y solucionar el problema. Es el tratamiento que yo le aconsejaría en primer lugar. La cirugía en estos casos es muy sencilla y

suele también resolver el problema.

Por otra parte le aconsejaría que siempre que pueda utilice los guantes que usan los ciclistas o los conductores, que están acolchados, cubren hasta el principio de los dedos y dejan el resto al aire. Por una parte le permiten realizar casi cualquier tarea, y protegen la palma de la mano del roce con utensilios que pueden favorecer las inflamaciones de los tendones.

Dr. José Ivorra

La quimioterapia y los dolores articulares

Soy una mujer de 47 años, hace dos años se me detectó un cáncer de mama. Por ese motivo me quitaron la mama y después me dieron radioterapia y quimioterapia. Ahora no tomo nada por ese problema. Al poco tiempo empecé con dolores en manos, pies y rodillas, que mejoraban con paracetamol, después estoy un tiempo bastante bien pero de repente vuelven a aparecer los dolores. Mi médico de cabecera y el oncólogo me han realizado análisis y diversas pruebas, pero todo es normal y me han dicho que no me preocupe. Pero como sigo teniendo las molestias de forma ocasional yo estoy preocupada. ¿Tendré alguna enfermedad reumática?

**Dolores Martín. Burriana
(Castellón)**

Los pacientes que reciben quimioterapia presentan con relativa frecuencia dolores articulares en dedos, manos, rodillas y pies que ceden fácil-

mente con analgésicos, aunque en ocasiones vuelven a aparecer de forma periódica. Una característica es que las articulaciones no se hinchan, y recibe el nombre de síndrome postquimioterapia. En general no hay que preocuparse porque no suponen la aparición de ninguna enfermedad reumática invalidante ni la reactivación del cáncer, hecho este que puede preocupar a muchas pacientes. Debe tratarse con un analgésico sin más. En las mujeres puede haber un problema añadido, al adelantarse la edad de la menopausia, que también se relaciona con un aumento de molestias musculares.

Por otra parte algunos medicamentos de mantenimiento en el tratamiento del cáncer de mama, que se dan después de la quimioterapia, sí que pueden relacionarse con inflamaciones y dolores articulares. En esta situación se debe consultar con el oncólogo para valorar el riesgo-beneficio de esos tratamientos. Este no parece ser su caso.

Dr. José Ivorra

Zapatos en verano

Soy una mujer de 56 años que desde hace dos años noto que durante el verano me suelen doler más los pies. La verdad es que no lo comprendo, porque durante todo el año trabajo bastante en casa, salgo a la compra y camino todos los días una hora sin ningún problema. Es llegar el verano, irnos a la playa, y a los tres o cuatro días ya no puedo seguir el ritmo de mis amigas en los paseos por la playa. Al principio creía que era por caminar descalza, pero me pasa lo

mismo con las sandalias, que por otra parte son muy cómodas. ¿No debo caminar descalza por la arena? ¿Tal vez el agua del mar esté muy fría y me provoque los dolores?

**Inma Gandia. Ontinyent
(València)**

En verano aumentan los problemas en los pies fundamentalmente por el calzado que se utiliza. En general bajo la sensación de calzado cómodo, compramos sandalias o zapatos con suelas planas y finas, que no amortiguan el impacto. En general los zapatos, en cualquier época del año, deben tener una suela fabricada con materiales que amortigüen dicho impacto, además debería tener al menos dos dedos (2 cm.) de tacón.

Otro aspecto importante es que los zapatos utilizados en verano suelen dejar el pie muy suelto, con lo que se produce un mal apoyo de la planta del pie; por eso recomendamos zapatos que sujeten tanto la parte anterior como la posterior del pie.

Otro problema es el de la progresiva debilidad de los músculos y tendones de los pies. A veces este problema es más acusado en las mujeres después de la menopausia. Por este motivo es útil que la zona interna de los zapatos tenga una ligera elevación y mantenga la forma del arco plantar.

En resumen, los zapatos del verano tienen que tener una buena suela, dos dedos de tacón, que sujeten el pie por delante y detrás, y a ser posible ayuden a mantener la forma del arco plantar en su parte interna.

Dr. José Ivorra

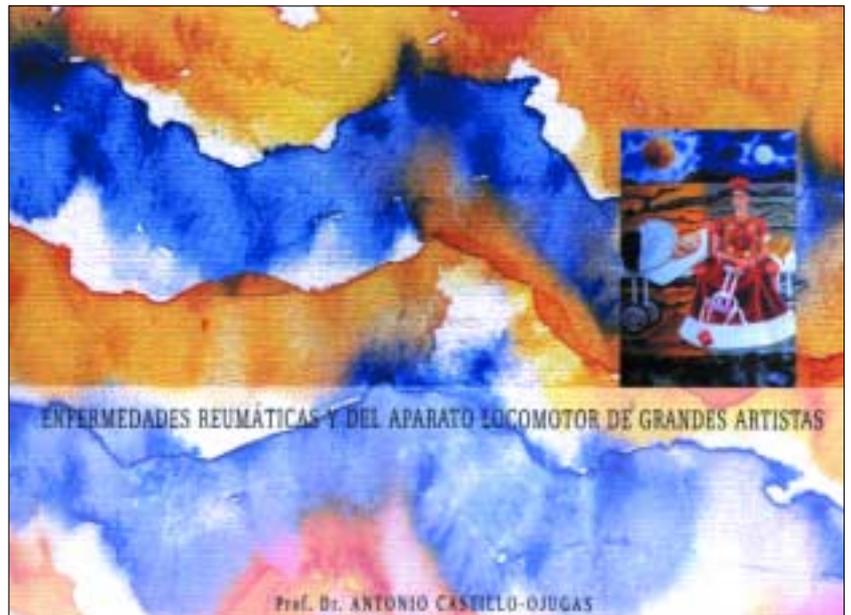
Libros

ENFERMEDADES REUMÁTICAS Y DEL APARATO LOCOMOTOR DE GRANDES ARTISTAS

Profesor Dr. Antonio Castillo-Ojugas
Madrid, 2004 -96 págs.

La artritis reumatoide de Renoir, la artrosis de Mattia Preti, la picnodisóstosis de Toulouse-Lautrec, la escoliosis y Klippel-Feil de María Blanchard, la esclerodermia de Paul Klee, o la gota de Rubens, son algunos de las enfermedades reumáticas y del aparato locomotor que sufrieron artistas del pasado siglo, y que recoge nuestro colaborador, el profesor Antonio Castillo-Ojugas, en su última publicación. La edición se ha realizado gracias a una beca educacional de Pfizer y está prologada por el profesor Amador Schüller, presidente de la Real Academia de Medicina.

A pesar de las graves patologías que sufrieron los artistas cuya vida se aborda en el libro, "es sorprendente su capacidad para sobreponerse a sus enfermedades y enfrentarse a la adversidad. Hay casos tan graves que sólo una firme voluntad de trabajar y unas inmensas ganas de vivir pueden explicar cómo lograron superar sus padecimientos", apunta el profesor Castillo-Ojugas. Son 17 los artistas de los que el autor nos ofrece numerosos apuntes, abordando errores diagnósticos, anécdotas y datos curiosos.

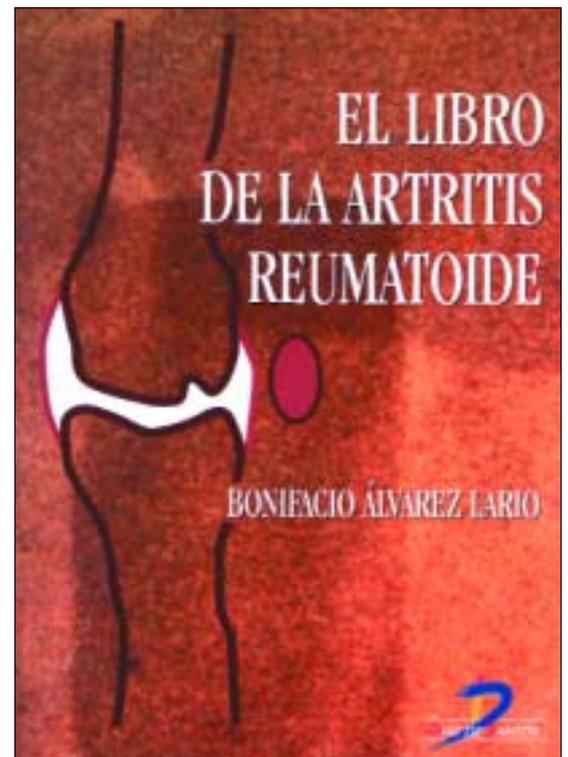


EL LIBRO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

Bonifacio Álvarez Lario
Editorial Díaz de Santos
Madrid, 2003 - 205 págs.

El autor, reumatólogo en el Hospital General Yagüe de Burgos, ha querido dar respuesta a las múltiples dudas que se le plantean al paciente de artritis reumatoide y familiares, aunque también será de utilidad para algunos profesionales de la salud, como MIR, o médicos de atención primaria.

Convencido el autor de que los pacientes bien informados tienen más posibilidades de evolucionar, ofrece en una primera parte del libro información general sobre los aspectos médicos de la enfermedad, y una segunda parte está dedicada a los cuidados personales que puede realizar el paciente para mejorar la evolución de la enfermedad.



RESULTADOS DEL ESTUDIO NEOCESAR

La calidad de vida en AR mejora con dosis óptimas de Sandimmun Neoral

La determinación de los niveles de ciclosporina en microemulsión a las 2 horas postdosis mejora la eficacia y seguridad del tratamiento en pacientes con artritis reumatoide (AR), tal como demuestran los resultados del estudio NEOCESAR.

La ciclosporina en microemulsión (Sandimmun Neoral®) ha demostrado su eficacia en la AR activa, grave y refractaria a otros tratamientos aunque su perfil de seguridad puede diferir de un individuo a otro en función del grado de absorción. Los resultados del estudio NEOCESAR indican que el tratamiento con Sandimmun Neoral obtiene una buena respuesta en los pacientes con AR, y que el control de la concentración de ciclosporina a las dos horas (C2) puede mejorar el perfil de seguridad de la terapia.

ESTUDIO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE AR

El NEOCESAR es un estudio observacional, multicéntrico, prospectivo y abierto, con pacientes diagnosticados de AR en tratamiento con ciclosporina. El seguimiento fue de 12 meses. El tratamiento se hizo mayoritariamente con Sandimmun Neoral en combinación con otros fármacos modificadores de enfermedad (FAME), según criterio clínico (más de un 80% de los pacientes). La seguridad se evaluó por el número de reacciones adversas con posible relación de causalidad con ciclosporina,

analizándose si existía relación con los niveles de C2. La efectividad se evaluó mediante la consecución de un ACR20 a los 12 meses y mediante las diferencias entre el índice de actividad clínica de la enfermedad (DAS28) en la visita basal y a los 12 meses en los pacientes que finalizaron el estudio.

Se incluyeron un total de 351 pacientes, de los cuales acabaron el estudio 231 (65,8%). Ciento diecinueve pacientes (33,9%) presentaron alguna reacción adversa a la CsA. La mayoría se clasificaron de

intensidad leve o moderada. Únicamente se observaron tres reacciones adversas graves sospechosas de estar relacionadas con la CsA, ocurridas en un mismo paciente: pielonefritis, sepsis y artritis séptica.

Respecto a la eficacia, a los 12 meses de seguimiento, un 59% de los pacientes mostraron una mejoría del 20% en la escala de síntomas del ACR (ACR20). Asimismo, el índice DAS se redujo significativamente de $6,1 \pm 0,8$ en la visita basal a $4,5 \pm 1,3$ al final del estudio ($p < 0,001$).

Más de 80 médicos recibieron formación sobre el dolor en Sevilla

CURSO INTERACTIVO P.A.I.N. SOBRE EL DOLOR PARA ESPECIALISTAS EN REUMATOLOGÍA, REHABILITACIÓN Y TRAUMATOLOGÍA

Más de 80 especialistas en Reumatología, Rehabilitación y Traumatología de Andalucía Occidental se reunieron en Sevilla para asistir al curso interactivo P.A.I.N. sobre formación en dolor, una iniciativa internacional de la Fundación Grünenthal que se desarrollan paralelamente en casi toda Europa Occidental y Latinoamérica

En nuestro país un comité nacional de expertos en dolor, reumatología y oncología ha traducido esta primera versión en inglés, ajustándola a la realidad nacional sobre tratamiento del dolor. Este comité está formado por reconocidos médicos especialistas.

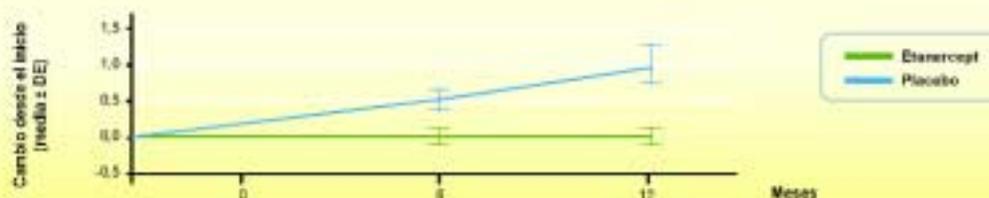
A lo largo del año se impartirán otros cinco cursos P.A.I.N. para especialistas en Reumatología, Traumatología y Rehabilitación y dos cursos más para especialistas en Oncología, en las ciudades de La Coruña, Bilbao, Valencia, Barcelona, Málaga y Madrid.

Las solicitudes de inscripción en los Cursos Interactivos P.A.I.N. pueden enviarse a la dirección de correo electrónico cursopain@grupoaulamedica.com.

SEGÚN UN ESTUDIO PRESENTADO EN EL CONGRESO DE LA EULAR (BERLÍN 2004)

Etanercept demuestra inhibir la destrucción articular en pacientes con artritis psoriásica tras 2 años de tratamiento

Cambios (media) de la puntuación total de Sharp durante los 12 meses de tratamiento con Etanercept



Enbrel (etanercept) continúa siendo eficaz y seguro en artritis psoriásica al cabo de más de dos años, proporcionando mejoría sostenida de la enfermedad en las articulaciones y en la piel, así como previniendo la progresión radiológica.

Esta es la conclusión principal del estudio norteamericano en marcha que está desarrollando el doctor P.J. Mease y colaboradores en 205 pacientes. El estudio, abierto, doble ciego, frente a placebo, ha sido presentado en el Congreso de la EULAR celebrado en Berlín, 8-12 de junio 2004 (abstract OP0136).

MEJORÍAS MANTENIDAS

De acuerdo con los resultados, las mejorías tanto en artritis como en psoriasis se mantuvieron a lo largo de la terapia con etanercept, y los 81 pacientes que inicialmente recibieron placebo demostraron mejoría similar una vez que comenzaron a recibir este fáarma-

co biológico. Para 71 pacientes con radiografía a los 2 años que recibieron etanercept a lo largo del estudio, la tasa anual media de cambio desde la basal según el método Sharp (TSS) fue de $-0,28$ después del primer año y $-0,10$ después del segundo año. Para 70 pacientes que recibieron placebo el primer año y etanercept el

Enbrel es la única terapia biológica aprobada para la artritis psoriásica tanto por la FDA como por la EMEA

segundo año, la tasa media anual de cambio en TSS fue de $+0,72$ unidades en el primer año y $-0,22$ unidades el segundo año.

Etanercept fue bien tolerado a lo largo de la terapia, sin que se registrase incremento de eventos adversos serios o infecciones.

La gráfica adjunta (Fig. 1), correspondiente al estudio al cabo de 1 año (presentado en el Congreso EULAR 2003, abstract OP0089), muestra la eficacia de etanercept en inhibir la progresión radiológica en pacientes con artritis psoriásica.

DATOS PARA LA APROBACIÓN POR FDA Y EMEA

Los datos a 1 año del citado estudio sirvieron de base para que la FDA aprobase para Enbrel la extensión de la indicación para inhibir el daño estructural en pacientes con artritis psoriásica (25 agosto 2003). Actualmente Enbrel sigue siendo la única terapia biológica aprobada para la artritis psoriásica tanto en Estados Unidos como en Europa.

EN COMBINACIÓN CON METOTREXATO

Se amplía la indicación de Humira en artritis reumatoide

La Agencia Europea del Medicamento (EMA) ha emitido opinión favorable a la ampliación de la indicación de adalimumab (Humira) para el tratamiento de la artritis reumatoide en combinación con metotrexato. La luz verde otorgada por el comité de evaluación se basa en los resultados de un ensayo que han mostrado una diferencia estadísticamente significativa en la progresión de la erosión ósea y el estrechamiento del espacio articular medido radiológicamente en los pacientes tratados con el anticuerpo monoclonal de Abbott. Las conclusiones del estudio indican también que la mejoría se ha

mantenido durante dos años. La aprobación definitiva por parte de la Comisión Europea se espera para principios de agosto.

INDICADO EN LA UE

Adalimumab (Humira) está indicado en la Unión Europea para la artritis reumatoide activa de moderada a severa en adultos con una respuesta insuficiente a la terapia con los medicamentos tradicionales. En la actualidad se realizan ensayos clínicos para evaluar el potencial de este fármaco de nueva generación para el tratamiento precoz de la artritis reumatoide, psoriasis, espondilitis anquilosante y enfermedad de Crohn

Farma-Lepori lanza Condrosulf para la artrosis

Bajo el lema "Nuevos tiempos para la artrosis", el laboratorio Farma-Lepori ha iniciado el lanzamiento de Condrosulf (condroitín sulfato) con el objetivo de actuar sobre la base de la patología y reducir los síntomas. Condrosulf está indicado en el tratamiento sintomático de la artrosis. El condroitín sulfato, incluido en el grupo de los glicosamino-glicanos, confiere al cartílago sus propiedades mecánicas y elásticas. La sustancia ha demostrado que produce disminu-

ción o desaparición de los síntomas de la enfermedad artrósica, como son el dolor y la impotencia funcional, mejorando el movimiento de las articulaciones afectadas, con un efecto que perdura durante 2 ó 3 meses después de la supresión del tratamiento.

Condrosulf está financiado por la Seguridad Social. Se presenta en envase de 60 cápsulas y la dosificación es de 2 cápsulas/día en una sola toma y un mes de tratamiento.

El Instituto Zambón promueve un libro blanco sobre la artrosis

El Instituto Zambón de Lucha contra el Dolor está promoviendo la elaboración de un estudio sobre el tratamiento de la artrosis en el horizonte del 2005-2010. El "Estudio Expert" pretende convertirse en un instrumento pionero en España para valorar la situación de la artrosis entre nosotros, establecer las tendencias futuras y optimizar los esfuerzos y recursos disponibles.

El proyecto cuenta con la colaboración y aval de las sociedades españolas de Reumatología, Medicina Rural y Generalista, Geriátrica y Gerontología y Rehabilitación y Medicina Física.

Novartis, por la práctica del Tai Chi en osteoporosis

"Tai Chi y osteoporosis" es una campaña puesta en marcha a iniciativa de la División de Salud de la Mujer de Novartis. "La práctica de Tai Chi reduce hasta un 48% el riesgo de caídas en personas mayores con osteoporosis", ha comentado la Dra. Esther Pagès (Hospital Vall d'Hebrón). Según esta especialista en Rehabilitación Osteoarticular, el Tai Chi previene las caídas al mejorar la flexibilidad, fuerza y equilibrio, y asimismo previene las fracturas al fomentar una mayor densidad ósea.

Como es sabido, aunque la prevención de la osteoporosis es siempre más eficaz que su tratamiento, existen terapias farmacológicas útiles para el incremento de la densidad ósea, entre ellas la calcitonina de salmón (Miacalcic) de Novartis, que ha demostrado excelente perfil de seguridad y comodidad de administración.

EL BENEFICIO SE MANTIENE A LARGO PLAZO

Infiximab en Artritis Psoriásica mejora de forma rápida las lesiones psoriásicas en piel y en la sinovial

Resultados del estudio IMPACT, presentado en el Congreso Americano de Reumatología 2003

Infiximab es un anticuerpo monoclonal quimérico que bloquea TNF- α que ha demostrado su eficacia y seguridad en artritis reumatoide, enfermedad de Crohn y espondilitis anquilosante. En artritis psoriásica se ha evaluado la eficacia y seguridad de en diferentes ensayos clínicos, abiertos y aleatorizados doble-ciego.

En el estudio IMPACT (Infiximab Multinacional Psoriatic Arthritis Controlled Trial, Antoni C et al. *Arthritis & Rheum* 2003; 48: S26), aleatorizado, doble-ciego, controlado con placebo, en el que se administró infiximab a dosis de 5 mg/Kg en las semanas 0, 2, 6 y cada 8 semanas, un 69% de los pacientes tratados con infiximab frente a un 8% de los pacientes tratados con placebo mostraron una respuesta ACR20 a las 16 semanas. Igualmente, se obtuvieron niveles de respuesta significativamente superiores ($p < 0.0001$) en las respuestas ACR50 y 70, 49% y 29% de los pacientes tratados con infiximab frente a ninguno de los pacientes tratados con placebo. El uso concomitante de MTX no influyó de manera relevante en la respuesta ACR: 67%, 54% y 33% de los pacientes tratados con MTX concomitante obtuvieron respuestas ACR20, 50 y 70 frente a un

70%, 44% y 26% de aquellos que fueron tratados sin MTX. Un 77% de los pacientes tratados con infiximab y un 18% de los tratados con placebo obtuvieron una respuesta PsARC. También se obtuvieron beneficios significativamente superiores a placebo en aquellos

Un 67% de los pacientes tratados con infiximab frente a un 0% de los tratados con placebo alcanzaron un PASI75

pacientes que presentaban lesiones cutáneas: un 67% de los pacientes tratados con infiximab frente a un 0% de los tratados con placebo alcanzaron un PASI75. La reducción media del PASI en pacientes tratados con infiximab fue del 81% frente a un aumento del 36% en los pacientes tratados con placebo. Dos pacientes de cada uno de los grupos abandonaron el estudio. Globalmente, el tratamiento con infiximab fue bien tolerado y no

causó reacciones infusionales de importancia, infecciones oportunistas o un aumento en las infecciones sistémicas. A partir de la semana 16 y manteniendo el ciego original, los pacientes tratados con placebo fueron tratados con infiximab. Los resultados de respuesta ACR20, 50 y 70 a la semana 50 fueron similares en el grupo tratado con infiximab desde el inicio (69%, 53% y 39%) a los obtenidos en los pacientes que comenzaron con placebo y fueron tratados con infiximab a partir de la semana 16 (68%, 42% y 34%). El beneficio de infiximab sobre las respuestas PsARC, PASI, DAS28 se mantuvo hasta la semana 50. También se mantuvo la reducción en la proporción de pacientes que padecían entesopatía y dactilitis. Infiximab fue generalmente bien tolerado, no se produjeron casos de tuberculosis o infecciones oportunistas. El perfil de seguridad de infiximab fue similar al de los ensayos clínicos en otras indicaciones.

Recientemente se ha demostrado que el beneficio clínico de los pacientes con artritis psoriásica tratados con infiximab es paralelo a los efectos antiangiogénicos a nivel de la sinovial de las articulaciones afectadas (Cañete JD et al. *Arthritis & Rheum* 2004; 50: 1636).

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

Curaciones milagrosas

de reumáticos y tullidos en la vida de Santo Domingo de Silos

La vida de Santo Domingo de Silos" fue escrita por Gonzalo de Berceo hacia el año 1230, es decir, unos 150 años después de la muerte del Santo, cuando aún no sólo se recordaban vivamente las curaciones milagrosas sino que se habían magnificado y también transformado poéticamente.

Alrededor del año 1.000 nació en el riojano pueblo de Cañas un niño que llegaría a la santidad con el nombre de Santo Domingo de Silos, por ser éste el lugar donde murió y realizó sus más famosos prodigios, unos durante su vida y otros después de su muerte. Por eso el poema, escrito en aquel primitivo castellano, tiene tres parte.

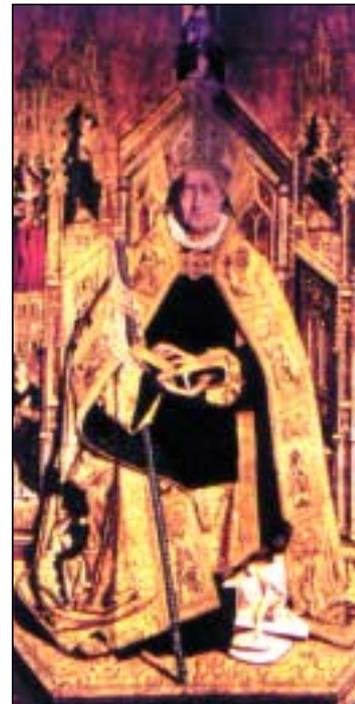
La primera se dedica a narrar la vida del Santo, comenzando con aquellos conocidísimos versos que transcribo actualizados: "En el nombre del Padre que hizo toda cosa/ y de Jesucristo, hijo de La Gloriosa/ y del Espíritu Santo que sobre ellos posa/ de un confesor santo quiero hacer una prosa"... y continúa, siempre romaneada, aquella vida tan sencilla de simple pastor al que una vocación le lleva a querer ser sacerdote, y tanta fue su aplicación y estudio, que en poco tiempo fue "hecho misacantano", y queriendo aún más perfección ingresó en el Monasterio de San Millán de Suso, en el que llegó a ser nombrado Abad, pero su enfrentamiento con el Rey de Navarra, Don García, le obligó a exiliarse a Castilla, donde el Rey Don Fernando I le encargó reverdecer la vida monástica en un cenobio abandonado en los montes de Carazo, llamado Silos. En el año 1.040 comenzó su tarea que pronto

dio fruto, consiguiendo, por su gran espíritu emprendedor y su gran capacidad de gestión, crear el espléndido Monasterio que hoy conocemos y una población a su alrededor.

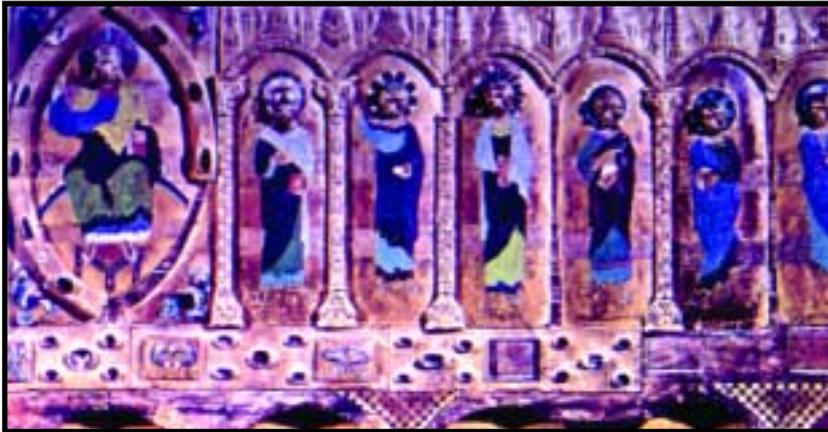
"DE RELIQUIAS RICOS Y ABUNDADOS..."

La gente de aquella época gustaba de poseer reliquias de Santos y a Santo Domingo le criticaron muchísimo no llevarse ningún fragmento de los cuerpos de San Vicente y de sus hermanas Sabina y Cristeta, en el traslado desde Ávila a San Pedro de Arlanza, para salvarlos de posibles profanaciones de los árabes. El Santo les tranquilizó diciéndoles que más adelante serían "de reliquias ricos y abundados/ y de algunos vecinos seredes envidiados". En efecto, murió en 1.073 y su cuerpo se conservó en una maravillosa urna que fue motivo de peregrinaciones. Precisamente durante el traslado de los tres hermanos santos, se produjeron algunas curaciones que recuerda Berceo.

En la segunda parte del libro se narran ocho milagros que sucedieron durante la vida del Santo. Uno



de ellos bien podría haber sido un accidente cerebrovascular agudo. Se trataba de una mujer que se dispuso para ir al mercado con otros compañeros y "enfermó de repente, de manera tan fiera/ que se hizo tan dura como una madera/ perdió ambos pies. No se podía mover/ los



dedos de las manos no los podía tener/ los ojos tan turbados que no podía ver/ ninguno de sus miembros tenían su poder”.

Llevada hasta Santo Domingo, éste les dijo: “...roguemos todos de corazón/ a Dios por esta dueña que yace en tal prisión/ que torne su seso, dele su visión/ que pierda esta pena, quede sin lesión”. Ella abrió los ojos y pidió de beber, mas el Santo, como buen riojano, no le dio agua, sino vino caliente y enseñui-

juvenil con afectación ocular; y el segundo, lo acaecido con Ananías, de Tabladiello (¿Asturias?).

Tenía Pedro los miembros atrofiados, las manos y los pies desviados, perdió la visión y con los brazos tan debilitados que no podía valerse de ellos para comer. Si los dolores eran muchos, peor era la pérdida de visión. Sus familiares le llevaron a Silos, donde permaneció tres días y tres noches delante del sepulcro del Santo suplicando su

ban,/soltáronse los brazos que contrahechos estaban,/desaparecieron los dolores que mucho lo aquejaban./Los que le seguían cerca, muy firmes lloraban”

Al igual que Pedro, tuvo dificultades al principio para moverse y pasaron varios días hasta que pudo regresar a su pueblo.

Son poco precisos los datos clínicos que ofrece Gonzalo de Berceo para

poder hacer un diagnóstico seguro, al contrario de otros milagros realizados a “poseosos” que eran indudables epilépticos, como el caso de María de Pañalba que “tomóla el demonio en la misa estando,/dio con ella en tierra su cuerpo meneando,/ torciendo allí la boca, las espumas echando,/ haciendo feos gestos, feos dichos hablando”.

Y así, uno tras otro, portentosas curaciones, hechos maravillosos que admiraban al pueblo: ciegos,

A Santo Domingo se le atribuyen después de su muerte veintitrés curaciones milagrosas, cuatro de ellas a parálíticos y cinco a “gotosos y reumáticos”

da salió del lecho, desapareció el dolor y recobró el movimiento.

Para nosotros es más interesante la tercera parte del poema, dedicada a las veintitrés curaciones milagrosas que ocurrieron después de la muerte de Santo Domingo, entre ellas a cuatro parálíticos y a cinco “gotosos y reumáticos”, uno de ellos de nombre Cid, que llevaba tres años y cerca de cuatro que no podía moverse a causa “de podagra lospies confundidos” y que después de asistir durante ocho días a misa frente al sepulcro del Santo “sintió que era de los pies guarido”.

Mi deformación profesional como reumatólogo, me hace pensar en dos casos de artritis reumatoide. El primero es del de Pedro, “Mancebillo de Aragón”, una posible forma

curación. Al cabo de ese tiempo se obró el milagro, los ojos recobraron la vista, sus miembros se desentumecieron y fueron desapareciendo los dolores.

“TENÍA LOS BRAZOS ENCORVADOS, TENÍALOS ENDURECIDOS...”

El otro caso, Ananás, llevaba cuatro meses en cama, “tenía el pobrecillo los brazos encorvados,/teníalos endurecidos, a los pechos pegados,/ni los podía extender, ni tenerlos alzados,/ni meter en su boca uno ni dos bocados”.

Le llevaron parientes y amigos al Monasterio, “cercando el sepulcro de cirios especiales,/ teniendo sus vigilias, clamores generales./ Fueron de Dios oído lo que demanda-

contrahechos, parálíticos, liberación de cautivos, cambios de conducta, pecadores que se arrepienten. Y Gonzalo de Berceo, pide muy poca cosa por su trabajo de divulgación y santificación de Santo Domingo. Lo dice en el segundo verso de su poema: “Quiero hacer una prosa en román paladino,/en el cual suele el pueblo hablar a su vecino,/ pues no soy letrado para hacerlo en latino:/ bien valdrá, como creo, un vaso de buen vino”.

Estamos seguros que Santo Domingo ofrecería de muy buen grado ese vaso de buen vino que pedía su clérigo cantor que por no ser letrado, escribía versos en un arcaico castellano, la lengua vulgar que hablaban los lugareños de la tierra riojana.

ERNESTO PLAZA
SOCIÓLOGO

Reum@tismos



ALL ABOUT ARTHRITIS

<http://www.allaboutarthritis.com>

Portal en inglés sobre la artritis que contiene numerosos documentos ilustrados. Destacan "Types of Arthritis" (repasan todas las clases de artritis) y "Arthritis and your Joints" (con un índice estructurado anatómicamente). Se enumeran causas, síntomas, diagnóstico y tratamientos). Además, apartados sobre terapia, calidad de vida, últimas noticias, investigación, formas idóneas de cuidado al paciente, consulta a expertos, testimonios, vademecum comentado y preguntas frecuentes sobre la artritis.

PREGUNTAS FRECUENTES

(Click en "Arthritis Questions")

En esta sección se formulan preguntas frecuentes e importantes sobre la enfermedad y son respondidas por expertos de prestigio. Al igual que en "Arthritis and your joints", se clasifica la información según las partes anatómicas afectadas, en este caso: tobillos, codos, manos, cadera, rodillas, hombros y muñecas.



NIAMS

<http://www.niams.nih.gov/>

Web oficial del National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases (NIAMS), el Instituto norteamericano de Artritis y Enfermedades Musculoesqueléticas y de la Piel. Su apartado más interesante es el de "Health Information", con informaciones, artículos y estudios publicados, clasificados en temas clasificados en un índice de la A a la Z.

Además hay noticias y datos sobre investigación, Planes Estratégicos y organización de este instituto.

SECCIÓN EN CASTELLANO

(Click en "En Español")



Sección de NIAMS traducida al castellano, en la que destaca igualmente su apartado "Información de Salud", el equivalente a "Health Information" pero con contenido más concreto y restringido. No obstante pueden consultarse variados temas sobre Artritis, Lupus, Síndrome de Marfan, Osteoporosis y Síndrome de Sjögren.





MEDICINATV.COM - REUMATOLOGÍA

<http://profesional.medicinatv.com/links/especialidades/>
(Click en "Reumatología")

Sección dedicada a la Reumatología de MedicinaTV.com, un portal que se estructura en tres subportales, según el perfil del visitante: público general, estudiantes y profesionales.

En este apartado de reumatología, dentro del área profesional, se encuentra un amplio y variado contenido de noticias, reportajes, casos clínicos, webcast, recursos, agenda de congresos, chat, foros, encuestas...



WEBCAST

(Parte derecha de la página)

Apartado de los últimos "webcast" relacionados con la reumatología. Se trata de videoentrevistas de expertos hablando sobre noticias, congresos, formas de prevención y avances en este campo, que se pueden descargar y visualizar. Para ver todos los webcast publicados en medicinaTV.com, ir a <http://profesional.medicinatv.com/webcast/> y hacer click en "reumatología".



ADEAPA

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

Web de la Asociación Asturiana de Espondilitis (ADEAPA), formada por personas que padecen espondilitis, familiares, médicos, fisioterapeutas, rehabilitadores y simpatizantes con esta problemática, y en colaboración con científicos investigadores. Contiene información básica en los apartados "Reumatología", "Rehabilitación", "Consejos de vida" e "Información complementaria". Además, ejercicios recomendados, noticias, congresos, links..., e invita a participar en el Foro y buzón.



EJERCICIOS (Dentro de "Espondilitis")



Paso a paso y por medio de representaciones gráficas se explica cómo el paciente puede realizar ejercicios que ayuden a su estado físico.

Son varias las posturas utilizadas para los trabajos de rehabilitación: sentado, a gatas, echado de lado, acostado de espaldas, acostado boca abajo, etc.