

Artritis Idiopática Juvenil

Más frecuente en
las niñas, afecta a
1 de cada 1000
menores de 16 años



Entrevista

Dra. María Galindo Izquierdo

"La investigación básica
es un componente fundamental
del médico"



Escuela del pie

Cursos en Internet a través de
la Universitat Oberta de Catalunya

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. Fco. Javier Ballina García

Consejo Asesor:

Dr. Jordi Carbonell Abelló, Dr. Eliseo Pascual Gómez, Dr. Fco. Javier Paulino Tevar, Dr. Pere Benito Ruiz, Dr. Jesús Tornero Molina.

Secretario de Redacción:

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

Colaboradores:

Dr. José Ivorra Cortés, Dr. José Luis Fernández Sueiro

Sociedad Española de Reumatología

www.ser.es



www.ibanezyplaza.com

ibáñez & Plaza EDITORIAL TÉCNICA + COMUNICACIÓN

Coordinación Editorial, Diseño y Maquetación:
Ibáñez&Plaza Asociados

C/ Bravo Murillo, 81 (4ª C)
28003 Madrid
Teléf.: 91 553 74 62
Fax: 91 553 27 62
ediciones@ibanezyplaza.com
losreumatismos@ibanezyplaza.com

Redacción:

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

Dirección de Arte:
GPG

Publicidad:
Ernesto Plaza Gajardo

Administración:
Concepción García García

Impresión:
Neografis S.L.

DEPÓSITO LEGAL M-42377-2003
SOPORTE VÁLIDO SOLICITADO

Entidades que han colaborado con Los Reumatismos en este número:

■ Abbott ■ Ibáñez&Plaza
■ Novartis ■ Pfizer ■ Schering Plough
■ Vita ■ Wyeth ■ Zambón

Enfermedades también de niños

La gota es enfermedad de ricos, las varices son achaques de mujeres, las enfermedades reumáticas son cosa de viejos... He aquí tres botones de muestra de los tópicos que todavía rigen en grandes sectores de la opinión pública, siempre dada a simplificar lo complejo y a etiquetar lo heterogéneo. Saliendo al paso del estereotipo en lo que se refiere a los reumatismos, hemos querido prestar especial atención en este número de la revista a la artritis idiopática juvenil (AIJ), una de las enfermedades reumáticas más frecuentes de las que también aquejan, por desgracia, a la infancia y la adolescencia.

En el amplio reportaje dedicado al tema se alude a que un uno por mil de la población menor de 16 años estaría afectada por los trastornos reumáticos que aquejan no sólo al aparato locomotor, sino a un amplio espectro de órganos como piel, ojos y vasos sanguíneos. La pirámide de población española viene a situar en un 20-22% el segmento menor de 16 años, lo que nos hablaría de unos 8.000 niños afectados por reumatismos.

Los síntomas presentan, del mismo modo, una amplia variedad incluyendo dolor e inflamación de las articulaciones, erupciones de la piel, fiebre, aumento del tamaño de los ganglios, inflamación de los ojos, cansancio, retraso en el crecimiento... En lo que respecta a la AIJ, un 30% de los niños portará durante más de una década la cruz de la enfermedad y una cifra similar presentará secuelas. Por fortuna, como se recuerda en el trabajo dedicado al tema, los nuevos tratamientos pueden modificar el curso de la enfermedad y mejorar sobre todo la calidad de vida.

La estrecha relación médico-enfermo vuelve a aparecer en la reumatología infantil como fundamento de una terapia eficaz

En lo que se refiere al tratamiento, el Dr. López Robledillo, expresa con un imagen certera que el tratamiento integral del niño y adolescente debe ser "un traje a medida". Una vez más la estrecha relación médico-enfermo aparece en la especialidad reumatológica como fundamento de una terapia eficaz, para la que, en este caso, será condición imprescindible el conocimiento de las características del niño, la gravedad de su enfermedad, el entorno familiar y social, la disponibilidad de recursos de rehabilitación próximos a su domicilio, o la accesibilidad a la consulta de reumatología cuando tiene problemas, entre otros factores.

Un incremento en la información y en el mejor diagnóstico de la patología ha fomentado en los últimos años su detección precoz y, en consecuencia, un abordaje en los estadios tempranos y un mejor pronóstico para el futuro.

Mayor información y mejor diagnóstico de la artritis juvenil han potenciado en los últimos años su detección precoz

septiembre-octubre 2004
N° 7 - AÑO 2

Artritis Idiopática Juvenil

Más frecuente en las niñas, afecta a 1 de cada 1000 menores de 16 años



Entrevista
Dra. María Galindo Izquierdo
"La investigación básica es un componente fundamental del médico"

Escuela del pie
Cursos en Internet a través de la Universidad Oberta de Catalunya

Nuestra Portada

La imagen, al tiempo amable e impactante de una muñeca articulada, sirve de referencia al reportaje que describe el aquí y ahora de una enfermedad reumatológica con dramática presencia en nuestra sociedad: la artritis juvenil idiopática o crónica. Un mejor conocimiento y los progresos en el diagnóstico han incrementado la estadística en relación con esta patología de gran calado social y abierto nuevas perspectivas a su tratamiento. A ello contribuye decisivamente la investigación que meritoriamente desarrollan profesionales como la Dra. Galindo Izquierdo, que protagoniza la entrevista de este número, y también valiosas iniciativas de formación como la que representa la Escuela del Pie.

1 Editorial **Enfermedades también de niños** La gota es enfermedad de ricos, las varices son achaques de mujeres...

3 Entrevista **Dra. María Galindo Izquierdo** Facultativo especialista del área del Servicio de Reumatología H. 12 de Octubre.

7 Reportaje **Artritis idiopática juvenil** Cuando la artritis no aguarda. Afecta a 1 de cada 1000 menores de 16 años.

17 Tratamiento

19 Formación **Escuela del pie** · Conocer más para una mejor marcha. Cursos en Internet a través de la UOC.

22 Estudio **Estudio AR** · Primer estudio sociológico integral sobre artritis que se realiza en nuestro país.

27 Asociaciones **Estudio calidad de vida** Hasta un 27% de los afectados por dolores reumáticos no visita nunca al médico...

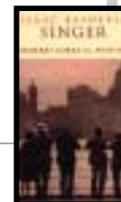
29 Bibliografía Comentada **Artritis reumatoide** · E. de Behçet · AR y cervicales · Sjögren · Osteoporosis.

35 Respuestas al Buzón **Lumbalgia** · Consentimiento informado · AR · Resonancia · Infiltraciones en niños con artritis...

41 Noticias **Aprobación Remicade UE** · Colecoxib y seguridad cardiovascular · Enbrel más metotrexato mantiene la inhibición...

45 Humanidades **Dr. Jordi Carbonell** Verano en Manhattan, del Premio Nobel Isaac Bashevis.

46 Recursos de reumatología en Internet **Reum@tismos**: Nueva web de la SER · Reumatología en Vall d'Hebrón · Reumaped.



DR. MARÍA GALINDO IZQUIERDO

FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA DEL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA H. 12 DE OCTUBRE

“La investigación básica es un componente fundamental del médico

Texto e imagen Carmen Salvador



LA DRA. **María Galindo Izquierdo**

madrileña, treintaytantos años, es facultativo especialista de área (FEA) del Servicio de Reumatología del 12 de Octubre y lleva diez años ejerciendo en la reumatología. Recuerda como una de las peores etapas de su vida las ocho semanas que estuvo preparando el MIR. Cuando lo inició no estaba segura de qué iba a escoger, pero pronto se inclinó por esta especialidad, “por la cantidad de enfermedades diferentes que incluye, sobre todo las inflamatorias, todo un reto”.

Lo peor de la especialidad? La sobrecarga que existe, como en toda la Sanidad Pública, la sensación de que no puedes hacer al cien por cien lo que deberías, dedicar más tiempo a ciertos enfermos, a determinadas enfermedades, porque el sistema no te lo permite”.

La doctora María Galindo terminó la residencia en el 97 y, después de unos meses en el paro, consiguió un contrato de guardias en urgencias en el Hospital 12 de Octubre de Madrid. Cuando se jubiló el doctor Castillo y el doctor Gómez Reino se fue a Galicia, donde había unas plazas vacantes, consiguió un contrato permanente.

“No tenía especial vocación por ninguna especialidad en concreto, pero al estudiar la reumatología ya me había gustado. Sin embargo, no es como me la imaginaba, es mucho más amplia. Además, en los últimos años hemos asistido a un avance espectacular con los nuevos fármacos. Si tuviera que empezar volvería a escoger reumatología.”

¿Crees que la especialidad está suficientemente reconocida por la población?

-Creo que todavía cuesta asumir que el médico de huesos también es el reumatólogo, y no sólo el traumatólogo. No obstante, en los últimos años la especialidad va siendo más conocida y más demandada; por eso tenemos cada vez listas de espera más largas.

CLÍNICA E INVESTIGACIÓN

La jornada de la doctora Galindo comienza hacia las 8 de la mañana; la labor de práctica clínica asistencial dura hasta las 14-15 horas. Dos tardes a la semana tiene consulta fuera del hospital, y las otras tres las dedica a la investigación.

“A la población todavía le cuesta asumir que el médico de huesos también es el reumatólogo”

¿Cuáles son las patologías que más se ven en consulta?

-Vemos mucha osteoporosis y mucha patología degenerativa. En el caso de la artrosis, por ejemplo, una vez instaurado el tratamiento, podemos derivar al apaciente a atención primaria para que siga la terapia. Pero no podemos hacer lo mismo con osteoporosis, porque el médico de prima-

ria no puede solicitar desintometrías. También vemos artritis reumatoide, fibromialgia, lupus...

La fibrosis de la esclerodermia es la primera línea de investigación de la doctora Galindo, “una patología con muy escaso número de enfermos”. Sin embargo, su campo de investigación se ha ampliado a otras patologías, “porque también se ha ampliado el



“Gran parte de la riqueza sanitaria se mide por la **capacidad de investigar**, pero en España vamos muy retrasados pues no existe la figura del investigador a secas”

grupo del laboratorio. Ahora somos ocho personas, entre ellas el doctor Ramírez, biólogo, que trabaja en terapia génica”.

-¿Y cuáles son esas líneas de investigación?

-Trabajamos sobre todo en artritis reumatoide, en mecanismos de apoptosis, fibroblastos, modelos de angiogénesis... Estamos intentando poner a punto un modelo transgénico de expresión de ciertas quimioquinas y ver cómo se comportan, pero no hemos dejado de lado la fibrosis de la esclerodermia. Un poco de todo dentro del tiempo del que disponemos.

-Si tuvieras que elegir entre clínica o investigación...

-Me quedaría con investigación. Es una maravilla. Al principio es difícil, pues como médico no estás acostumbrado a trabajar con las técnicas del laboratorio. Pero una vez que te familiarizas con ellas, el tema te engancha. Creo que es un complemento básico, por el que todo médico debería pasar alguna temporada. Ello, a pesar de que no es un trabajo reconocido oficialmente. Tampoco es remunerado y es poco agradecido en el sentido de que haces una técnica y no ves el resultado inmediato.

MUCHO POR HACER

Reflexiona la doctora Galindo que en la especialidad todavía hay mucho por hacer y por conocer. “La investigación que hacemos es buena, pero está limitada por el aporte económico. No se le da la importancia que debería, tanto oficialmente, como dentro de la profesión médica. Creo

que gran parte de la riqueza sanitaria se mide por la capacidad que tengas de investigar o de intentar avanzar en el campo de la medicina, pero en España vamos muy retrasados porque no existe la figura del investigador a secas. Hay que hacerlo a cambio de tiempo libre, sin liberarse de acometer otro trabajo.”

-En los últimos años se ha observado un aumento de las ayudas, tanto por parte de la Administración, la SER, como de la industria...

-Efectivamente, ahora hay unas becas del FIS que dan la opción de prorrogar la etapa de residente para hacer un proyecto de tesis, terminar un trabajo empezado, etc. Durante la residencia también puedes rotar unos meses en determinados grupos, tanto del país, como fuera. En este hospital, por ejemplo, nos vamos durante tres meses a trabajar con grupos que están llevando una línea de investigación similar, bien en España, o en cualquier otro país. Poco a poco se nos abren más campos de actuación.

-¿Aconsejarías la reumatología a futuros especialistas?

-Por supuesto. Les diría que consideren la reumatología, que es una especialidad muy completa en la que aún hacen falta reumatólogos, ya que estamos por debajo del número necesario por habitante. Y, repito, si se hacen especialistas en reumatología, que prueben también la investigación.

-¿Es importante la relación con otras disciplinas?

-Para mí es algo habitual, porque en el Hospital siempre ha habido esa

relación, y es que la valoración del paciente debe ser multidisciplinaria.

-¿Crees que falta un Plan Nacional acerca de estas enfermedades?

-Es fundamental, porque algunas enfermedades pueden detenerse si se detectan precozmente y para otras, aunque no tengan cura, como la artrosis, sí se pueden hacer campañas de prevención para evitar los factores que aceleran el proceso: cambiar algunos hábitos, evitar la obesidad, no realizar ejercicios bruscos, o cargar peso, hacer ejercicio moderado...

-¿Los pacientes están suficientemente informados de las enfermedades reumáticas?

-La población del 12 de Octubre es una zona con muchos emigrantes, pero aún así están cada vez más mentalizados y demandan atención clínica e información. Y si no la demandan, ahí debemos estar nosotros para explicarles la evolución de la enfermedad y las opciones de tratamiento.

-¿Qué opinas de las medicinas alternativas?

-No las conozco. No sustituyen a la medicina científica, pero tampoco creo que sean dañinas. Supongo que pueden ayudar en determinadas enfermedades y en determinados casos.

A pesar de la sobrecarga de trabajo, la Dra. María Galindo está muy satisfecha. Y tiene la fortuna de vivir en uno de los barrios más bonitos de Madrid, al lado del Teatro Real. Fuera de la medicina le gusta es viajar, la música, los toros (“esto no le agrada a algunos”, comenta) salir mucho con los amigos, leer y estar con la familia, en especial con los sobrinos.

“Hacen falta más reumatólogos, estamos por debajo del número necesario por habitante”

Suscríbase a LOS Reumatismos

LOS REUMATISMOS es una revista de distribución gratuita. No obstante, si Vd. desea asegurarse su recepción habitual (6 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 8 a 13 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

Tel. 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 8 a 13 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

Tel. 91 553 74 62 · Fax: 91 553 27 62 · Email: reumatismos@ibanezplaza.com

Afecta a 1 de cada 1000 menores de 16 años

Cuando la artritis no aguarda

Las enfermedades reumáticas también existen en la infancia y en la adolescencia. Se calcula que aquejan al uno por mil de la población menor de 16 años. Son enfermedades que afectan al aparato locomotor (articulaciones y músculos) y a otros órganos como la piel, ojos, vasos sanguíneos... con síntomas muy variados, como dolor e inflamación de las articulaciones, erupciones de la piel, fiebre, aumento del tamaño de los ganglios, inflamación de los ojos, cansancio, retraso en el crecimiento...

De todas estas enfermedades la más frecuente es la artritis idiopática juvenil (AIJ) -llamada también artritis crónica juvenil- una enfermedad inflamatoria crónica que afecta fundamentalmente a las articulaciones, pero también puede afectar a otros órganos y repercutir en el crecimiento y desarrollo normal del niño.

Se calcula que un 30% de los niños permanece más de una década con la enfermedad y una cifra similar presenta secuelas. Sin embargo, los nuevos tratamientos pueden modificar el

curso de la enfermedad y mejorar sobre todo la calidad de vida.

MÁS FRECUENTE EN LAS NIÑAS

La lesión inicial de la artritis es la inflamación de la membrana sinovial (la membrana que protege y cubre los cartílagos), la responsable del dolor, de la hinchazón y de la sensación de rigidez que se puede notar por las mañanas. La inflamación aumenta el grosor de la membrana y produce mayor cantidad de líquido de lo normal, distendiendo la cápsula y los ligamentos. Si la inflamación se mantiene y no se pone freno, puede hacer que el cartílago adelgace o desaparezca, destruyendo su función, es decir, el

rozamiento suave entre los huesos.

Al igual que en el adulto, la artritis idiopática juvenil es más frecuente en las niñas y comienza entre el primero y cuarto año. No es una enfermedad rara, se diagnostican 10 casos nuevos al año por cada 100.000 niños menores de 16 años, por lo que aproximadamente uno de cada mil niños en el mundo padece artritis crónica. No todas las artritis son iguales, hay varios tipos con características propias.

El origen es desconocido. Pueden estar implicados factores genéticos (está asociada a los genes del sistema HLA) y también ambientales, tóxicos, hormonales, virus... produciendo alteraciones autoinmunes.

La natación es uno de los mejores deportes; hay que evitar aquellos que producen "choques" en las articulaciones como saltar, esquiar, montar a caballo

SÍNTOMAS QUE HAY QUE VIGILAR

Los síntomas principales son: dolor, hinchazón y aumento del calor en las articulaciones, con rigidez y dificultad para realizar los movimientos.

■ Unas veces el comienzo es lento, insidioso y progresivo. El niño cojea sin que se aprecie tumefacción, o tiene un cansancio fuera de lo normal que le obliga a disminuir la actividad física habitual. Los más pequeños están irritables y rehúsan caminar y los mayores se sienten como "oxidados" al levantarse de la cama.

■ Pero como no todas las artritis son iguales, en otros casos el comienzo es brusco y grave, con importantes síntomas

generales, como mal estado general, fiebre alta, manchas en la piel, dolor difuso en brazos y piernas o inflamación en muchas articulaciones.

■ Si la inflamación persiste en unas articulaciones que están en crecimiento, altera su morfología definitiva y puede deformarlas si no se tratan correctamente desde el comienzo.

DIFERENTES TIPOS DE ARTRITIS IDIOPÁTICA JUVENIL

Artritis sistémica. El niño tiene fiebre persistente y manchas en la piel, junto con dolor en las articulaciones (artralgias). Es frecuente en niños menores de 5 años y afecta a ambos sexos.

Comienza bruscamente con fiebre alta en picos, es decir, sube mucho por las tardes a 40° C y baja por las mañanas durante bastantes días, incluso semanas. Habitualmente

el pico febril se acompaña de una erupción característica de la piel, con unas manchas de color rosa-salmón de varios tamaños que aparecen y desaparecen.

Se produce un aumento del tamaño de los ganglios del cuello, de las axilas y de las ingles; así como del hígado y del bazo. Algunas veces se inflaman las membranas que rodean el corazón y los pulmones.

Desde el primer día el niño tiene dolores en los brazos y en las piernas (mialgias) o en las articulaciones (artralgias) que se acentúan cuando la fiebre es alta. A veces no hay signos de inflamación y la artritis puede aparecer días, semanas, incluso meses después. Otros niños comienzan con artritis, con una o dos articula-

Cuando hay muchas articulaciones hinchadas, los pacientes adoptan malas posiciones o posturas fijas más cómodas

ciones inflamadas, o con muchas desde el principio.

En esta fase el niño está muy enfermo y si tal estado se prolonga durante algunas semanas, se encontrará postrado, pálido por la anemia, perderá peso y cada vez estará más débil. Necesitará ingreso hospitalario.

Poliartritis. Significa que desde el principio se inflaman muchas articulaciones (más de cuatro) sin mucha repercusión en el estado general, aunque más adelante aparece cansancio, pérdida de apetito, debilidad muscular y dificultad para realizar los movimientos. Afecta con más frecuencia a las

niñas de cualquier edad.

Cuando hay muchas articulaciones hinchadas, los pacientes adoptan malas posiciones o posturas fijas más cómodas para protegerse del dolor y de la rigidez, es decir, que doblan las articulaciones dolorosas. Las rodillas pueden quedar rígidas en flexión, los tobillos pueden dirigirse hacia abajo, las muñecas caídas y el cuello tiende a quedarse hacia delante y torcido. Signos que hay que evitar y tratar adecuadamente.

Poliartritis con factor reumatoide. (del tipo del adulto). Es la menos frecuente (un 10%). La





culaciones (menos de 4). Generalmente comienza entre los 2 y 3 años, con más frecuencia en las niñas. Este tipo de artritis no afecta al estado general del niño, pero tiene un alto riesgo de producir inflamación en los ojos, por lo que es importante que sea regularmente explorado por un oftalmólogo.

Artritis con entesitis. Aparece con más frecuencia a partir de los 10-12 años, y los pacientes son portadores del factor genético HLA-B27. Las articulaciones que más se afectan son las de las piernas: caderas, rodillas, tobillos y dedos de los pies.

Es muy característica la inflamación de las zonas de unión del hueso con los tendones y ligamentos. Lo más típico es en los calcáneos, lo que produce dolor en los talones al iniciar la marcha. Estas lesiones se pueden detectar por las radiografías.

También aparece un problema ocular, los ojos se ponen rojos y dolorosos. El tratamiento para esta inflamación es muy eficaz.

mayoría de afectadas son niñas mayores entre 11 y 14 años que comienzan con síntomas inespecíficos, pero enseguida presentan una poliartritis simétrica, es decir se inflaman las mismas articulaciones del lado derecho y del izquierdo, fundamentalmente las muñecas, las pequeñas articulaciones de las manos y de los pies, y a veces las rodillas, los codos y las caderas. Es frecuente que el dolor se acompañe de rigidez, sobre todo tras el reposo.

Estas niñas tienen en su sangre el "factor reumatoide" como los adultos. Presentan una predisposición especial a un daño importante de las articulaciones, por lo que es fundamental que se diagnostique cuanto antes y se utilicen los fármacos más potentes y de larga acción.

Oligoartritis. Afecta a pocas arti-

padres, en la exploración física del paciente y en los resultados de los análisis de sangre y orina, de las radiografías y de otras pruebas.

Las alteraciones analíticas como la anemia y la velocidad de sedimentación elevada, indican la presencia, pero no la causa, de la inflamación.

■ El factor reumatoide, que se encuentra en la mayoría de los adultos con artritis reumatoide, raramente se ve en los niños y sólo se presenta en el grupo de poliartritis tipo del adulto.

■ Otra alteración analítica que se puede encontrar son los llamados anticuerpos antinucleares, que son muy frecuentes en las niñas con uveítis anterior crónica (inflamación en los ojos).

■ En ocasiones el reumatólogo necesitará sacar líquido sinovial de algunas articulaciones inflamadas, para analizarlo al microscopio y realizar cultivos en el laboratorio.

■ Las radiografías y ecografías de las articulaciones se realizan para descartar otras enfermedades en los

Otra alteración analítica que se puede encontrar son los llamados anticuerpos antinucleares que son muy frecuentes en las niñas

Por lo general, sólo el niño con artritis sistémica necesita ingresar en el hospital, ya que es necesario realizar más pruebas

Artritis con psoriasis. Las dos enfermedades juntas son poco frecuentes en la infancia, pero pueden afectar a niños de 8 a 10 años. Es característico que primero se inflamen las pequeñas articulaciones de los dedos y luego se afecten las uñas y por último la piel.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se basa en los síntomas que cuenta el niño o sus

huesos y para valorar el grado de evolución de la artritis.

■ Por lo general, sólo el niño con el tipo de artritis sistémica necesita ingresar en el hospital, ya que es necesario realizar más pruebas (ecocardiograma, hemocultivos, estudio de la médula ósea...) para hacer el diagnóstico definitivo.

EVITAR LAS DEFORMIDADES

Aunque es una enfermedad importante, la mayoría de los

El calor húmedo alivia el dolor, la hinchazón y la rigidez de las articulaciones, por lo que es muy útil que el niño reciba un baño de agua caliente, por la mañana y por la tarde

niños tendrá una vida normal y serán independientes de adultos. La mitad de los niños con artritis sistémica se recupera en meses, después de tener varios brotes de fiebre y otros síntomas graves, pero en la otra mitad la dolencia es más agresiva, y persiste durante años la inflamación en muchas articulaciones, quedando secuelas irreversibles y repercutiendo negativamente en el crecimiento y desarrollo del niño si no recibe tratamiento adecuado.

TRATAMIENTOS INDIVIDUALES

El tratamiento ha de instaurarse lo más precozmente posible y cada niño tiene que ser considerado individualmente, por lo que la terapéutica va a tener distintos niveles de intensidad, dependiendo del tipo, del momento y de la gravedad de la enfermedad.

■ El tratamiento, además de los fármacos, las medidas generales, los ejercicios y los cuidados posturales, incluye la educación del niño y de los padres, así como la colaboración de todas las personas de su entorno.

■ La alimentación debe ser normal y equilibrada en hidratos de carbono y proteínas, proporcionando el aporte calórico necesario para el desarrollo de los músculos. El calcio de la leche es importante para mantener la fuerza de los huesos. No hay que excluir ningún alimento de la dieta. El niño no debe estar

grueso, porque se acumula sobre las articulaciones más peso del que puede soportar.

■ Quedarse todo el día en la cama sólo está indicado en los periodos en los que el niño está muy enfermo, aunque necesitará periodos de reposo más largos, y a intervalos más frecuentes que sus compañeros.

■ La forma más correcta de hacer el reposo en esta enfermedad, es con los brazos y las piernas estirados, para que las articulaciones mantengan su postura correcta. Si las caderas están afectadas, es conveniente descansar boca abajo durante media o una hora al acostarse, para que estas articulaciones se pongan derechas con su propio peso.

■ El colchón debe ser duro y la almohada baja para que la espalda adquiera su postura normal.

A veces se necesitan férulas de descanso para ayudar a mantener

las articulaciones en buena posición durante el sueño, especialmente en las muñecas y en las rodillas. Si los tobillos también están afectados, las férulas tienen que incluir el pie.

■ Los ejercicios son necesarios para mantener y mejorar la función articular y la fuerza muscular. Los puede realizar el propio niño, o bien le puede ayudar otra persona. También puede realizar ejercicios isométricos que consisten en contraer un determinado músculo durante unos segundos, sin mover la articulación inflamada.

Durante la fase aguda de la enfermedad los padres le pueden ayudar a realizar un programa de ejercicios, según indique el especialista.

■ El niño con artritis debe aprender a nadar lo antes posible, ya que es uno de los mejores ejercicios para relajar los músculos y mover las articulaciones más fácilmente.

■ Cuando se afectan las caderas y las rodillas y el niño no quiere andar, el triciclo y la bicicleta son muy útiles para mantener la movilidad articular sin forzar las articulaciones inflamadas. Hay que evitar los deportes que producen "chocques" en las articulaciones, como saltar, esquiar, montar a caballo...

■ El calor húmedo alivia el dolor, la hinchazón y la rigidez de las articulaciones, por lo que es muy útil que el niño reciba un baño de agua caliente, por la mañana y por la tarde.

GRUPOS DE FÁRMACOS

Antes o después se aplican las infiltraciones con corticoides en el tratamiento de la AIJ, especialmente cuando están inflamadas pocas articulaciones y en especial la rodilla. En los pequeños se realiza bajo sedación en quirófano.

El enfoque del tratamiento de la AIJ, especialmente la del tipo poliarticular, es similar al tratamiento de la



Del grupo de los antiinflamatorios, están autorizados para su uso en la edad infantil ibuprofeno, naproxeno, tolmetín e indometacina



artritis reumatoide del adulto. El objetivo principal del tratamiento es el desarrollo normal del niño e intentar con los tratamientos disponibles eliminar la inflamación articular, puesto que es la inflamación mantenida la que puede dejar secuelas. Para ello, contamos con diversos grupos de fármacos. Según el caso se pueden utilizar en monoterapia, aunque con frecuencia se precisa el tratamiento combinado.

Del grupo de los antiinflamatorios, están autorizados para su uso en la edad infantil ibuprofeno, naproxeno, tolmetín e indometacina. Se utilizan para controlar la inflamación, el dolor y la rigidez matinal a corto plazo, pero que no evitan la progresión de la enfermedad. La dosis se debe ajustar siempre al peso del niño. Se usan especialmente en el inicio de la enfermedad y para el control del dolor y la rigidez articular. En general son bien tolerados, aunque se debe tener en cuenta que no evitan la progresión de la enfermedad por sí solos.

Los corticoides (prednisona, deflazacort, etc) tienen una acción antiinflamatoria muy potente. Sin embargo, se deben utilizar con precaución dado que su uso durante un tiempo prolongado puede provocar descalci-

ficación y retraso del crecimiento entre otros efectos secundarios. Son muy útiles por vía oral y a dosis reducidas para el tratamiento inicial del control de los síntomas, mientras hacen efecto los fármacos llamados inductores de remisión, como el metotrexato. Para el tratamiento de manifestaciones sistémicas y cuadros graves se utilizan, a dosis altas por vía intravenosa durante varios días.

En el manejo de la presencia o la persistencia de artritis localizada en

En contadas ocasiones se llega al tratamiento quirúrgico en la AIJ. En esos casos se actúa para evitar la rigidez articular

pocas articulaciones, especialmente la rodilla, se utilizan los corticoides en inyección con muy buenos resultados y con la técnica adecuada, apenas efectos secundarios. En niños pequeños se aconseja la sedación mientras se realiza la punción articular.

Sin duda, desde la década de los 90, de los fármacos denominados modificadores de la enfermedad o inductores de remisión, el principal es el metotrexato en dosis única semanal por vía oral o subcutánea. Un número importante de los niños con AIJ van a responder a este fármaco. La sulfasalacina se suele utilizar en los niños varones con espondilo-

artropatía asociada al antígeno HLA-B27. El resto (hidroxicloroquina, ciclosporina A), se usan ocasionalmente en el ACJ.

Desde hace pocos años, para los niños con enfermedad refractaria a estos fármacos, se dispone de los nuevos agentes biológicos, inhibidores de la citocina TNF. En la edad infantil está aprobado para su uso Etanercept, en dos dosis subcutánea semanal, con muy buenos resultados.

En la actualidad se llega al tratamiento quirúrgico en la AIJ en contadas ocasiones. En esos casos se actúa para evitar la rigidez articular, especialmente en articulaciones de carga. En casos con secuelas funcionales importantes en caderas o rodillas, se

puede plantear el uso de prótesis en niños más mayores. No hay que olvidar el uso de férulas correctoras en épocas de actividad inflamatoria y mantener un adecuado balance muscular con fisioterapia adecuada.

La rehabilitación en muchos casos debe ser indicada paralelamente a la evolución de la enfermedad -algunos centros cuentan con programas de protección articular-. Se trata de enseñar habilidades normales para que las articulaciones sufran menos, acciones fáciles como leer con atril, abrir objetos sin forzar la muñeca, adoptar posturas que no dañen las articulaciones...



DR. JUAN CARLOS LÓPEZ ROBLEDILLO
REUMATÓLOGO PEDIÁTRICO
HOSPITAL NIÑO JESÚS DE MADRID

“El tratamiento integral en niños y adolescentes debe ser un traje a medida”

El doctor J. Carlos López Robledillo, reumatólogo pediátrico del Hospital Niño Jesús de Madrid, señala que el tratamiento integral del niño y adolescente debe ser “un traje a medida”, y que los efectos secundarios de los fármacos que repercuten sobre su aspecto físico son los peor llevados. Destaca también el avance que ha supuesto el tratamiento biológico con más de un 70% de respuesta clínica satisfactoria, en la artritis idiopática juvenil.

-¿Qué quiere decir concretamente con un “traje a medida”?

-La terapia dependerá de las características del niño, de la gravedad de su enfermedad, del entorno familiar y social, del colegio, de la disponibilidad de recursos de rehabilitación próximos a su domicilio, o de la accesibilidad a la consulta de reumatología cuando tiene problemas, entre otros factores.

-¿Son pacientes cumplidores de la terapéutica?

-Pensamos que sí, pero todos los tratamientos de enfermedades crónicas presentan diferentes grados de adherencia o cumplimien-

to, habida cuenta además de la coexistencia de tratamientos alternativos o complementarios no prescritos por los reumatólogos pediátricos. En cuanto a otras

-Todos los tratamientos que empleamos tienen un riesgo y un beneficio que se debe exponer a los pacientes (por lo general a los padres) y decidir conjuntamente.



“ Los efectos secundarios que repercuten sobre el aspecto físico, sobre todo si son adolescentes o preadolescentes, son los peor llevados”



medidas generales, las que más dificultad pueden entrañar son las férulas de miembros, para evitar o reducir contracturas articulares, más frecuente en niños pequeños.

-¿Qué efectos secundarios pueden tener los fármacos y cómo los aceptan?

Por lo general los efectos secundarios que repercuten sobre el aspecto físico, sobre todo si son adolescentes o preadolescentes, son los peor llevados, como el exceso de vello (hipertrichosis) que produce la ciclosporina o los glucocorticoides; el sobrepeso y el aspecto redondo de la cara por

los glucocorticoides. Por este motivo conviene utilizarlos en la menor dosis posible durante el menor tiempo necesario. La mayoría de los efectos con otros fármacos son más o menos transitorios, como sucede con la alopecia por ciclofosfamida.

TERAPIAS BIOLÓGICAS, AVANCE IMPORTANTE

-Las nuevas terapias biológicas ¿se consideran aplicables en niños?, ¿cuál es la experiencia?

-Las terapias biológicas suponen un avance importante en el manejo de los niños con artritis idiopática juvenil que presenten inflamación articular persistente o progresiva, y

que no respondan a fármacos como el metotrexato (o no lo toleren). La experiencia es positiva con etanercept (el único aprobado

Las terapias biológicas suponen un avance importante en el manejo de los niños con artritis idiopática juvenil que presenten inflamación articular persistente o progresiva

hasta la fecha para uso en niños), de tal manera que más de un 70% presentan respuesta clínica satis-

factoria y, además, muy pronto una vez iniciado el tratamiento.

-¿Cuándo se recurre a intervenciones quirúrgicas?

-Por lo general poco. Se realiza cuando hay contracturas articulares importantes que no responden a otras medidas y en este caso se procede al "release" o liberación de partes blandas próximas a la articulación, como tendones o inserciones musculares. En otras ocasiones se realiza cirugía para realinear dedos de pies mediante osteotomías correctoras. También se recurre a la cirugía, pero excepcionalmente, para el recambio de una articulación en adolescentes.

DRA. JUANA SANPEDRO
JEFE DE SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA
HOSPITAL VIRGEN DE LA SALUD DE TOLEDO

“El dolor reumático es más leve en los niños”

Según la Doctora Juana Sanpedro, jefe de sección de Reumatología del H. Virgen de la Salud de Toledo, el principal síntoma por el que el niño acude a las consultas de reumatología es por un trastorno de deambulación. “El dolor no es un gran problema en esta etapa, es más benigno que en la edad adulta”.

Señala que se ha observado en los últimos años un incremento de casos de artritis idiopática juvenil, “alrededor de un 30%, pero parte de este incremento es probable que sea por la mayor información

que hay sobre la enfermedad”.

Más frecuente en niñas, “se observa por igual en todos los estamentos y no influyen en ello el clima, la alimentación o sus actividades”

-¿Cómo reaccionan los padres al conocer la enfermedad de su hijo?

-La primera reacción es de sorpresa, pero no de rechazo. La enfermedad va a condicionar parte de sus vidas, más la de los padres que la de los niños, al saber que tiene una enfermedad crónica y que va a

necesitar muchas revisiones periódicas. Los especialistas tratamos de que les afecte lo menos posibles, aunque en la familia hay una tendencia a tenerlos muy protegidos.

Según esta especialista, la artritis juvenil puede afectar al crecimiento y desarrollo del niño. “Al llegar a la edad adulta, va a remitir o a evolucionar a una artritis de adulto. También pueden quedar secuelas. Afortunadamente en la actualidad ya no se ven deformidades por esta enfermedad, ya que disponemos de más armas terapéuticas para intervenir de forma más precoz.”

■ cursos en internet a través de la página web de la universitat oberta de catalunya

Escuela del pie

conocer más para una mejor marcha

Desde hace tres años la Escuela del Pie realiza diversos cursos con el objetivo de difundir los conocimientos actualizados clínicos y terapéuticos, es decir, médicos, quirúrgicos y ortopodológicos, en la patología del pie, en el ámbito de las enfermedades del aparato locomotor. En ellos intervienen diversos especialistas, reumatólogos, cirujanos ortopeda, pediatras, podólogos, y técnicos ortopeda, que son considerados referentes en esta patología.

En estos cursos se ha tratado de difundir un mayor conocimiento en la anatomía y biomecánica del pie, en su exploración física y estudio de la marcha, en las exploraciones complementarias, así

La mayoría de las enfermedades del antepié se observan en mujeres, debido a la sobrecarga que se produce en la zona al caminar con tacones

como en los avances de los grandes síndromes en la patología de este área anatómica y sus tratamientos.

Según datos de esta Escuela, aunque el 40% de las patologías detectadas afectan por igual a hombres y mujeres, existen factores colaterales, como la altura y la forma del tacón, que determinan en gran medida los trastornos del pie entre las mujeres. Ocho de cada diez casos relacionados con las

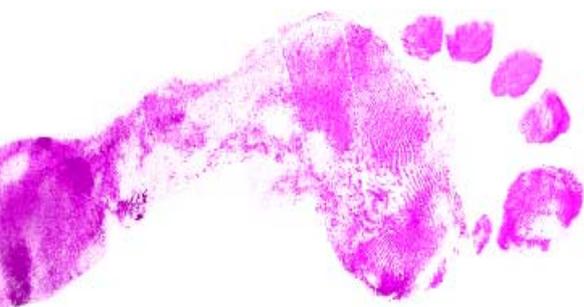
patologías del antepié, se han registrado en las mujeres, debido a la sobrecarga que se produce en la zona al caminar con tacones.

Las patologías más frecuentes son los trastornos estáticos con afectación de partes blandas, que condicionan las durezas y las callosidades, la artrosis y la artritis.



CONOCER MEJOR EL PIE

-La mayoría de los españoles -comenta el Dr. Pere Benito- llegan a sufrir trastornos en el pie, síntomas importantes pero que siguen siendo considerados "menores" y que podrían reducirse mediante una mayor comprensión de la biomecánica y patología asociadas a esta parte del cuerpo. El mejor conocimiento de los materiales ortésicos (plantillas), ortopédicos y de calzado, junto con la detección precoz de las



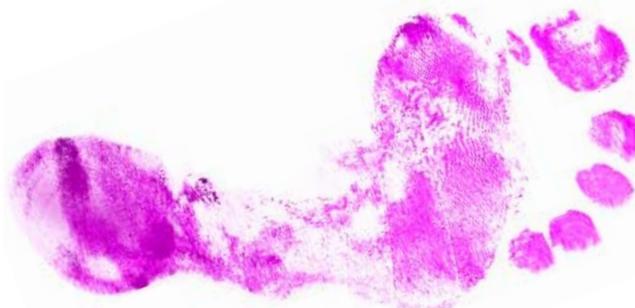
causas anatómicas del dolor, han evitado, en muchos casos, la afectación de las zonas blandas.

Según este especialista y coordinador del curso junto con el Dr. Ramón Viladot, "existe un gran desconocimiento de la patología del pie, quizá porque las dolencias más frecuentes (durezas y callosidades, derivadas de malos apoyos) no están cubiertas por la Seguridad Social". "Iniciativas como ésta -añade- son útiles para que los profesionales conozcan la patología del pie y promuevan campañas sanitarias relacionadas con su cuidado."

-¿Desde cuándo hay que vigilar posibles anomalías?

-El pie debe observarse desde que comienza la marcha. Esto no quiere decir que a partir de poco más de un año deba acudir al médico. Los niños al iniciar la marcha tienen un pie aplanado, que puede durar más o menos tiempo

(pie plano laxo infantil), y que progresivamente va reduciéndose. Aún así, los niños es difícil que expresen molestias. Antes veremos una marcha anómala, un cansancio excesivo, una limitación en su actividad física, etc. Esas serían indicaciones de consulta. Por otro lado, en la edad adulta la presencia de molestias de cualquier tipo, la aparición de helomas (duricias), callosidades, deformaciones del calzado, son también motivo de consulta. Mención aparte merecen ciertas enfermedades endocrino-metabólicas, como puede ser la diabetes, o neurológicas, en que el pie es un área diana de esta patología. Por lo general, los médicos especialistas ya tienen un especial interés en su cuidado.



-¿A quién corresponden las enfermedades del pie?

-Lo ideal sería que la formación del médico generalista fuera suficiente para detectar esta patología. Lamentablemente no es así, y son los podólogos y con menor frecuencia los médicos reumatólogos y traumatólogos los consultados. En mi opinión habría de ser el médico internista del aparato locomotor, el reumatólogo, el que debería hacer el primer diagnóstico, y a partir de ahí remitir, en los casos que así fuera requerido, a otro especialista de referencia.

EL PAPEL DEL CALZADO

-Un calzado inadecuado, durante muchos años, ¿puede llegar a pro-

ducir artrosis, o artritis en los pies?

-Un calzado inadecuado puede exacerbar las molestias de cualquier enfermedad reumática. Las artritis no son desencadenadas por este motivo. Respecto a las artrosis, el tema ha sido muy controvertido. También en este caso es probable que haya una predisposición genética y que el determinante sea una mala función de las articulaciones del pie, por ejemplo por el calzado, en unos pies morfológicamente predisuestos.

-La moda del calzado, por lo general, ¿no es saludable?

-La moda suele seguir patrones estéticos y no anatómicos ni funcionales. Aún así, hemos sido testigos de diferentes tendencias, que en ocasiones han ayudado a la

función articular y otras no. Casi siempre ello ha sido fruto del azar.

-¿Cuál es el factor más negativo?, ¿el tacón?, ¿la puntera muy fina y estrecha?, ¿muy bajos?.

-La forma del zapato ideal va a depender casi siempre del pie que encierra. De todos modos y de una forma general, el pie debe estar recogido pero no apretado por el calzado. La mayoría de la población lleva una talla insuficiente. Deben quedar unos dos centímetros hasta la puntera, los dedos deben poder moverse en su interior, y el talón ideal debería ser entre dos y seis centímetros, a ser posible de base ancha. La suela debe ser flexible. Sabemos que el apoyo plantar repercute en

las articulaciones superiores. Tobillos, rodillas y columna lumbar pueden verse implicadas. Aún sí, lo que probablemente puede afectarlas más directamente es el trastorno de la marcha que por dolor pueda producirse.

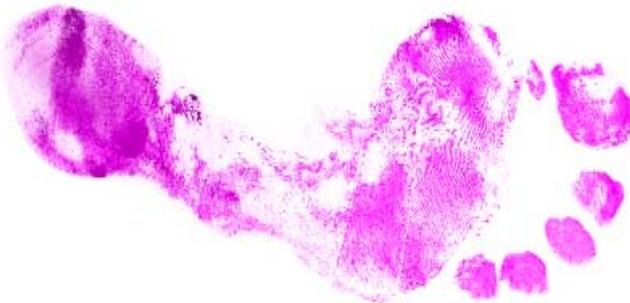


gruesa capa de grasa. Esta situación inicial va evolucionando con el tiempo hacia un pie normal, un pie plano laxo (huella aplanada, talones hacia fuera) que normalmente se corrige solo o, en algunos casos y debido a una alteración anatómica de los huesos, hacia un pie plano patológico.

sejo Catalán de Formación Continuada con 3.6 y 5 créditos, respectivamente.

En la actualidad se está elaborando un módulo sobre la "Patología del pie", que tiene como referencia esta escuela, y que va a formar parte del Master en Reumatología de la SER, a través de la Universitat Ober-

"Existe un gran desconocimiento de la patología del pie, quizá porque las dolencias más frecuentes (durezas y callosidades, derivadas de malos apoyos) no están cubiertas por la Seguridad Social"
(Dr. Pere Benito, coordinador del curso)



**PIE INFANTIL:
UNA LENTA EVOLUCIÓN**

En cuanto a los niños, se calcula que siete de cada diez tienen los pies planos cuando comienzan a andar (entre los 12 y los 14 meses). Esta situación, que afecta a la marcha y a la dinámica del pie, es casi constante durante la primera infancia, muy frecuente en los niños más mayores y en un 15% de los adultos.

La relajación de la musculatura, la acumulación de grasa en la bóveda planta o la existencia de alteraciones anatómicas, son algunos de los factores que pueden provocar la aparición de esta afección en el pie infantil.

Los expertos aseguran que la consulta pediátrica y el uso de un calzado adecuado a cada etapa de crecimiento son fundamentales para evitar alteraciones en la marcha del niño o incapacidades durante la vida adulta.

El pie del niño comienza a configurarse a partir de los tres años y se define completamente entre los 8 y los 9. Durante la primera etapa de crecimiento, la planta del pie es plana, dado que aún no se ha desarrollado el arco plantar y, en su lugar, hay una

A partir del momento en que el niño comienza a caminar va a necesitar un calzado adaptado, con un contrafuerte potente que evite que los talones se desvíen hacia fuera. La puntera ha de ser ancha, alta y reforzada para que cumpla su función de proteger los dedos de roces y pisotones y la suela flexible a la altura de las articulaciones metatarsófalángicas (las que permiten que el pie se flexione). Las botas que encorsetan el pie y el talón, no son las más recomendables.

**PODRÁN SEGUIRSE
POR INTERNET**

Hasta la fecha se han realizado 9 cursos, tres por año, patrocinados por la SER y la Asociación Española de Medicina y Cirugía del Pie, y que han sido acreditados por la Comisión de Formación Continuada del Ministerio de Sanidad y Consumo y por el Con-

ta de Catalunya (UOC). Los alumnos que aprueben el módulo tendrán opción a realizar un período de prácticas en distintos hospitales de Barcelona, con especial dedicación a la patología del pie en las enfermedades del aparato locomotor.

A partir de ahora, las enseñanzas teóricas podrán seguirse por Internet, a través de la UOC, y las prácticas, voluntarias, se realizarán de forma presencial en Barcelona. Durante su estancia los alumnos asistirán a diferentes hospitales de referencia para integrarse en la asistencia clínico-quirúrgica de los pacientes.

El patrocinio del curso corresponde a la SER y la Asociación Española de Medicina y Cirugía del Pie, pero ello no habría sido posible sin la colaboración desinteresada del Área Científica Menarini, a través de la Fundación SER.

Primer estudio sociológico integral que se realiza en nuestro país

Más de la mitad de los pacientes con artritis son diagnosticados de forma tardía

El primer informe socioeconómico desarrollado en nuestro país que integra a pacientes, médicos de atención primaria y especializada y sociedad en general, ha identificado las principales deficiencias que existen en la atención a la artritis reumatoide y recoge las demandas de los distintos colectivos implicados en la enfermedad.

El estudio, que cuenta con el apoyo de la Sociedad Española de Reumatología (SER), ha sido promovido por la Liga Reumatológica Española (LIRE) y ha contado con el patrocinio de Abbott Laboratories. Según este primer informe, cerca del 70% de los médicos de atención primaria desconoce algunos de los últimos avances que se han registrado sobre la artritis reumatoide

de y sobre los últimos fármacos (terapias biológicas) disponibles.

Para el presidente de la SER, doctor Jesús Tornero, "sigue siendo una de las enfermedades olvidadas en nuestro país", a pesar de que constituye una de las patologías más incapacitantes. El 83% de los pacientes sufre dolores articulares, el 58% presenta articulaciones inflamadas y entre un 28% y un 32% sufre además cansancio, rigidez matutina, malestar general y dolores difusos. Respecto a las repercusiones físicas y psicológicas, el 76% de los enfermos padece, según el estudio, algún tipo de inmovilidad, siendo una de las primeras causas de incapacidad laboral y aislamiento. Una parte importante de los pacientes reconoce tener secuelas psicológicas y destacan que muchas de las actividades

cotidianas se convierten en un problema que les genera una situación de precariedad y dependencia que no es atendida.

DIAGNÓSTICO TARDÍO

Según el presidente de la LIRE, Santos Yuste, "los enfermos siguen siendo diagnosticados de forma tardía; la derivación del médico de atención primaria al especialista también se prolonga en el tiempo; el seguimiento de la enfermedad se encuentra con la traba de la falta de contacto entre especialistas y atención primaria; y no existe apoyo psicológico ni programas de apoyo de rehabilitación o fisioterapia".

Por ello, las reivindicaciones de los pacientes y familiares se concentran en aspectos tanto sociales como médicos. Reclaman más atención psicológica (un 14% de

Principales resultados del estudio

- El 36% de la población considera que el responsable del tratamiento es el traumatólogo y el 62% el reumatólogo.
- La mayoría conoce los principales síntomas: dolor e hinchazón, pero cerca del 80% no es consciente de que puede causar inmovilidad y depresión.
- Un porcentaje represen-

tativo de encuestados asegura sufrir la enfermedad por lo que, según la información recogida, la prevalencia de la AR entre los encuestados se situaría en el 3,6%. Según datos del estudio EPISER, la prevalencia se encuentra en el 0,5%, lo que refleja la desinformación que existe sobre la enfermedad.

- El diagnóstico en la mayoría de los pacientes se realizó en un plazo no superior a un año, aunque el tiempo desde la aparición de los síntomas hasta el diagnóstico tiende a reducirse.
- Más de la mitad de los enfermos son tratados por reumatólogos, aunque menos de la mitad lo fueron por estos expertos.

- Sólo un 20% de los pacientes cuenta con un fisioterapeuta y uno de cada tres realiza ejercicios terapéuticos.
- La mitad de los enfermos ha cambiado de tratamiento y en la mayoría de las ocasiones ha sido por la falta de eficacia del mismo para controlar los síntomas.
- La mitad de los pacientes

los pacientes y un 40% de los médicos), una mejora en el acceso a técnicas de rehabilitación y fisioterapia (el 45% de los enfermos), un mayor número de especialistas (el 41% de los pacientes) y un acceso más rápido a los mismos. Asimismo, demandan un seguimiento de la enfermedad por parte de los médicos de atención primaria y solicitan un mayor compromiso hacia su problemática.

“En definitiva, perseguimos –puntualiza Santos Yuste– que la enfermedad sea tratada de una forma integral que incluya tanto los aspectos médicos como sociales y asistenciales”.

LAS DEBILIDADES DEL SISTEMA

Para el doctor Tornero la reumatología y, en concreto, la artritis reumatoide no recibe la atención sanitaria que debería en función de su preva-

lencia e impacto médico-social: “Una visión nihilista de la terapia de la enfermedad y la baja mortalidad del proceso han influido de forma decisiva en el desconocimiento que existe sobre ella y en el hecho de que haya sido relegada en favor de otras especialidades. Pocos saben que esta enfermedad acorta la vida de las personas que la sufren y que les incapacita para desarrollar sus actividades normales con la repercusión económica que ello supone.”

“En este sentido –añade el especialista–, este estudio constituye un punto de partida que señala las debilidades del sistema y hacia dónde debemos dirigirnos.”

En una amplia mayoría de los casos, el proceso del tratamiento se inicia en el médico de atención primaria y en los casos más avanzados suele comenzar en el reumatólogo. Es en esta primera fase, hasta la primera consulta, donde se producen ya los mayores retrasos y más de la mitad de los pacientes muestran un grado avanzado de la enfermedad cuando se produce el primer diagnóstico y casi un 27% acude cuando la artritis reumatoide está avanzada. Una vez realizado el diagnóstico, que se hace relativamente rápido, el tiempo hasta la instauración del tratamiento es breve situándose en menos de tres meses y no se aprecian diferencias entre médicos de primaria y reumatólogos.



son tratados con antiinflamatorios no esteroideos y en segundo lugar se encuentran los analgésicos.

■ El 76% de los pacientes sufren incapacidad con las limitaciones que conllevan para el desarrollo de actividades diarias.

■ Los enfermos consideran que no están siendo apoyados y reclaman a las autori-

dades un aumento en las instalaciones y un incremento en el número de especialistas.

■ Un tercio de los pacientes llega a la consulta en los primeros momentos de la enfermedad, otro tercio cuando está avanzada y un 27% cuando la artritis está muy avanzada.

■ Al 46% de los pacientes

se les diagnostica de forma casi inmediata, mientras que al 40% tras haber transcurrido un año desde la aparición de los síntomas.

■ Los reumatólogos realizan una valoración de la artritis reumatoide mucho más grave que los médicos de atención primaria.

■ El 69% de los médicos de atención primaria descono-

ce las terapias biológicas.

■ Además de los fármacos como tratamiento básico, los reumatólogos se decantan por la fisioterapia, mientras que los médicos generalistas por otras terapias alternativas, como balnearios y acupuntura.

■ Los antiinflamatorios no esteroideos y los corticoides son los más utilizados.

En opinión de uno de cada cuatro reumatólogos, el diagnóstico precoz de la enfermedad representa uno de los puntos clave para mejorar la calidad de vida y la atención al paciente. El carácter inespecífico de los síntomas de la artritis reumatoide junto con la baja inci-

nuevas terapias han abierto nuevas perspectivas de manera que, en pacientes diagnosticados y tratados de forma precoz, estamos logrando detener la progresión de la enfermedad. El panorama terapéutico es radicalmente distinto al de hace diez años. Sin embargo,



De izquierda a derecha, Santos Yuste y el Dr. Jesús Tornero

dencia de la enfermedad y la saturación de consultas, denunciada por los médicos de atención primaria, se encuentran en la raíz de este problema.

UN CAMBIO RADICAL EN EL TRATAMIENTO

En este estudio los médicos de atención primaria denuncian su desconocimiento sobre los últimos avances registrados en este campo y, en concreto, sobre el tratamiento, que, según este colectivo, queda restringido a los especialistas en reumatología.

Así las nuevas terapias biológicas son desconocidas por el 69% de los médicos de atención primaria. "Hoy en día podemos hablar casi de un control de la enfermedad –afirma el Dr. Tornero-. Las

como hemos comprobado con los datos de este informe sociológico, los médicos de atención primaria poco o nada saben de estas nuevas terapias y la amplia mayoría trata a pacientes con antiinflamatorios no esteroideos y corticoides". En opinión de este reumatólogo, "se debe mejorar el entrenamiento y la capacitación del médico de atención primaria para que pueda realizar un diagnóstico precoz y, una vez establecido del tratamiento, trabajar en sistemas bidireccionales entre atención primaria y especialistas."

Según el presidente de la SER, gracias a los nuevos fármacos, "el grado de incapacidad que produce la artritis reumatoide tiene que reducirse drásticamente en los próximos años".

una campaña de médico al paciente recorrerá varias comunidades ofreciendo charlas divulgativas

“Cambia dolor por calidad de vida”

“Cambia dolor por calidad de vida” es una iniciativa puesta en marcha por Arthritis Action Group (AAG), un comité multidisciplinar europeo para concienciar sobre el dolor y la Liga Reumatológica Española (LIRE). Está avalada por la Sociedad Española del Dolor (SED), la Sociedad Española de Reumatología (SER), y la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN).

Según una encuesta realizada por la AAG, uno de cada tres enfermos reumáticos padece dolor en silencio, lo que deja patente que, en muchas ocasiones, los pacientes asumen el dolor como parte de su enfermedad o como “algo normal” a partir de una determinada edad.

Hasta un 27% de los afectados por dolores reumáticos no visita nunca al médico y los que lo hacen llegan a esperar años en algunos casos antes de consultar

“Entre las cuatro fuentes de dolor crónico (oncológico, neuropático, isquémico y del aparato locomotor), el principal por su frecuencia es el dolor crónico del aparato locomotor, y la artrosis es la principal enfermedad reumática que produce dolor crónico,

seguida de las artropatías inflamatorias y la fibromialgia”, señala el doctor Jesús Tornero, presidente de la SER, quien añade: “Tenemos argumentos científicos para realizar esta campaña. Disponemos de soluciones para paliar el dolor o, al menos, aliviarlo, por lo que la gente no tiene que vivir con ese dolor crónico.”

También destaca la actitud derrotista que presenta la sociedad ante el dolor y denuncia que “no se comprende cómo no se ha diseñado aún un plan nacional para las enfermedades reumáticas”.

Según el presidente AAG en España, Dr. Martín Mola, “una mayor confianza en los médicos (acudir y preguntar) y un perfeccionamiento en el manejo del dolor por parte de los facultativos, serán las claves para evitar las cifras que tenemos en España”.

El dolor es tratable

El dolor es una señal de alarma de nuestro cuerpo para indicar la presencia de una lesión o una enfermedad, ya sea aguda o crónica.

- La artritis y la artrosis son dos de las enfermedades más frecuentes que provocan dolor crónico.
- El dolor constante afecta a la calidad de vida.
- Existe una amplia variedad de tratamientos para paliar el dolor: medicación, estimulación eléctrica, rehabilitación, programas de tratamiento del dolor en unidades especializadas, terapias complementarias...
- En los países occidentales, el 10% de la pobla-

ción general y hasta el 25% de los mayores de 65 años reciben antiinflamatorios para el tratamiento de la artritis o la artrosis.

- El autoconsumo y el consumo de fármacos sin control puede ser perjudicial para tu salud.
- La mayoría de los pacientes desconocen que factores como la edad, la toma conjunta con otros medicamentos o determinados antecedentes de salud pueden aumentar el riesgo de padecer efectos adversos.
- El médico indicará el tratamiento más adecuado para disminuir riesgos.

Arthritis Action Group (AAG)

Se trata de una iniciativa internacional liderada por especialistas con el propósito de potenciar el conocimiento sobre las enfermedades reumáticas, al tiempo que quiere fomentar la colaboración conjunta de profesionales médicos, pacientes y cuidadores, con el fin de lograr que los afectados disfruten de una excelente calidad de vida. En la actualidad aúna el trabajo de expertos procedentes de 8 países, y a lo largo del próximo año se involucrarán otros nuevos de todo el mundo.

AAG está liderada por un comité de dirección constituido por 17 especialistas y académicos que representan a los 8 países. En España, este grupo, denominado Arthritis Action España (AAE), está coordinado por el doctor Emilio Martín Mola.

Los miembros de este equipo están especializados en el manejo de las enfermedades del aparato locomotor y trabajan en un amplio espectro de disciplinas como la Reumatología, la Epidemiología, la Gastroenterología, la Geriátrica, la Farmacología Clínica, la Ortopedia y la Atención Primaria.

MÁS DEL 90% CONSULTA POR DOLOR

Estudios realizados en nuestro país muestran que en las consultas de Reumatología, más del 90% de los enfermos expone como síntoma fundamental el dolor, habitualmente de moderado a intenso, y no siempre experimenta alivio con la intervención terapéutica.

Para el presidente de la LIRE, Santos Yuste, "campañas de este tipo son la mejor arma para la mentalización de los pacientes, para que sepan que

pacientes y familiares y se distribuirá material informativo sobre el dolor, su manejo y tratamiento.

EL DOLOR REUMÁTICO EN EUROPA. ENCUESTA AAG

La encuesta sobre el manejo del dolor reumático, realizada por Arthritis Action Group (AAG), es la más amplia desarrollada en Europa. En ella han participado 5.803 pacientes y 1.483 médicos de familia, procedentes de 8 países europeos (Francia, Alemania, Irlanda, Italia, España, Suecia, Suiza y

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 AINEs es diferente entre médicos y pacientes: mientras que el 94% de los facultativos (excepto en Italia) están mentalizados sobre 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 de forma rutinaria a sus pacientes información escrita sobre las opciones de tratamiento y, como consecuencia, los pacientes tratados con AINEs clásicos 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.



Santos Yuste, presidente de la LIRE: "Campañas de este tipo son la mejor arma para la mentalización de los pacientes, para que sepan que el dolor puede ser tratado"

el dolor puede ser tratado y que no por ser mayor hay que tener dolor, ni por tener artrosis hay que padecer dolor de forma permanente".

La campaña, que cuenta con el apoyo de Pfizer, recorrerá varias comunidades en las que se impartirán charlas divulgativas para

Reino Unido). Sus principales conclusiones -publicadas en la revista *Annals of the Rheumatic Diseases* (ARD)- son las siguientes:

Hasta un 27% de los afectados por dolores reumáticos no visita nunca al médico y los que sí lo hacen esperan en ocasiones incluso

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

Fotos: Banco de imágenes de la SER

Bibliografía Comentada



■ ARTRITIS REUMATOIDE

■ E. DE BEHÇET



■ A.R. Y CERVICALES



■ SÍNDROME DE SJÖGREN

■ OSTEOPOROSIS



ARTRITIS REUMATOIDE

La resonancia magnética revela muy precozmente la presencia de erosiones en manos con artritis reumatoide

LAS NUEVAS EROSIONES ÓSEAS RADIOLÓGICAS EN MUÑECAS DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SE DETECTAN CON RESONANCIA MAGNÉTICA UNA MEDIA DE 2 AÑOS ANTES.
Ostergaard M, Hansen M, Stoltenberg M, et al. Arthritis Rheum 2003;48:2128-2131.

Algunos estudios publicados en los últimos años han demostrado que la resonancia magnética detecta más erosiones que la radiología convencional en pacientes con artritis reumatoide. Este hecho puede ser de importancia a la hora de seleccionar la actitud terapéutica más adecuada.

El objetivo de este trabajo fue conocer en un estudio a 5 años, la relación temporal en la aparición y desarrollo de erosiones en carpo evaluadas mediante resonancia magnética (RM) frente a radiología convencional (RC), en pacientes con artritis reumatoide. También se evaluó el riesgo de progresión de las erosiones en RC con la presencia de erosiones en RM.

En 10 pacientes con artritis reumatoide se realizaron RC y RM anual durante 5 años de la mano dominante. En cada una de las imágenes se evaluó la presencia o ausencia de erosiones a nivel de las bases de los huesos metacarpiños, huesos del carpo, radio y cúbito.

A la entrada del estudio (estadio basal), en 9 huesos se apreciaron erosiones en la RC. Durante los 5 años de segui-

miento, se detectaron nuevas erosiones en 27 radiografías, de las que 21 de ellas se detectaron entre 1 a 5 años antes en la RM. Además 3 nuevas erosiones se detectaron de forma simultánea en RC y RM, 2 fueron detectadas de 1 a 2 años más tarde en la RM que en la RC y 1 erosión se detectó en la RC no siendo detectada en la RM.

La detección de erosiones por RM se adelanta a la RC, una media de 2 años. En los huesos con presencia de erosiones por RM al inicio del estudio, el riesgo relativo de erosiones radiológicas a los 5 años de seguimiento fue del 4.5% (Intervalo de confianza -IC- del 95%: 2.6-7.6), comparado con los huesos sin erosiones evaluados por RM. Si se excluyen las erosiones radiológicas detectadas en el estadio basal el riesgo relativo era 4.1 (IC 95%: 2.2-7.5).

Conclusiones. La mayoría de las nuevas erosiones radiológicas (78%) se visualizaron al menos 1 año antes por RM. Este hecho demostraría que la información dada sobre lesión ósea por la radiología está retrasada respecto a la RM. El riesgo de progresión radiológica de las erosiones está aumentado de forma significativa en los huesos con erosiones en el estado basal demostradas por RM, aplicando a la RM un valor pronóstico respecto a la evolución prolongada demostrada en la radiología.

La realización de radiografías de manos de forma periódica para evaluar la presencia y evolución de erosiones, es parte de la práctica clínica habitual en las consultas de reumatología y en los estudios clínicos de pacientes con artritis reumatoide. El objetivo principal del tratamiento es intentar conseguir el control de la enfermedad (remisión), es decir la inflamación, para evitar la destrucción de las articulaciones.

En la actualidad contamos con fármacos y estrategias terapéuticas eficaces para el control de la enfermedad en un gran número de pacientes. Por tanto, disponer de métodos de evaluación del daño estructural articular, sensibles o precoces para señalar la aparición de lesión ósea no detectada en ocasiones en la exploración física, o detectada en las radiografías de forma más tardía o evolucionada, puede ser vital para el pronóstico funcional de los pacientes con artritis reumatoide.

Aunque este estudio tiene como principal limitación el que se realiza sólo en 10 pacientes, su interés se basa en que intenta conocer cuanto tiempo antes es capaz la RM de detectar la aparición de nuevas erosiones en las manos frente a la RC.

El dato más importante del estudio es que la mayoría de las nuevas erosiones (78%) que se detectan en las radiografías durante el seguimiento, se visualizaron por RM al menos un año antes. Por tanto se confirma la gran sensibilidad de la RM para la detección de erosiones en fase preradiológica, con las consecuencias clínicas que puede tener a la hora de decidir tanto el posible cambio de tratamiento o incluso la combinación de fármacos.

Otro aspecto de importancia de este trabajo, es que de las 37 erosiones detectadas por RM al inicio de estudio, sólo 51% de ellas lo fueron por radiología durante los 5 años de seguimiento. El riesgo de presentar erosiones radiológicas a los 5 años, en los pacientes que presentan erosiones en RM es de 4.5 (IC: 2.6-7.6). De nuevo estos datos refuerzan la elevada sensibilidad de la RM para la detección de erosiones. Además nos señalan que sólo las erosiones detectadas por RM realmente de tamaño o "profundidad" adecuada lo serán también posteriormente en las radiografías. Probablemente estamos viendo hechos biológicos no iguales, al menos en las fases iniciales de las erosiones en la RM.

Comentar que todos los pacientes al inicio del seguimiento seguían tratamiento con algún fármaco inductor de remisión en monoterapia, aunque ninguno con terapia biológica. La media de edad es de 62 años, con un tiempo de evolución medio de la enfermedad de 1.5 años.

Con los comentarios anteriores podemos preguntarnos si estamos cerca de utilizar la RM en la evaluación de la respuesta a los diversos tratamientos de esta enfermedad. Si bien el coste de la RM puede ser un impedimento para su uso en la evaluación y seguimiento rutinario de los pacientes con artritis reumatoide, la aparición de

máquinas de menor tamaño, para su uso en manos abaratará la exploración y puede hacerlo costo-eficaz, sobre todo en situaciones de duda clínica del control de la enfermedad.

Dr. José Rosas

Enfermedad de Behçet e higiene bucodental

LOS PACIENTES CON ENFERMEDAD DE BEHÇET PRESENTAN UNA PEOR SALUD BUCODENTAL, Y ESTA SE RELACIONA CON LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD.

Mumcu G, Ergun T, Inanc N et al. Rheumatology 2004 ; 43 : 1028-33.

Los autores pretenden estudiar la salud bucodental de pacientes turcos con enfermedad de Behçet y si ésta guarda alguna relación con la gravedad de la enfermedad. Para ello utilizan diversas puntuaciones e índices para valorar la placa bacteriana, los surcos sangrantes, el estado de las encías y el número de extracciones dentales en 120 pacientes con enfermedad de Behçet, 35 pacientes con estomatitis aftosa recurrente (EAR) y 75 controles sanos.

Los resultados muestran que todos estos índices son mayores en los pacientes con enfermedad de Behçet y EAR que en controles sanos ($p < 0,05$). En el análisis de regresión lineal el índice de placa bacteriana se asocia con la presencia de úlceras orales y el sexo masculino. En el análisis de regresión logística, un índice de placa bacteriana elevado constituye un factor de riesgo estadísticamente significativo para presentar una mayor puntuación de severidad en pacientes con enfermedad de Behçet ($p = 0,034$).

Los autores concluyen que la salud bucodental está disminuida en los pacientes con enfermedad de Behçet y que ésta se relaciona con una mayor gravedad de la enfermedad. La mejoría del estado bucodental de los pacientes podría repercutir en la evolución de la enfermedad y en un mejor pronóstico.

Este interesante artículo se inspira en las recientes evidencias que relacionan las infecciones de la cavidad bucal con determinadas enfermedades, como la arteriosclerosis y la enfermedad coronaria. Tanto en la enfermedad de Behçet como en la EAR aparecen aftas dolorosas recurrentes que dificultan, sin duda, una correcta limpieza bucodental. Este hecho se traduce en un aumento de la placa bacteriana, que en el análisis de regresión múltiple realizado por los autores es un factor independiente de gravedad de la enfermedad de Behçet. Son necesarios otros estudios que aclaren si la mayor gravedad de la enfermedad conlleva peor higiene



bucodental o es al contrario. De cualquier forma parece razonable tomar las medidas necesarias para que estos pacientes tengan una adecuada higiene bucodental, y conseguir un correcto control de la placa bacteriana.

Dr. José Ivorra

La subluxación atloaxoidea anterior cervical se asocia a un mayor tiempo de evolución de la artritis reumatoide

PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS DE SUBLUXACIÓN ATLOAXOIDEA ANTERIOR EN UNA MUESTRA NACIONAL DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE.

A Naranjo, L Carmona, D Gavrila, A Balsa, MA Belmonte, X Tena, C Rodríguez-Lozano, R Sanmartí, I González-Alvaro y el Grupo de Estudio EMECAR. *Clin Exp Rheumatol* 2004;22:427-432.

El objetivo del estudio fue conocer la prevalencia de subluxación atloaxoidea anterior (SAA) en pacientes españoles con artritis reumatoide (AR) y analizar su asociación con marcadores de la enfermedad.

El análisis se realizó de forma randomizada, en una cohorte seleccionada procedente de un registro de 34 centros españoles. La SAA se definió como el desplazamiento atloaxoideo mayor de 3 mm en una radiografía lateral de columna cervical en flexión. Se realizaron análisis bivariantes y multivariantes para examinar su asociación con variables clínicas, funcionales y de tratamiento.

De los 736 pacientes evaluados con radiografías de columna cervical disponible, en 88 de ellos (prevalencia 12%), se demostró la presencia de SAA (intervalo de confianza -IC- 95%: 9.7-14.2).

La presencia de SAA se asoció con un índice de Larsen para la radiología de manos (rango: 0-150) mayor de 50 (Odds ratio: 5.31. IC: 2.68-10.55), evolución de la AR mayor de 10 años (4.48. IC: 2.70-7.44), comienzo de la enfermedad antes de los 50 años (4.15. IC: 2.42-7.12), afectación ocular (3.93. IC: 1.63-9.46) y cirugía previa relacionada con la propia AR (3.90. IC: 2.46-6.19). Sin embargo, no se demostró asociación con la presencia de factor reumatide.

El análisis multivariante demostró como factores independientes asociados a la SAA al comienzo de la enfermedad antes de los 50 años, número de fármacos inductores de remisión utilizados previamente y sobre todos ellos al índice radiológico de Larsen mayor de 50. De hecho por cada 10 puntos del índice de Larsen existía un riesgo aumentado de SAA del 33%.

La conclusión del estudio fue que la SAA se presenta con frecuencia en los pacientes con AR, especialmente en aquellos con marcadores de enfermedad erosiva.

El estudio EMECAR (Estudio de la Morbilidad y Expre-



sión Clínica de la Artritis Reumatoide), es un trabajo multicéntrico, patrocinado por la Sociedad Española de Reumatología (SER), con el objetivo de conocer las características de una cohorte de pacientes con AR atendidos y en seguimiento al menos 5 años por 34 unidades de reumatología españolas. Es el primer estudio de estas características y con esta envergadura, realizado en nuestro país. Uno de los aspectos estudiados ha sido conocer la prevalencia puntual y acumulada de múltiples procesos relacionados con la AR, como; presencia de nódulos reumatoideos, síndrome de Sjögren, serositis, afectación ocular, amiloidosis, vasculitis y la presencia de subluxación atloaxoidea.

La afectación de la columna cervical en la AR aparece de forma característica a nivel superior o atloaxoidea (C1-C2) provocando inestabilidad por la presencia de pannus destructivo a ese nivel. La subluxación atloaxoidea anterior es la forma más frecuente, variando según las series entre el 5% y 61%. Si bien con frecuencia puede ser asintomática, inicialmente suele sospecharse por la presencia de dolor cervical o de forma más tardía ante la aparición de síntomas neurológicos de compresión medular.

Los resultados de este estudio reflejan la realidad de este aspecto en la población de pacientes españoles con AR. En gran medida coincide con lo aportado por otras series de otros países. La prevalencia de SAA es del 12%. Llama la atención que a diferencia de otras series no se asocie su presencia con la presencia de factor reumatoide. Sin embargo coincide con los datos de enfermedad más grave (índice de afectación radiológica en manos, inicio de enfermedad antes de los 50 años, cirugía previa, etc) y de evolución más prolongada (más de 10 años de enfermedad). Por tanto, señala claramente en nuestro medio, el perfil del paciente con mayor riesgo de presentar esta complicación.

En los últimos años se están realizando, además del EMECAR, diversos estudios patrocinados o dirigidos por

la SER para conocer nuestra propia realidad, tanto en la epidemiología de las enfermedades reumáticas (EPISER), como en el manejo de la AR (emAR), promoviendo guías terapéuticas (GUIPCAR). Sin duda son herramientas que nos ayudan a mejorar la asistencia clínica cotidiana de nuestros pacientes.

Dr. José Rosas

SÍNDROME DE SJÖGREN

La pilocarpina oral mejora los síntomas de sequedad ocular y bucal en los pacientes con síndrome de Sjögren con reserva glandular

PILOCARPINA ORAL EN EL TRATAMIENTO DE LA XEROSTOMÍA Y XEROFTALMIA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO.

R Solans, JA Bosch, A Selva, et al. Med Clin (Barc) 2004;122:253-255.

El objetivo del estudio ha sido evaluar la eficacia de la pilocarpina en el tratamiento de la xerostomía y xeroftalmia en pacientes afectados de síndrome de Sjögren primario.

Los autores incluyeron a 40 enfermos (38 mujeres y 2 varones), con una edad media de 49.2 años (intervalo: 35-68), con xerostomía y xeroftalmia intensas. Se practicaron pruebas objetivas (gammagrafía salival, prueba de Schirmer, tiempo de rotura, tinción corneal con rosa de Bengala) y subjetivas (cuestionario de síntomas) para valorar la función glandular antes de inicio del tratamiento y a los 6 meses. Todos los pacientes recibieron inicialmente 15 mg/día de pilocarpina distribuidos en 3 tomas; 12 (30%) recibieron 20 mg/día.

El 57.5% refirió mejoría subjetiva de la xerostomía y el 35% de la xeroftalmia. La xerostomía mejoró objetivamente en 35% de los pacientes y la xeroftalmia, en el 30%.

Conclusiones. El tratamiento con pilocarpina es beneficioso en pacientes con síndrome de Sjögren primario moderado o escasa función glandular. No siempre existe una adecuada correlación entre la mejoría objetiva y subjetiva.

El síndrome de Sjögren (SS), es una exocrinopatía crónica autoinmune de evolución lenta, que se caracteriza por sequedad bucal (xerostomía) y ocular (xeroftalmia), debido a la infiltración linfocitaria focal del epitelio glandular y la presencia de diversos autoanticuerpos. En estudios recientes se ha demostrado la presencia, en el suero de los pacientes con síndrome de Sjögren, anticuerpos anti receptor muscarínico de tipo 3 (M3), presentes de forma predominante en las glándulas salivales y lacrimales. Con frecuencia puede afectar a otras glándulas exocrinas y provo-

car sequedad nasal, cutánea o vaginal.

El tratamiento de la afectación glandular del SS se basa en estrategias de protección de las mucosas afectadas por la disminución de la secreción glandular; intentar sustituir por medio de sustancias lubricantes adecuadas; y el uso de fármacos secretagogos que estimulen la producción glandular, en los casos que se mantenga la capacidad de respuesta o reserva glandular. La pilocarpina es un agonista colinérgico parasimpaticomimético que se une a los receptores muscarínicos M3 y estimula la secreción glandular exocrina.

Este trabajo corrobora lo comunicado en otros estudios recientes: la pilocarpina mejora de forma subjetiva, la sintomatología de las glándulas exocrinas; a nivel bucal (57.5%), lagrimal (35%), nasal (50%), cutánea (50%) y vaginal (32%). Además, cabe destacar que en esta muestra el 50% refirió mejoría en su calidad de vida con el trata-



miento prolongado con pilocarpina oral. Desde el punto de vista objetivo, a los 6 meses de tratamiento el 30% de los pacientes con xeroftalmia mejoraron en el resultado de la prueba de Schirmer. A nivel bucal, el grado de afectación de la gammagrafía salival había mejorado en el 35% de los pacientes.

Aunque existen diferencias claras en los resultados de la evaluación subjetiva (57.5%) y objetiva (35%) de la xerostomía en la respuesta al tratamiento con pilocarpina, no tiene que interpretarse como una incongruencia. Por un lado, incluso leves incrementos en el volumen/flujo salival en pacientes con déficit del mismo pueden interpretarse de forma subjetiva como muy positivo. En el estudio se decidió como prueba objetiva de xerostomía el resultado de la gammagrafía salival, frente a la realización de pruebas de recogida de flujo salival con saliva completa. La prueba de flujo salival no estimulado por debajo de 1.5 ml en 15 minutos, se considera un criterio para el diagnóstico de síndrome de Sjögren primario, con especificidad semejante para ambas pruebas (86%) y sensibilidad superior para la gammagrafía salival (79% vs 66%). Sin embargo, la prueba de flujo salival tiene ventajas frente a la gammagrafía salival: es barata, de fácil realización y puede servir para comprobar los cambios tras el estímulo con pilocarpina.

Algunos estudios demuestran una buena correlación entre la gammagrafía salival y la respuesta del flujo salival tras el estímulo con pilocarpina: ambas pruebas son dinámicas y evalúan la propia reserva glandular.

Aunque los efectos secundarios fueron leves, durante el seguimiento se suspendió el tratamiento en 10 pacientes: en 5 de ellos por ineficacia del fármaco, 3 por diarrea, 1 por taquicardia y 1 por sudoración profusa.

Por tanto, al menos para la xerostomía, hasta contar con nuevos fármacos más potentes, se debería, al menos probar el efecto de la pilocarpina en los pacientes con síndrome de Sjögren. Los pacientes con gammagrafía salival de grado IV/IV o con flujos salivales escasos o nulos, es decir con escasa reserva salival, obtendrán menor respuesta.



Dr. José Rosas

OSTEOPOROSIS

Vitamina D y paratohormona (PTH) en mujeres posmenopáusicas con osteoporosis

ESTUDIO GLOBAL DE LOS NIVELES DE VITAMINA D Y PTH EN MUJERES POSMENOPÁUSICAS CON OSTEOPOROSIS. DATOS BASALES PROCEDENTES DEL ENSAYO CLÍNICO PARA LA EVALUACIÓN DE MÚLTIPLES VARIABLES TRAS TRATAMIENTO CON RALOXIFENO (MORE).

Lips P, Duong T, Oleksik A et al. *J Clin Endocrinol Metab* 2001 ; 86 : 1212-1221.

Los autores en el presente trabajo pretenden estudiar la relación entre los niveles de 25OHD y los de PTH en un amplio grupo de pacientes, y para ello aprovechan los datos basales y tras 6 meses de tratamiento con calcio y vitamina D3 del estudio MORE. En el estudio participan 7564 mujeres con osteoporosis (definida por densidad mineral ósea según los criterios de la OMS a nivel de cadera o columna o por haber sufrido dos fracturas vertebrales) procedentes de 25 países.

Los **resultados** mostraron una concentración sérica media de 25OHD (+ desviación estándar) de 70,8 + 30,9 nmol/L. Se detectaron unos niveles bajos (< 25 nmol/L) en el 4,1% de las pacientes, esta cifra es del 8,3% en el grupo de pacientes del sur de Europa. Niveles

entre 25 y 50 nmol/L en el 24,3% de las mujeres. Los niveles de PTH se correlacionaban negativamente con los niveles de 25OHD ($r = -0,25$; $p < 0,05$). Para niveles de 25OHD inferiores a 25, entre 25 y 50, y superiores a 50 nmol/L, los niveles medios de PTH fueron 4,8, 4,1, y 3,5 pmol/L respectivamente (ANOVA, $p < 0,001$). De forma similar los niveles de fosfatasa alcalina fueron 83,7, 79,1, y 75,7 U/L ($p < 0,001$).

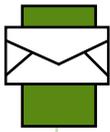
Sólo a nivel del trocánter los niveles de 25OHD inferiores a 25 nmol/L se asociaron a una disminución de masa ósea del 4%.

Tras 6 meses de tratamiento con 400-600 UI/día de vitamina D3 y 500 mg de calcio los niveles séricos de 25OHD pasaron de 70,8 + 29,8 a 92,3 + 28,6 nmol/L. Los niveles de PTH experimentaron un descenso de 0,8, 0,5 y 0,2 pmol/L ($p < 0,001$) dependiendo de que los niveles basales de 25OHD fuesen menores de 25, entre 25 y 50, y superiores a 50 nmol/L respectivamente.

Los autores concluyen que el 4%(8% en el sur de Europa) de las mujeres del estudio presentaban unos niveles de 25OHD inferiores a 25 nmol/L y este se asocia con un 30% de aumento de los niveles de PTH. En el 24% de las mujeres los niveles se encontraban entre 25 y 50 nmol/L con un aumento del 15% de los niveles de PTH respecto a las pacientes con más de 50 nmol/L de 25OHD. Los bajos niveles de 25OHD se relacionan con un aumento de la fosfatasa alcalina. El tratamiento con calcio y vitamina D aumenta los niveles de 25OHD y disminuye los de PTH, este efecto es mayor cuando los niveles basales de 25OHD son menores.

En el estudio de los pacientes con osteoporosis cada vez se solicitan más pruebas analíticas como los niveles de 25OHD o PTH. Muchas veces se detectan elevaciones en esta última, en un contexto de cifras de Ca y P normales y niveles de 25OHD también normales. En estos casos el paciente suele acabar en la consulta del endocrinólogo con la sospecha de un hiperparatiroidismo primario normocalcémico. Este artículo pone en evidencia que elevaciones de la PTH sérica pueden aparecer con niveles considerados como "normales" de 25OHD. Sin embargo, al administrar Ca y vitamina D aumentan los niveles de 25OHD y desciende la PTH sérica, evidenciando un hiperparatiroidismo secundario y no primario. Probablemente hay diferentes umbrales individuales de niveles de vitamina D para suprimir la producción de PTH con calcemias normales y es difícil establecer un nivel universal de normalidad para la vitamina D.

Dr. José Ivorra



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

El reposo en el tratamiento de la lumbalgia aguda

Soy una mujer de 35 años y trabajo en una librería. Desde hace años tengo algunas crisis de lumbago, que en alguna ocasión el dolor baja hasta la rodilla derecha. Normalmente el dolor me dura unos días haciendo reposo y tomando antiinflamatorios. En los últimos meses he tenido crisis con más frecuencia, quizás porque he podido hacer menos reposo que en otras ocasiones, a causa de mi trabajo. Mis preguntas son: ¿cuánto reposo hay que hacer cuando tenga una crisis?, ¿tiene que ser absoluto en cama?, ¿me debo preocupar si tardo más en mejorar que en otras ocasiones?.

H. Moliner (Benidorm)

La lumbalgia aguda o lumbago predomina en personas entre 20 y 40 años. El dolor se relaciona con contracturas musculares, con frecuencia por sobrecarga o esfuerzos repetitivos. Cuando se irradia por debajo de la rodilla indica afectación discal, habitualmente por la presencia de una hernia discal. En pacientes más mayores se debe pensar en la posibilidad de enfermedad degenerativa o artrosis, fracturas osteoporóticas y con menor frecuencia en infección e incluso enferme-

dad neoplásica.

El manejo inicial se basa, en realizar una historia clínica y exploración física adecuada, con el fin de descartar procesos potencialmente graves. Se consideran datos de alarma: dolor constante nocturno, primer episodio en personas mayores de 50 años, pérdida de peso reciente no explicada, uso de fármacos inmunosupresores como la cortisona, adicción a drogas, infección urinaria o de otra localización, y síntomas de debilidad o déficit neurológicos que incluyan esfínter urinario o intestinal.

El tratamiento es conservador. Se basa en evitar sobrecargas lumbares y en el uso de analgésicos con frecuencia asociados a relajantes musculares, preferentemente de forma pautada y no a demanda, obteniéndose en la mayoría de los casos una mejoría rápida.

Respecto al reposo, se aconseja que sea de corta duración, si el cuadro no produce gran incapacidad y si no hay ciática asociada. Hay trabajos que demuestran que es suficiente, en estos casos reposo durante 2 días, acompañado de cierta actividad física. El reposo excesivo es contraproducente puesto que se asocia a atrofia muscular, pérdida de masa ósea y refuerza la sensación de enfermedad. En un estudio el grupo de reposo más de 2

días, se asoció a mayor tiempo para la alarma y todo parece tratarse de la aparición de crisis en relación con sobrecargas no tratadas correctamente. Por todo lo comentado, ante una crisis debería evitar sobrecargas como levantar pesos; si es intensa o se irradia el dolor por debajo de la rodilla asociar reposo durante 2 días y asociar analgésicos. Posteriormente con objeto de evitar recurrencias, debería de valorar un programa de ejercicios para fortalecer la musculatura paravertebral, que puede ser natación y paseo regular.

Dr. José Rosas

El consentimiento informado garantiza una información adecuada al paciente

Mi madre tiene una artritis reumatoide que no ha ido bien hasta el momento. Su reumatólogo le ha propuesto intentar un tratamiento nuevo, bien mediante goteros cada 2 meses o bien con inyecciones. Parece que son medicamentos que van bien. Le ha dicho que tiene que firmar un consentimiento y

además yo debo firmar como testigo. No se qué hacer porque si hay que firmar es porque el medicamento debe ser mucho más peligroso que los que toma habitualmente o porque se esté probando con mi madre. Me gustaría que me diesen una orientación.

Eva Martínez. Alboraya (Valencia)

Prácticamente todos los medicamentos tienen efectos secundarios, a veces muy graves. Sin embargo, cuando se aprueba un medicamento se han realizado estudios en los que los efectos beneficiosos que obtenemos con ellos superan a los riesgos. Por eso hasta hace poco en la relación médico-paciente, era el médico, que conocía estos estudios, el que tomaba la responsabilidad casi exclusiva de recetar un determinado medicamento. En la actualidad y para preservar la libertad de elección del paciente, el médico informa, basado en los estudios disponibles de los posibles beneficios pero también de los posibles riesgos al paciente, y éste debe decidir de forma conjunta con el médico si accede a un determinado tratamiento. Además el paciente debe conocer también las alternativas al tratamiento propuesto. Esto y no otra cosa es el consentimiento informado. Es habitual y se considera nor-

mal dar el consentimiento en las intervenciones quirúrgicas, pero a veces crea recelo cuando se trata de un medicamento. Poco a poco tanto médicos como enfermos debemos acostumbrarnos a que las decisiones sobre los tratamientos se tomen de forma compartida, y que esto quede reflejado en un documento que garantiza que el paciente ha recibido la información necesaria para poder participar en la toma de decisiones.

Dr. José Ivorra

La artritis reumatoide no aumenta el riesgo de cáncer de mama

Soy una paciente de 53 años, con artritis reumatoide desde hace 4 años. Con el tratamiento de metotrexato en un día a la semana creo que voy bien. Mi madre tuvo un cáncer de mama y de hecho murió por ese motivo varios años después, al avanzar y pasarle a los huesos. Se que tengo más riesgo de cáncer de mama por mi madre, pero quiero saber si este riesgo aumenta al padecer yo artritis o por seguir tratamiento con metotrexato.

A. Catalá (Madrid)

El cáncer de mama es el más frecuente en la mujer, afectando a una de cada 6 mujeres. Efectivamente el antecedente familiar es un factor relevante, con un aumento del riesgo cerca de 2 veces (RR:1.8), cuando existe un familiar directo de primer grado que lo ha padecido.

Por otra parte, como pro-

bablemente conoce, la artritis reumatoide afecta al 0.5% de la población española adulta. Por tanto, ambas enfermedades se dan con relativa frecuencia en la población general y en un número relevante de mujeres podrían coexistir. Hasta el momento al menos, no hay estudios que relacionen a ambas enfermedades ni al tratamiento con metotrexato con el cáncer de mama.

Por supuesto, esto no significa que la artritis reumatoide y el tratamiento con metotrexato sean un mecanismo protector del cáncer de mama. Por ello, las pacientes deberán seguir las estrategias oficiales del Sistema Nacional de Salud para la prevención y detección precoz de este tipo de cáncer en la población general.

Dr. José Rosas

Utilidad de la resonancia magnética en el dolor cervical

Tengo 46 años y desde hace 4 ó 5 años me duele el cuello siempre, y en ocasiones se hace insoportable. Me he tomado de todo, antiinflamatorios de varios tipos y relajantes musculares. He ido también a rehabilitación, mejoro por un tiempo pero cuando vuelvo a mi trabajo en la farmacia y tengo que colocar los envases en las estanterías el dolor vuelve de nuevo. Me han hecho radiografías de la columna cervical, algunos médicos dicen que tengo mucha artrosis y otros que es lo normal para mi edad. Yo me

pregunto si no sería mejor que me hiciese una resonancia, pues ahí sale todo, y de esa forma se podría conocer con exactitud la causa de mi problema.

Laura Pérez (Valencia)

El dolor cervical es muy frecuente y puede obedecer a múltiples causas. Sin embargo, la mayoría de los dolores cervicales tienen un origen muscular, muchas veces motivados por alteraciones posturales, por ejemplo en el trabajo o simplemente al dormir, pero también lo podemos encontrar en situaciones de estrés. Lo más importante para su estudio en primer lugar es la investigación a través de las preguntas que le hace el médico, encaminadas a determinar las características del dolor y cuando se desencadena. Esto junto con una exploración minuciosa le dará a su médico una idea bastante aproximada de cual es la naturaleza de su dolor y de la actitud a seguir. La mayoría de las veces no se precisa de más exploraciones, ni radiografías, ni análisis ni resonancia para efectuar un tratamiento correcto. Muchas veces la realización tanto de radiografías como de la resonancia magnética puede llevar a errores, porque se ha comprobado que en personas normales, sin dolor, podemos encontrar alteraciones como artrosis, protusiones del disco o hernias del disco hasta en un 50% de los casos. Por otra parte los problemas musculares no suelen detectarse en la resonancia.

No hay que pensar en la resonancia magnética como una máquina en la que se coloca un enfermo e instantá-

neamente se descubre el diagnóstico. Es más bien un instrumento de ayuda una vez que sospechamos un diagnóstico a través de la historia. Muchas veces sólo debemos realizar la resonancia cuando pensamos que el paciente puede mejorar mediante una intervención quirúrgica y hay que saber exactamente dónde está el problema.

En su caso, por las características de su dolor y el largo tiempo de evolución de su enfermedad probablemente se beneficie más de algunas indicaciones de corrección postural en su trabajo que de la realización de una resonancia, que probablemente de poca luz sobre la causa de sus molestias y sirva más bien para confundir.

Dr. José Ivorra

Infiltraciones en niños con artritis: una opción terapéutica

A mi hija de 6 años le han diagnosticado de artritis juvenil. Hace cerca de 3 meses comenzó a quejarse de dolor en una rodilla. Como seguía quejándose a pesar de tomar un antiinflamatorio le han enviado al reumatólogo. Este especialista me ha aconsejado ponerle una inyección de cortisona en la rodilla para quitarle la inflamación antes de darle otros medicamentos. Aunque me da confianza, tengo miedo por si puede tener consecuencias para mi hija. Me gustaría conocer la opinión de otros médicos.

T. Arjona (Valencia)

La artritis idiopática juvenil

engloba a un grupo de pacientes menores de 16 años, que como característica principal presentan artritis. La incidencia anual es aproximadamente de 10 casos nuevos por cada 100.000 niños al año, con predominio en el sexo femenino.

Se reconocen tres tipos principales de formas clínicas, según algunas características cuando aparecen y durante los primeros meses de evolución de la enfermedad; 1) Forma pauciarticular. La más frecuente (50%), con artritis en menos de cinco articulaciones y con frecuencia está presente la rodilla. 2) Forma poliarticular (30%), si afecta más de cuatro articulaciones. 3) Forma sistémica (20%). En esta, la característica principal es la posible aparición de fiebre y de manifestaciones fuera de las articulaciones.

El enfoque terapéutico de esta enfermedad en la actualidad es similar al del adulto con artritis reumatoide: el control de la inflamación. Para ello contamos con fármacos inductores de remisión como el metotrexato, salazopirina y si es necesario fármacos anti TNF o biológicos como el etanercept. En ocasiones será necesario el uso de corticoides por vía oral.

El uso de infiltraciones articulares con corticoides puede ser esencial para obtener mejoría rápida en articulaciones inflamadas, especialmente en articulaciones de fácil acceso como rodilla, tobillo o muñeca. Se consigue desaparición de la inflamación durante 6 meses en el 60-80% de los casos y de 12 meses en el

50%, por lo que es muy útil y aconsejable su uso en los niños con pocas articulaciones inflamadas. Incluso en ocasiones no precisan más tratamiento tras la infiltración. Las complicaciones son muy poco frecuentes, aunque a veces se aprecia atrofia cutánea y de forma excepcional infección de la articulación. No hay datos que indiquen que sean perjudiciales en el cartilago del niño. Para su administración en niños mayores suele ser suficiente un anestésico tópico en spray, sin embargo en niños pequeños, lo mejor es realizar la infiltración bajo sedación de pocos minutos.

Por lo que usted describe, su hija padece el tipo de artritis más frecuente en los niños, la forma pauciarticular. Habitualmente el tratamiento con antiinflamatorios es insuficiente. Por lo comentado, la infiltración de la rodilla, en su caso, es una opción muy adecuada. Será la evolución la que indicará la necesidad de otras opciones terapéuticas.

Dr. José Rosas

El tratamiento con metotrexato no aumenta el riesgo de cáncer de piel basocelular

Soy un varón de 68 años con artritis reumatoide desde hace 12 años. Sigo tratamiento con algún antiinflamatorio y una dosis de 20 mg semanal de metotrexato. Hace 1 año me apareció un mancha rojiza en la espalda Me hicieron

una biopsia y me dijeron que era un cáncer de piel superficial llamado basocelular. Al tomar metotrexato desde hace casi 10 años, el dermatólogo me ha sugerido que consulte si debo seguir el tratamiento de metotrexato.

P. Rojo (Alicante)

El carcinoma basocelular de la piel es un tumor muy frecuente en la población general. Suele ser superficial y aunque se denomina carcinoma, de forma muy poco frecuente metastatiza. Al año se estima que aparecen entre 500 y 1000 casos por cada 100.000 personas. Aumenta con la edad, con aparición frecuente entre los 55 y los 75 años, con un claro predominio en varones (30 veces más que en mujeres). El factor más importante es la exposición solar a lo largo de la vida. La extirpación con anestesia local suele dar excelentes resultados.

Aunque se ha comunicado un aumento en relación con tratamientos inmunosupresores en el manejo de los trasplantes, no hay datos que avalen su relación con las artritis crónicas inflamatorias, como la artritis reumatoide o la artritis psoriática, ni con el tratamiento con metotrexato a las dosis utilizadas en estas enfermedades, consideradas más bien "inmunomoduladoras" más que inmunosupresoras.

Por tanto en su caso, aunque le aconsejamos que debe consultar con su reumatólogo, si su artritis está controlada con metotrexato puede seguir con el mismo.

Dr. José Rosas

Los pacientes con artritis reumatoide deben recibir la vacuna antigripal

Mi madre tiene 62 años y la tratan por una artritis reumatoide. Está recibiendo cortisona y metotrexate. Todos los años su médico le aconseja que se vacune contra la gripe. Hasta ahora no ha querido vacunarse porque tiene amigos que se resfrían más que ella después de vacunarse, además como toma tantos medicamentos tiene miedo de tener alguna reacción. ¿Qué creen que debe hacer?

L. Grau. (Valencia)

La respuesta es sencilla, debe vacunarse. Su madre tiene varios motivos para vacunarse, por una parte la edad, la propia enfermedad y los medicamentos que utiliza para tratar la artritis reumatoide. Todo ello hace que el sistema inmune proporcione menos defensas y sea más fácil que se contagie. Además por el mismo motivo la gripe que padecen estos pacientes es más grave y suele tener complicaciones. Como se repite en los diferentes medios de comunicación la vacuna de la gripe no protege frente a otros virus como el del resfriado común, por eso infecciones respiratorias las va a seguir teniendo, pero éstas suelen ser más leves que la gripe. Los medicamentos que utiliza su madre no contraindican la vacunación, más bien al contrario, la aconsejan como he mencionado más arriba.

Dr. José Ivorra

La aprobación se ha basado en el Estudio Impact

Remicade® aprobado en la Unión Europea para el tratamiento de la artritis psoriásica

ACTUALIDAD REUMATOLÓGICA

La Comisión Europea ha anunciado la aprobación de Remicade (infiximab) en la Unión Europea para el tratamiento de la artritis psoriásica activa, en combinación con metotrexato, y progresiva en pacientes que no han respondido adecuadamente a fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAMES). La aprobación europea supone la inmediata autorización de esta nueva indicación en España, por lo que se ha procedido a cambiar la ficha técnica para incluir esta indicación. Remicade es comercializado en España y Europa por Schering Plough.

La aprobación es fruto de una opinión positiva del Comité de Medicamentos de Uso Humano (CHMP) de la Agencia Europea del Medicamento emitido el pasado mes de julio. "Esta aprobación es un hito importante en el manejo de la artritis psoriásica ya que estos pacientes cuentan ahora con una nueva opción de tratamiento que permite abordar aspectos específicos de esta enfermedad tan difícil de tratar" ha señalado el Dr. Robert Spiegel, responsable médico y vicepresidente de Schering Plough. "La nueva indicación demuestra más aún la amplia utilidad de Remicade para mejorar la calidad de vida de los pacientes que sufren diversos tipos de enfermedades inflamatorias."

La aprobación europea de Remicade para el tratamiento de la artritis psoriásica está basada en los datos del estudio IMPACT (Infixi-

mab Multinational Psoriatic Arthritis Controlled Trial), un estudio aleatorio, doble ciego, controlado con placebo en el que participaron 104 pacientes con artritis psoriásica activa y cuyo tratamiento con al menos un fármaco modificador de la enfermedad había fracasado. El

Los resultados del estudio IMPACT (Infiximab Multinational Psoriatic Arthritis Controlled Trial) han demostrado la seguridad y eficacia de Remicade en el tratamiento de esta enfermedad autoinmune

estudio se ha desarrollado en nuevo centros de Estados Unidos, Canadá y Europa. Los resultados han demostrado la seguridad y eficacia de Remicade en el tratamiento de esta enfermedad autoinmune.

ARTRITIS PSORIÁSICA

Se calcula que una de cada 50 personas sufre psoriasis. De éstos, 1 de cada 14 aproximadamente desarrolla artritis psoriásica. Aunque esta patología puede desarrollarse a

cualquier edad, el inicio se produce normalmente en la madurez, afectando normalmente a adultos entre 30 y 50 años. Tanto los hombres como las mujeres pueden verse afectados en igual proporción.

Los síntomas incluyen rigidez, dolor, hinchazón y rigidez de las articulaciones y el tejido circundante. Se produce además reducción del movimiento, rigidez matinal y cansancio. Otros síntomas son la aparición de lesiones psoriásicas en la piel, afectación de las uñas, incluyendo pequeñas marcas en forma de puntos o desprendimiento de la uña.

EL PAPEL DE REMICADE

Remicade es un anticuerpo monoclonal que se fija específicamente y de forma irreversible al TNF-alfa que se ha demostrado que juega un importante papel en la enfermedad de Crohn, la artritis reumatoide, la espondilitis anquilosante y la psoriasis, y podría ser también un factor relevante en otras enfermedades inmunes mediadas por mecanismos inflamatorios. Remicade se administra habitualmente cada ocho semanas en pacientes con artritis reumatoide y enfermedad de Crohn, lo que supone que un paciente tratado con infiximab recibe únicamente seis infusiones al año. En la Unión Europea Remicade también está aprobado para el tratamiento de la espondilitis anquilosante, un grave trastorno inflamatorio que produce rigidez y posteriormente la fusión de la espina dorsal

Según un estudio financiado por la fda

Colecoxib es el inhibidor de la COX-2 más seguro en el aspecto cardiovascular

Colecoxib es el inhibidor de la Cox-2 indicado para el tratamiento del dolor y la inflamación en artrosis y artritis reumatoide más seguro desde el punto de vista cardiovascular, según se desprende de los resultados de un estudio financiado por la Agencia Estadounidense del Medicamento (Food and Drug Administration -FDA-) y presentado en la 20 Reunión Anual de la International Society for Pharmacoepidemiology, celebrada recientemente en Burdeos, Francia.

Según comenta el doctor Manuel Luque, responsable de la Unidad de Hipertensión del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, "este estudio observacional, muy bien elaborado, viene a incrementar las evidencias que ya teníamos de que, a nivel cardiovascular, no todos los inhibidores específicos de la COX-2 son iguales, en beneficio de celecoxib, que no se asocia a ningún riesgo cardiovascular. Si bien en cuanto a la reducción de la inflamación en enfermedades articulares, celecoxib y rofecoxib son fármacos muy similares, no lo son en este otro aspecto, ya que por razones que no se conocen bien, rofecoxib aumenta la presión arterial, los accidentes cardiovasculares y puede llegar a triplicar el riesgo coronario".

SEGURIDAD GASTROINTESTINAL

Según otro estudio, realizado por la Asociación Española de Gastroen-

terología, 900 españoles fallecen al año por complicaciones gástricas e intestinales directamente relacionadas con el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) clásicos. Tal como señala el doctor Julio Ponce, jefe de Servicio de Aparato Digestivo del Hospital Universitario La Fe de Valencia, "si hay algo evidente sobre el tratamiento con

Asimismo es más seguro desde el punto de vista gastrointestinal que los antiinflamatorios clásicos

coxibs es que son fármacos más seguros desde el punto de vista gastrointestinal que los antiinflamatorios clásicos y no sólo en el tracto digestivo superior, sino también en el inferior, que es la zona en la que los protectores gástricos (inhibidores de la bomba de protones) no confieren protección".

Entre el 20% y el 30% de los efectos secundarios graves producidos por los AINE se localiza precisamente en el tracto digestivo inferior. "Por eso, en estas lesiones, que en la actualidad podemos observar gracias a la introducción de la cápsula endoscópica, es muy útil poder disponer de los coxibs", continúa el

doctor Ponce. Según un estudio realizado mediante esta técnica, el tratamiento con el inhibidor selectivo de la COX-2, celecoxib, ocasiona hasta nueve veces menos lesiones en el intestino delgado que el tratamiento con un AINE convencional junto a un protector gástrico (inhibidor de la bomba de protones).

Respecto a los efectos observados en el empleo de uno de los coxibs que ha sido retirado del mercado mundial, no son en ningún caso extrapolables a otros inhibidores específicos de la COX-2, como ya señaló el Ministerio de Sanidad y Consumo.

"En el caso de celecoxib -indica el doctor Manuel Luque- se están llevando a cabo estudios en otras patologías como pólipos colorrectales y enfermedad de Alzheimer, en los que algunos enfermos llevan siendo tratados más de dos años, y en los que no se ha mostrado un incremento de riesgo cardiovascular. No conocemos exactamente el mecanismo por el cual estos medicamentos se comportan de manera diferente en cuanto a efectos cardiovasculares. Las diferencias en la estructura química, en las propiedades farmacológicas y en los efectos sobre importantes factores de riesgo cardiovascular como presiones arteriales, función endotelial o marcadores de inflamación entre ambas moléculas, pueden ser el motivo por el que el inhibidor de la Cox-2 retirado precipite accidentes cardiovasculares."

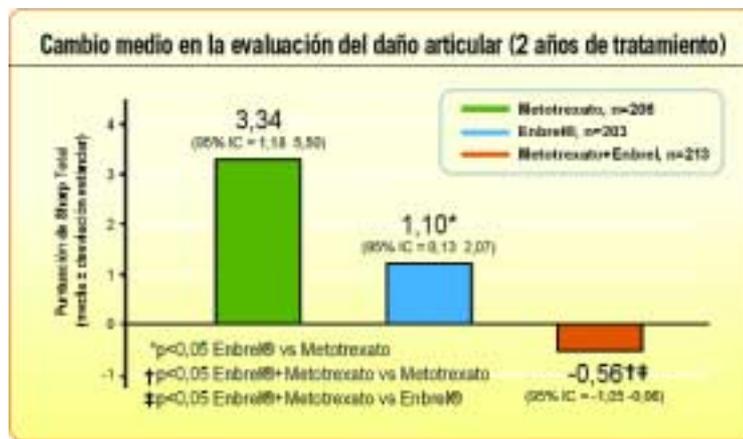
En pacientes con artritis reumatoide

Enbrel® más metotrexato mantiene la inhibición de la progresión del daño estructural tras 2 años de tratamiento

Después de dos años de seguimiento del estudio TEMPO (*Trial of Etanercept and Methotrexate with Radiographic Patient Outcomes*), el 78,4% de los pacientes con artritis reumatoide que recibieron Enbrel, más metotrexato no presentaron progresión del daño estructural. Además, **casi la mitad (47%) de los pacientes que recibieron la combinación recuperaron su funcionalidad normal (HAQ \geq 0,5)**, después de 2 años de tratamiento. Estos resultados se han presentado en el último congreso Americano de Reumatología (ACR), celebrado en San Antonio (Texas) en octubre del 2004, aportando aún más evidencia científica sobre la significativa eficacia de Enbrel, para tratar la artritis reumatoide.

“Estos resultados reafirman los datos del estudio TEMPO obtenidos durante el primer año y resaltan la capacidad de Enbrel, de mantener su elevada eficacia a largo plazo” indicó la Dra. Désirée van der Heijde, Profesora de Reumatología en la Universidad de Maastrich (Holanda).

El estudio TEMPO, aleatorizado y doble ciego, ha sido diseñado para determinar la eficacia y seguridad del tratamiento con Enbrel, metotrexato o la asociación de ambos en las lesiones articulares de 682 pacientes con artritis reumatoide (rango de evolución de la enfermedad: 6 meses – 20 años), en 92 centros de Europa y Australia. Se trata del primer estudio clínico con resultados radiográficos que ha valorado el efecto de un antagonista del factor de necrosis tumoral (TNF), con y sin



Junto a los excelentes resultados clínicos, el tratamiento con Enbrel fue muy bien tolerado

metotrexato, comparado con metotrexato en monoterapia.

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

NUEVA APROBACIÓN PARA ENBREL, POR LA FDA: ENBREL, INDUCE LA MAYOR RESPUESTA CLÍNICA EN PACIENTES CON AR

Enbrel, es el primer y único fármaco biológico en recibir la indicación de “inducir la mayor respuesta clínica en pacientes con artritis reumatoide”, según se anunció el pasado 29 de septiembre de 2004, por la Agencia Americana del Medicamento (FDA). Esta decisión está basada tras analizar los elevados niveles de respuesta clínica ACR70 alcanzados con Enbrel, durante 6 meses consecutivos.

Junto a esta nueva indicación, en la Ficha Técnica Americana de Enbrel, se han incluido también los resultados de la extensión del estudio ERA (“Early Rheumatoid Arthritis”), los cuales, demuestran la capacidad de Enbrel, para mantener la inhibición de la progresión del daño estructural en más de la mitad (55%) de los pacientes con AR precoz, tras 5 años de tratamiento.

DR. JORDI CARBONELL ABELLÓ
EX PRESIDENTE DE LA SER

Verano en Manhattan

Del Premio Nobel Isaac Bashevis

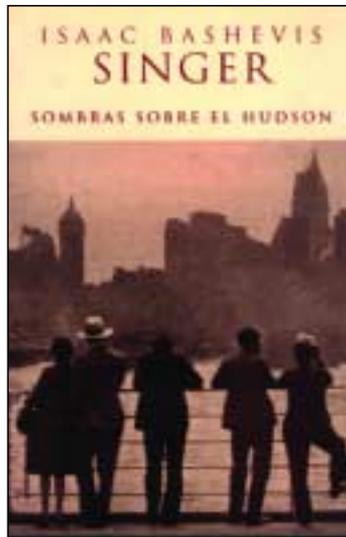
El libro de Isaac Bashevis Singer nos retrata un Nueva York poco visitado, el de los años que siguen a la segunda guerra mundial, y de forma específica el mundo de los judíos centroeuropeos que antes o después del holocausto consiguieron rehacer su vida lejos de su patria de origen.

Este verano, como tantas veces, he estado acompañado por un buen libro. A pesar de que debía competir con el extraordinario placer de ver discurrir las nubes sobre el infinito azul del cielo mediterráneo y el dejarme adormecer sobre la tumbona protegido del sol de agosto, "Sombras sobre el Hudson" me fue atrayendo hacia sus páginas día tras día hasta completar su lectura.

No se trata de un libro nuevo. Fue publicado en Yiddish a mediados de los años cincuenta en un periódico neoyorquino por Isaac Bashevis Singer. Años más tarde al autor se le concedió el Premio Nobel de literatura y "Sombras sobre el Hudson" está considerada su obra más relevante.

¿Qué aporta el libro? Existen varias respuestas. Se trata de literatura de calidad, es decir una trama que avanza sin fisuras expuesta en un lenguaje magnífico. El texto nos retrata un Nueva York poco visitado, el de los años que siguen a la segunda guerra mundial, y de forma específica el mundo de los judíos centroeuropeos que antes o después del holocausto consiguieron rehacer su vida lejos de su patria de origen.

Las diversas historias personales se tejen sobre el paisaje urbano de la ciudad aunque de forma constante el pasado inmediato de los personajes reaparece en sus sueños y en sus conversaciones. ¿Seguirá siendo posible ser judío en medio de los gentiles en este nuevo mundo? ¿Volverán a masacrarnos como siempre se ha hecho también aquí en América? ¿Se podrá



seguir siendo judío lejos de la religión y la tradición?

La metrópolis de las oportunidades se abre a los recién llegados que en su mal inglés porfían para abrirse un hueco entre los gentiles con sus propias armas, mientras en sus casas intentan seguir la tradición que en su caso habla en yiddish y polaco, palabras que les retrotraen a sus familias perdidas en los campos nazis o en el gueto de Varsovia. A algunos la pérdida los ha destruido y en el nuevo mundo solo son capaces de recordar y pagar el supremo pecado de su supervivencia entre tantos ausentes.

Los territorios recurrentes en el texto son centroeuropa, como pasado constantemente presente en las vidas de los

personajes, y Palestina como tierra de promisión donde quizás si sea posible crear un futuro con pasado, a pesar de que los jóvenes judíos cojan las armas y atenten contra los británicos.

No todos los personajes cabrán en la ciudad y el texto se cierra con una larga reflexión de uno de los personajes que, años más tarde y tras hallar una cierta paz lejos de la urbe, explica sus vivencias.

Lean este texto si les gusta la literatura y si desean una visión personal y directa sobre la nueva diáspora que sufrieron los judíos tan solo hace cincuenta años y si desean conocer el impacto del holocausto sobre los supervivientes. No hay sangre. Solo sentimientos, sensaciones y recuerdos atraviesan las vidas y las paginas que irán leyendo. Será se lo garantizo un tiempo bien empleado.

Isaac B Singer, judío hijo de rabino de tradición hasídica, emigró a Estados Unidos en 1935 y fue publicando sus obras en yiddish. Su éxito y el reconocimiento le llegaron tras su traducción al inglés. Su obra es extensa y por ella recibió el Nobel. La traducción de su obra es de gran calidad y se ha realizado directamente del original en yiddish. El texto se acompaña de un pequeño anexo donde se encuentra la explicación de los vocablos hebreos que lo pueblan.

ERNESTO PLAZA
SOCIÓLOGO

Reum@tismos

RECURSOS DE REUMATOLOGÍA EN INTERNET



NUEVA WEB DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

<http://www.reuma.org>

La SER estrena Reuma.org, su nueva Web oficial que representará la imagen de la Sociedad en Internet y por tanto ante los diferentes interlocutores, socios y profesionales, pacientes y medios de comunicación. El formato y los contenidos están destinados a cubrir las necesidades de formación e información de los socios, aglutinando todos sus intereses. Asimismo, parte de la actividad de la Sociedad Española de Reumatología pretende ir encaminada a las necesidades de información que la sociedad en general y los pacientes en particular reclaman como útiles.

NUEVA SECCIÓN DE PRÁCTICA CLÍNICA

Entre los contenidos de Reuma.org destaca un nuevo área de concimiento para socios, denominada "Práctica clínica", que en su desarrollo pretende incluir casos clínicos interactivos acreditados, conferencias acreditadas y revisiones científicas de utilidad formativa, así como aquellas noticias científicas que sean de carácter relevante.

Se estructura en los siguientes apartados: Guías de Práctica Clínica, Documentos de Consenso, Notas sobre Medicamentos, Revisiones, Consentimientos Informados y Protocolos (estos dos últimos requieren que el usuario esté registrado para acceder a sus contenidos).



INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE Y LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

Para pacientes y medios de comunicación, igualmente, se van a incorporar de forma sistemática las informaciones en el campo de la reumatología y las enfermedades reumáticas que sean de interés y difundan su actividad como especialidad, permitiendo un mejor conocimiento de la misma.

Buscando dinamismo y atención a las necesidades de los interlocutores, la Web estará abierta a las opiniones de los socios y se realizarán encuestas periódicas que permitan auditar su utilidad y rendimiento.



VALL D'HEBRON – UNIDAD DE REUMATOLOGÍA

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

Página de la Unidad de Reumatología del Hospital Vall d'Hebron de Barcelona. Traducible al catalán e inglés. Se divide en dos áreas informativas: para pacientes y para profesionales. En la primera destaca su apartado dedicado a las diferentes enfermedades reumáticas (clasificadas de la A a la Z). También dispone de sección de enlaces y un buzón de sugerencias. En el área de profesionales se encuentra una amplia galería de imágenes de reumatología, interesantes artículos recomendados, links a revistas de reumatología, calendario de congresos, etc.

EN DETALLE ARTÍCULOS RECOMENDADOS

(Click en "Artículos Recomendados", dentro de Área Profesionales)

Selección de destacados textos pertenecientes a revistas nacionales y prestigiosas publicaciones extranjeras. Se pueden buscar por revista, por palabra o haciendo un listado de los últimos artículos publicados.



REUMAPED

<http://www.reumaped.org>

Web oficial de la Soc. Española de Reumatología Pediátrica. Dispone de algún contenido útil de consulta: como la Guía Europea de Formación en Reumatología Pediátrica, resúmenes de comunicaciones y pósters presentados en congresos, Protocolos de Reumatología y un directorio de enlaces a revistas biomédicas, organizaciones científicas y asociaciones de pacientes. Existe un área para socios en la que, puede accederse a un banco de imágenes en reumatología.



EN DETALLE PROTOCOLOS DE REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

(Click en "Protocolos de Reumatología", en la página de inicio)

En Reumaped están disponibles en formato PDF los 17 Protocolos de Reumatología Pediátrica editados por la Asociación Española de Pediatría (AEP). Aborda temas como la artritis idiopática infantil, dermatomiositis juvenil, lumbalgia en el niño y adolescente, osteoporosis infantil, vasculitis en los niños..., etc.

