

## Gota

### Una enfermedad "casi" curable

La dieta puede  
ser suficiente  
para disminuir la  
hiperuricemia

#### Documento

Primer Documento de Consenso  
de la SER sobre tratamiento  
farmacológico de la  
artrosis de rodilla

#### Entrevista

**Dr. Alejandro Olivé Marqués**  
"La mayoría de las escuelas y  
cursos nacen por la iniciativa  
personal de un reumatólogo"





# ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA  
Y COMUNICACIÓN

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

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

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

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



**ibáñez & Plaza**

EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN

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

**Editor:**

Dr. 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](http://www.ser.es)[www.ibanezyplaza.com](http://www.ibanezyplaza.com)

**ibáñez & Plaza** ASOCIADOS S.L.  
EDICIONES TÉCNICAS Y COMUNICACIÓN

**Coordinación Editorial,****Diseño y Maquetación:**

Ibáñez&amp;Plaza Asociados

C/ Bravo Murillo, 81 (4º C)

28003 Madrid

Teléf.: 91 553 74 62

Fax: 91 553 27 62

[ediciones@ibanezyplaza.com](mailto:ediciones@ibanezyplaza.com)[losreumatismos@ibanezyplaza.com](mailto:losreumatismos@ibanezyplaza.com)**Redacción:**

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

**Dirección de Arte:**

GPG

**Publicidad:**

Ernesto Plaza Gajardo

**Administración:**

Concepción García García

**Impresión:**

Neografis S.L.

DEPÓSITO LEGAL M-42377-2003

SOPORTE VÁLIDO SOLICITADO

**Entidades que han colaborado con Los Reumatismos en este número:**

- Abbott ■ Bayer ■ Ibáñez&Plaza
- Novartis ■ Pfizer ■ Wyeth
- Zambón

# Hábitos y fármacos:

## En busca del perfecto equilibrio

**E**l viejo tópico de que el mejor médico es el que más receta sigue desgraciadamente instalado en un amplio sector de la población española. Y el ámbito de la analgesia es, sin duda, el terreno mejor abonado para que esta mentalidad popular siga manteniendo y renovando sus raíces. De aquí que una tarea pedagógica encaminada a transformar esta vieja mentalidad se presente como necesidad ineludible en nuestros días, tanto para el profesional como para las distintas administraciones sanitarias.

Las recientes iniciativas científicas de la Sociedad Española de Reumatología en torno a la artrosis ponen de relieve que al menos en el colectivo de reumatólogos existe un decidido propósito de actualización en tal sentido. El documento de consenso sobre artrosis de rodilla, presentado en el primer simposio de la SER sobre esta materia es, o al menos ha pretendido ser, un ponderado análisis de la utilidad de los distintos fármacos, a la luz de la evidencia científica, para el alivio o en su caso la modificación del curso de esta patología, que como ha recordado el presidente de la SER, Dr. Jesús Tornero, es la dolencia más común de la población general, por encima la hipertensión arterial, las infecciones de vías respiratorias altas o las fracturas.

Pero simultáneamente la sociedad que agrupa a los reumatólogos ha difundido un decálogo donde se pone el acento en los hábitos diarios que la población debería adoptar, tanto a título preventivo como en caso de rehabilitación. Desde mantener un peso corporal correcto hasta mostrar permanentemente una actitud positiva ante la enfermedad, pasando por la práctica de ejercicio racional y el cuidado de las posturas corporales, los consejos de la SER conforman un valioso arsenal de herramientas de gran utilidad para hacer frente a la patología, como complemento, o incluso como opción preferente, al lado del arsenal farmacológico.

Los avances terapéuticos en el ámbito de la reumatología han sido notable, incluso espectaculares, a lo largo de las últimas décadas. Pero no puede decirse lo mismo de la educación pública para la salud en este ámbito. De aquí que, como hemos señalado en ocasiones, la información y formación

del paciente mediante una relación fluida y cordial con el médico se imponga como necesidad perentoria e inaplazable.

"Una alternativa para disminuir el consumo de fármacos sería la reducción de peso y el ejercicio controlado para mejorar la musculatura", ha señalado el doctor Enrique Batlle, al comentar el documento de consenso. El enunciado lleva implícito ese objetivo que señalábamos de perseguir un correcto equilibrio entre los hábitos saludables y lo que podríamos denominar cultura popular del fármaco.

**El viejo tópico de que el mejor médico es el que más receta sigue instalado en un amplio sector de la población española**

**La información y formación del paciente mediante una relación fluida y cordial con el médico se impone como necesidad inaplazable**



## Nuestra Portada

¿Enfermedad de reyes y ricos? Tal vez en otro tiempo, pero la realidad es que el abuso de los placeres de la buena mesa, determinante de la gota, se ha popularizado desde tiempo atrás y hoy puede decirse que ha convertido en grupo de riesgo a buena parte de la población en las sociedades desarrolladas. Junto a este tema predominante, simbolizado por la especie de marisco tal vez más popular, ocupa lugar en portada, y muy destacado en páginas interiores, el primer documento de consenso de la SER sobre artrosis de rodilla, al que acompaña el decálogo sobre artrosis. La experiencia del Dr. Olivé Marqués, coordinador de Docencia y Formación de la SER, completa el trío de argumentos escogidos para nuestra portada.

**1** Editorial **Hábitos y fármacos: En busca del perfecto equilibrio** El viejo tópico de que el mejor médico es el que más receta...

**3** Entrevista **Dr. Alejandro Olivé Marqués** Coordinador de Docencia y Formación de la Sociedad Española de Reumatología

**5** Simposio **Obesidad y falta de ejercicio perjudican la artrosis** Primer Simposio de Artrosis, A Coruña, noviembre 2004

**10** Documento de Consenso SER Primer documento de consenso de la SER sobre el tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla

**15** Decálogo **Artrosis** El ejercicio protege la articulación y aumenta la fuerza de nuestros músculos

**22** Reportaje **Gota** Una enfermedad "casi" curable. Como consecuencia de la formación de cristales de una sal de ácido úrico...

**30** Estudio **Conclusiones del estudio Expert** La artrosis aumentará de manera significativa el próximo quinquenio

**31** Bibliografía Comentada AINEs y cardiovascular · Aspirina e ibuprofeno Aspirina y cardiovascular · Paracetamol ...

**35** Los pacientes preguntan Polimialgia o Fibromialgia · Dolores de crecimiento · Lupus y cremas solares...

**38** Noticias Segunda monografía SER, con la colaboración de Wyeth · El stand de la SER, uno de los más visitados en FIALUD...

**41** Los médicos escriben **Dr. J.L. Fernández** Fritz Lang: Redescubrir a uno de los grandes del cine

**44** Humanidades **Prof. Dr. Castillo-Ojugas** Algo de reumatismo en un libro antiguo: "Tratado llamado daño menor de ...

**46** Recursos de reumatología en Internet **Reum@tismos:** LIRE · NOF · Doctors Guide · Eresalud



DR. ALEJANDRO OLIVÉ MARQUÉS  
COORDINADOR DE DOCENCIA Y FORMACIÓN DE LA SER

“La mayoría de las escuelas y cursos nacen por la iniciativa personal de un reumatólogo”

Texto e imagen Carmen Salvador



## EL DR. Alejandro Olivé Marqués

adjunto de reumatología en el hospital Germans Trías y Pujol de Badalona, lleva diez años de tutor y desde hace poco es el coordinador de docencia y formación de la SER. Se declara un "todo terreno" de la reumatología, aunque "por necesidades del servicio" su actividad está más centrada en las conectivopatías.

**R**ealizó la residencia en el hospital IMAS y estuvo 18 meses en el hospital Bath, en Inglaterra. Disfruta de su papel de tutor, "donde las satisfacciones han sido más que los desengaños", y trabaja en la iniciativa del "core currículo", un proyecto que pretende aunar las competencias que un residente en formación debería tener.

**-En este momento la SER tiene tres escuelas, la del pie, ecografía y dolor y numerosos cursos, de uveítis, capilaroscopia, formación en la evidencia, tutores y residentes, enfermedades metabólicas óseas... ¿qué diferencia hay entre escuelas y cursos?**

-La escuela tiene una duración más larga que los cursos. Aprender ecografía, por ejemplo, no se aprende en un día, se necesita un profesor, pacientes, disponer de un ecógrafo... En las escuelas la logística es mayor, y el asistente se implica más; el curso es algo más ligero, pero se recibe una buena información y formación.

Según el doctor Olivé la mayoría de los cursos y escuelas nacen por la necesidad, pero también por la iniciativa personal de algún reumatólogo. "En estos momentos la SER tiene la intención de encaminar los próximos cursos y jornadas de actualización teniendo en cuenta la opinión de los socios. Precisamente para conocerla se les ha enviado un cuestionario que esperamos nos lo devuelvan con sus iniciativas y opiniones."

**-¿Hay preferencia por algunos cursos o escuelas?**

-En opinión de los socios y de las personas que han pasado por ellos, la escuela de ecografía y la del pie han sido fundamentales tanto para ellos como para la especialidad. La mayoría de los cursos

también son populares, sobre todo el de uveítis, el de evaluación de la evidencia... Si comparamos la docencia y formación de nuestros reumatólogos con los de otras sociedades, por ejemplo con la británica, tengo que decir que en España es superior, contamos con más cursos y más oportunidades para mejorar nuestros conocimientos.

**-¿Qué requisitos hay para acceder a ellos?**

-Los cursos y escuelas son gratuitos para los socios. Se trata de

lum. "Un proyecto que pretende aunar las competencias que un residente en formación debería tener. No se obligará a nadie su puesta en marcha, estará en manos de todos los tutores y residentes para que les sirva para alcanzar una docencia exquisita."

**-¿Cuál es el papel de un tutor de residentes?**

-Un tutor es un facilitador, un guía, un mediador. Gracias al concurso del tutor el residente puede aprender más y mejor. Se trata de una figura que debe tener

## La escuela de ecografía y la del pie han sido fundamentales para los alumnos y para la especialidad

una iniciativa de la SER, pero tenemos que poner un límite por cada evento. Aunque las escuelas tengan una "central", por decirlo de alguna manera, como la del pie en Barcelona o la de ecografía en Madrid, se organizan otras escuelas en otras zonas geográficas para que todos puedan tener la oportunidad. Por ejemplo, sólo de ecografía se realizan de 6 a 8 cada año. De esta forma casi todos los socios tienen acceso a esta formación continuada.

**-Creo que habéis pensado en hacer escuelas virtuales...**

-Es una opción que estamos considerando, al menos una parte de las horas, pero todavía está en estudio. Es muy probable que la primera que pase a ser virtual sea la del pie.

### EL TUTOR ES UN GUÍA, UN MEDIADOR

El papel de coordinador de docencia y formación de la SER implica coordinar y unir las escuelas y los cursos, sondear la opinión de los socios y trabajar en el core curricu-

la ascendencia científica en el equipo, disponer de tiempo y de la suficiente inteligencia emocional para detectar los problemas y solucionarlos.

**-¿No puede asumirlo el jefe de Servicio?**

-No es aconsejable, porque en ocasiones los intereses del Servicio pueden interferir con los intereses docentes.

**-¿Balance de satisfacciones y contrariedades?**

-Llevo diez años como tutor y las satisfacciones han sido más que los desengaños. Se siente una gran satisfacción al ver a los alumnos en otros lugares ejerciendo de reumatólogos, seguros de sí mismos y con una trayectoria humana y científica impecables.

**-¿Hasta qué punto es imprescindible la figura del tutor?**

-El futuro está de nuestra parte. Sin tutor no habrá docencia correcta. Las direcciones docentes de cada hospital promueven cada vez más esta figura y su reconocimiento en el hospital cada día es más importante.

**La figura del tutor debe tener ascendencia científica en el equipo, disponer de tiempo y de la suficiente inteligencia emocional para detectar los problemas y solucionarlos**

PRIMER SIMPOSIO SOBRE ARTROSIS (A CORUÑA, NOVIEMBRE 2004)

# Obesidad y falta de ejercicio perjudican la artrosis

**"La artrosis es la dolencia más común de la población general, por encima la hipertensión arterial, las infecciones de vías respiratorias altas o las fracturas. A partir de los 65 años casi un 20% de la población española tiene síntomas de**

**artrosis en las manos y el 30% en la rodilla", ha señalado el doctor Jesús Tornero, presidente de la Sociedad Española de Reumatología, en el marco del primer simposio de la SER sobre artrosis (A Coruña, noviembre 2004).**

**P**roducida por una alteración del cartílago, la artrosis constituye el trastorno más frecuente de las enfermedades reumáticas. Los síntomas de dolor intermitente van asociados a una atrofia muscular que afecta a la calidad de vida del paciente y reduce su vida laboral.

## **OBESIDAD Y FALTA DE EJERCICIO**

"Aunque hoy día se desconoce el mecanismo exacto por el que se inicia toda la cadena de acontecimientos que conducen a la artrosis -señala el doctor Tornero- sabemos que hay unos factores de riesgo que favorecen su aparición y empeoran el pronóstico, como son todos los problemas que afectan al cartílago articular, los microtraumatismos repetidos y la sobrecarga que se produce en determinadas actividades laborales o deportivas, o como consecuencia de

la obesidad. Este factor, la obesidad, no sólo favorece la aparición de artrosis, sino que empeora su pronóstico."

Un 75% de los pacientes con artrosis no hace ningún tipo de ejercicio para mejorar los síntomas de la enfermedad, y cerca del 50% presenta obesidad, según el estudio Artrocad, realizado por la Sociedad Española de Reumatología (SER) y la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (Semergen), para conocer la repercusión socioeconómica de los enfermos con artrosis de rodilla o cadera atendidos en atención primaria y que se presentaron en el primer simposio de artrosis.

"Una alternativa para disminuir el consumo de fármacos sería la reducción de peso y el ejercicio controlado para mejorar la musculatura", señala el doctor Enrique Batlle, reumatólogo del Hospital General Universitario de Alicante y coordinador del estudio

por parte de la Sociedad Española de Reumatología (SER). "No se trata de medicalizar el ejercicio físico -añade este especialista- En un momento determinado puede necesitarse el apoyo de un rehabilitador o fisioterapeuta, pero se debe incorporar el hábito del ejercicio en la práctica diaria, como puede ser el hábito de comer o de asearse. Te trata de una actividad física suave, adaptada a la edad, hay varias alternativas además de los paseos, como son los ejercicios en el agua, de estiramiento, yoga..."

El paciente con artrosis de rodilla y de cadera, según el estudio Artrocad, tiene además otras patologías asociadas, sobre todo hipertensión arterial y enfermedad cardiovascular. Es una población sedentaria con sobrepeso, a la que el ejercicio beneficiaría no sólo para paliar los síntomas de la artrosis, sino para mejorar el estado de salud general.

## Aunque no existe un tratamiento curativo, existen diferentes técnicas y fármacos capaces de asegurar al paciente una vida confortable

### AFECTA A MUCHOS DURANTE MUCHOS AÑOS

La artrosis suele aparecer en la década de los 50 y aumenta rápidamente con la edad, es más frecuente en las mujeres, afecta sobre todo a las manos, rodillas, caderas y columna, tiene un curso muy variable pero a menudo progresivo, y con frecuencia produce dolor y discapacidad. Aunque es una enfermedad con baja mortalidad, su alta prevalencia y perdurabilidad (afecta a muchos, durante muchos años) hacen que su carga social sea enorme.

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

Los datos de un estudio epidemiológico EPISER, realizado por la Sociedad Española de Reumatología muestran que, por encima de los 65 años de edad, el 19% de la población española tiene una artrosis sintomática de

manos y el 29% una artrosis sintomática de rodilla. Algunos autores han llegado a considerar el dolor de rodilla en las personas de más edad como la última "epidemia" del aparato locomotor. La Encuesta Nacional de Discapacidades también nos indica que la primera causa de discapacidad en la población española, por encima de los 65 años, son las enfermedades reumáticas, en especial la artrosis, y en relación con la dificultad para desplazarse (por problemas en las rodillas o las caderas). Pero, por debajo de los 65 años de edad, la artrosis también es la primera causa de invalidez permanente para la actividad laboral.

### TRATAMIENTOS

La enfermedad sólo en casos excepcionales es invalidante, y aunque no existe un tratamiento curativo, señala el doctor Francisco J. Blanco, "sí contamos con diferentes técnicas y fármacos capaces de asegurarle al paciente una vida confortable". Insiste en que el paciente debe conocer los factores de riesgo que influyen en la presencia y progresión de la artrosis y modificarlos si es posible.

Estas son algunas de las medidas no farmacológicas que contribuyen a mejorar el pronóstico:

- Reducir la carga que soportan las articulaciones es una de las primeras medidas, es decir, evitar el sobrepeso

o el someter a la rodilla a frecuentes flexiones con carga.

- El ejercicio aeróbico juega un papel importante en la protección de la articulación, porque incrementa la fuerza muscular y mejora el flujo sanguíneo en la articulación, la nutrición del cartílago y la movilidad.

- Un calzado adecuado puede ayudar a mitigar el dolor de las articulaciones de las extremidades inferiores y en ocasiones se puede aprovechar para corregir alteraciones de la alineación, incorporando al calzado unas sencillas cuñas laterales.

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

- No permanecer mucho tiempo sin moverse y utilizar mobiliario ergonómico.

- Informarse sobre las alternativas en el tratamiento de la artrosis y cumplir con lo prescrito por el especialista.

En cuanto al tratamiento farmacológico, los analgésicos y los antiinflamatorios no esteroideos son los más utilizados para controlar los síntomas. En el arsenal terapéutico también se encuentra los fármacos de acción lenta. Su efecto se inicia después de 2-3 semanas de tratamiento y persiste de 2 a 6 meses después de cesar su administración. Dentro de este grupo se



encuentran el ácido hialurónico, condroitín sulfato, diacereína, sulfato de glucosamina... Según varios ensayos, algunos fármacos de acción lenta podrían frenar la progresión de la artrosis, pero en la actualidad no hay ningún fármaco aprobado en España con esta propiedad.

#### FÁRMACOS QUE PUEDEN MODIFICAR EL CURSO DE LA ARTROSIS

La farmacoterapia utilizada en la artrosis ha sido clasificada como fármacos que modifican la sintomatología (SMOADs o Symptom Modifying OsteoArthritis Drugs) y fármacos que modifican la propia enfermedad (DMOAs o Disease Modifying OsteoArthritis Drugs). Dentro de los SMOADs estarían los SYSA-DOA (Symptomatic Slow Acting Drugs for treatment of OsteoArthritis). Las terapias de futuro de mayor relevancia en la artrosis están dirigidas no a frenar simplemente los síntomas, sino a lograr modificar la destrucción del cartílago articular. Dentro de estos nuevos tratamientos -muchos de los cuales están en periodo de investigación- destacarían los factores de crecimiento, los inhibidores de las citoquinas, el trasplante de condrocitos y el trasplante de células madre mesenquimales, señala el doctor Javier Ballina, vicepresidente de la SER.

Los factores de crecimiento son proteínas con acción favorecedora de la síntesis de cartílago, y que por ello podrían ayudar a repararlo una vez

enfermo. El denominado IGF-1 (insulin-like growth factor 1) es el que mejores datos está teniendo hasta el momento, tanto en los estudios in vitro como en la artrosis experimental en animales.

El antagonista del receptor de la IL-1 (IL-1 Ra) es la terapia anticitoquinica en la que existen mayores esperanzas depositadas para el tratamiento de la artrosis. Su efecto en modelos animales es muy favorable en esta enfermedad, bien por inyección intrarticular o mediante terapia génica. No obstante, se investigan otras posibilidades de inhibir tanto la IL-1 como el TNF, mediante receptores solubles, anticuerpos neutralizantes, etc.. Otra posibilidad es emplear citoquinas antiinflamatorias, que reducen la síntesis de las anteriores, como la IL-4, IL-10 e IL-6.

El trasplante de condrocitos es una alternativa terapéutica ya experimentada en pacientes y con uso autorizado desde 1997. Consiste en implantar dichas células (propias del paciente o no) en lesiones cartilaginosas, principalmente en la rodilla, con lo que se consigue formar un tejido nuevo similar al normal. A pesar de ello, -señala el doctor Ballina- no es una terapia aún muy empleada por su excesivo coste y las dificultades que entraña el tiempo de manipulación de las células en cultivo.

Las células stem mesenquimales se pueden aislar del periostio, pericondrio o de médula ósea. Son células menos diferenciadas que los condrocitos y por ello podrían tener una

## Las terapias de futuro de mayor relevancia en la artrosis están dirigidas no a frenar simplemente los síntomas, sino a lograr modificar la destrucción del cartílago articular

capacidad superior para reproducir la microarquitectura normal del cartílago. No hay estudios realizados aún en humanos.

#### PRIMER DOCUMENTO DE CONSENSO SOBRE ARTROSIS

Aunque el tratamiento de la artrosis no está claramente definido, se basa fundamentalmente en el control de la sintomatología. Las posibilidades terapéuticas que existen son muy amplias, por lo que "era preciso elaborar un documento que permita al clínico tomar decisiones basadas en la evidencia científica", señala el doctor Francisco J. Blanco, del hospital Universitario Juan Canalejo. Este documento de consenso fue presentado en el transcurso del simposio.

Según este especialista, el tratamiento debe ser individualizado y ajustarse a la articulación afectada. Ha de controlar los síntomas, mantener la funcionalidad de la articulación y reducir al máximo la progresión de la enfermedad.



LA ARTROSIS DE RODILLA ES LA PATOLOGÍA REUMÁTICA MÁS PREVALENTE

# Primer documento de consenso de la SER sobre el tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla

RESUMEN DE LA INTERVENCIÓN DEL DOCTOR FRANCISCO BLANCO EN LA PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO EN EL SIMPOSIO DE ARTROSIS (A CORUÑA, NOVIEMBRE 2004)

La artrosis de rodilla es la patología reumática más prevalente. La prevalencia oscila desde el 0.1% de la población de 25-34 años, hasta el 30% en personas de 65 a 71 años, y más del 30% en mayores de 75 años. De todas las articulaciones que se pueden ver afectadas por esta patología, la rodilla la localización que afecta en mayor medida a la población y ocasiona mayor gasto socio-sanitario. En España la prevalencia estimada de la artrosis sintomática de rodilla en la población adulta es del 10.2% y de aproximadamente 30% en la población mayor de 60 años.

La sintomatología en forma de dolor e impotencia funcional deteriora la capacidad funcional y la calidad de vida del paciente con artrosis de rodilla. Según los datos del estudio EPISER-2000, el 67% de los pacientes con artrosis de rodilla refieren un esta-

**En España la prevalencia estimada de la artrosis sintomática de rodilla en la población adulta es del 10.2% y de aproximadamente 30% en la población mayor de 60 años**

do de salud malo o regular frente a un 23% del resto de la muestra analizada (valoración realizada utilizando el cuestionario SF-12artrosico).

El tratamiento actual se basa principalmente y como norma general en

el control de la sintomatología. Aunque existen varios grupos terapéuticos que se pueden emplear en la artrosis de rodilla no hay un esquema terapéutico que se utilice de forma unánime en la sociedad científica. La prevalencia de esta patología, unida a la variedad de formas de tratamiento y al incremento de posibilidades terapéuticas hace preciso trabajar para la síntesis de las investigaciones en un documento que permita al clínico tomar decisiones basadas en la evidencia científica.

#### INTENTOS PREVIOS DE ESTABLECER PAUTAS

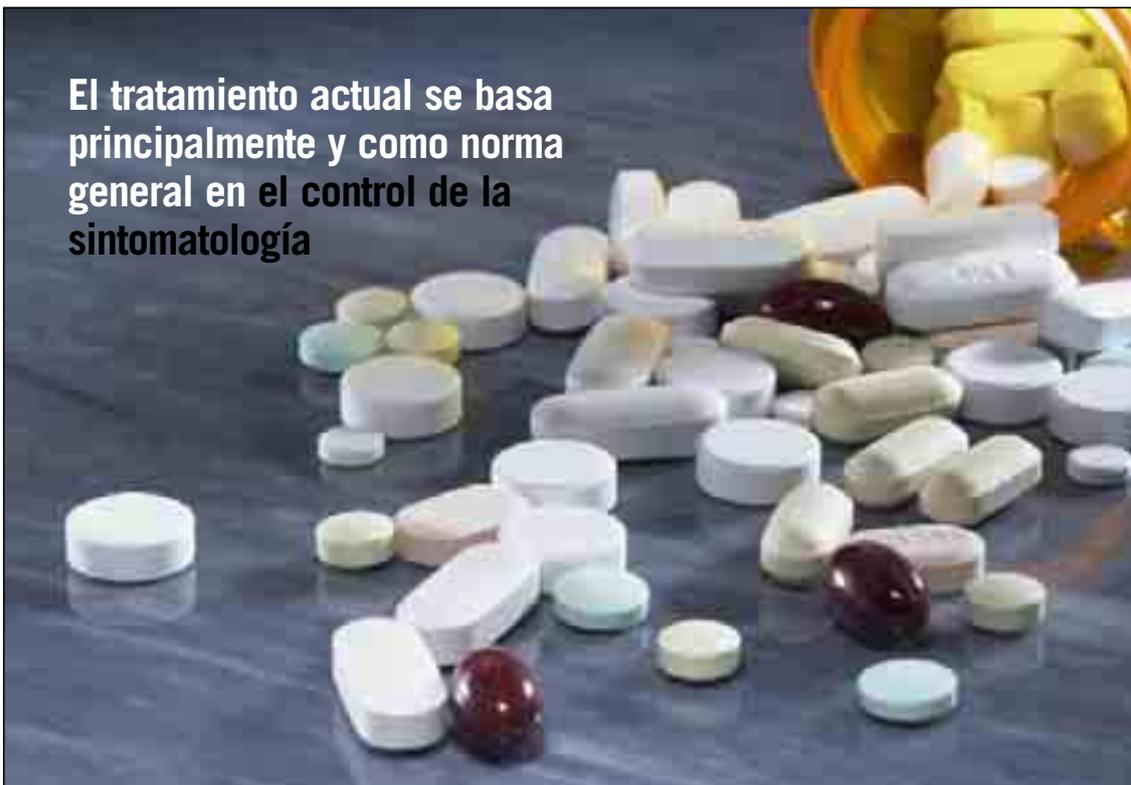
Varias sociedades científicas han intentado de alguna forma estandarizar o dar consejos sobre como tratar la artrosis de rodilla. Los dos documentos más conocidos en los que se intentan plasmar este objetivo y facilitar el abordaje terapéutico de la OA de rodilla son las Guías

#### Han intervenido en este documento:

1. Alberto Alonso. Hospital de Cruces.  
2. Francisco Javier Ballina. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

3. Enrique Battle. Hospital General Alicante.  
4. Pere Benito. Hospital del Mar y de la Esperanza.  
5. Francisco J Blanco. CHU Juan Canalejo. A Coruña.  
6. Miguel A. Caracuel. Hospital Reina Sofía. Córdoba.  
7. Jordi Carbonell. Hospital del Mar y de la Esperanza.

**El tratamiento actual se basa principalmente y como norma general en el control de la sintomatología**



Clínicas de la ACR y el Documento de Consenso del EULAR.

Estos documentos básicamente tienen un objetivo común, facilitar y dar consejos para el tratamiento de la OA de rodilla, pero la metodología empleada por ellos es diferente y las conclusiones prácticas son muy parecidas, aunque con algunas particularidades lógicas por el contexto en el que se han desarrollado cada uno (diferente cultura sanitaria, diferente opciones terapéuticas en el mercado etc).

A pesar de la existencia de estos documentos, el manejo terapéutico de la artrosis no está claramente definido y la extrapolación de esas conclusiones a las áreas sanitarias españolas no es fácil. El primer documento de consenso de la SER sobre el tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla pretende responder a cuestiones que frecuentemente se realizan los profesionales que tratan pacientes

## **La sintomatología en forma de dolor e impotencia funcional deteriora la capacidad funcional y la calidad de vida del paciente**

con artrosis en España, y que los documentos hasta ahora publicados no las contestan.

### **Conclusiones:**

#### **■ Paracetamol y AINES**

Las evidencias que sustentan el paracetamol como fármaco de primera elección están basadas en las guías de

práctica clínica y documentos consenso de los expertos.

Los estudios disponibles indican que los AINE son superiores a paracetamol para reducir el dolor en la artrosis de rodilla.

Las razones que colocan al paracetamol como fármaco de primera elección se basan en decisiones individuales ante cada paciente, definidas principalmente por criterios de seguridad.

No hay suficiente evidencia disponible para contestar que el paracetamol destruye el cartílago articular o que aceleran la progresión de la enfermedad.

Los AINE tienen mayor capacidad analgésica que el paracetamol en el tratamiento de la OA de rodilla, aunque dicha diferencia analgésica es modesta.

La indometacina favorece la progresión radiológica de la artrosis.

No existe evidencia para afirmar que otros AINE (distintos de la indome-

8. Manuel Figueroa. San Sebastián.

9. Gabriel Herrero-Boumount. Fundación Jiménez-Díaz. Madrid.

10. Emilio Martín-Mola. Hospital La Paz. Madrid.

11. Eugenio de Miguel Mendieta. Hospital La Paz.

12. Ingrid Möller. Instituto Poal. Barcelona.

13. Federico Navarro. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

14. Jesús Tornero. Hospital Universitario Guadalajara.

15. Elisa Trujillo. Hospital Universitario. Tenerife.

tacina) favorezcan la progresión de la artrosis. Los AINE tópicos son eficaces para reducir el dolor y mejorar la funcionalidad de los pacientes con artrosis de rodilla sin los efectos adversos generales que tiene la vía oral.

Todos los estudios observan mejoría del dolor con capsaicina.

### ■ Coxibs

Ha sido retirado el rofecoxib del mercado porque aumenta el riesgo cardiovascular respecto al placebo. Sus artículos han sido incluidos en esta revisión porque es sobre eficacia, y esos datos pueden ser de utilidad.

En la artrosis de rodilla, según la evidencia disponible los Coxibs son más eficaces que paracetamol y similares a los AINEs clásicos para el control del dolor en pacientes con artrosis de rodilla. No hay evidencias de que los Coxibs modifiquen la progresión radiológica de la artrosis de rodilla.

### ■ Opioides

El tramadol, así como su combinación con paracetamol y/o AINE ha demostrado su eficacia, en el tratamiento del brote doloroso de pacientes con artrosis de rodilla, cuando no responden al tratamiento de base (AINE).

### ■ SYSADOA

■ El sulfato de glucosamina es eficaz en casi todos los estudios clínicos en el control sintomático de la artrosis de rodilla. Eficacia en la reducción de las necesidades de analgésicos o AINEs: No hay evidencia de que el SG reduzca la necesidad del uso de analgesia de rescate.

El SG es efectivo en el control de la progresión radiológica. Sin embargo, no pueden extrapolarse los resultados a la práctica clínica, ni conocemos su trascendencia clínica global en la OA de rodilla de la población general.

No hay estudios que demuestren que el SG reduzca la necesidad de prótesis de rodilla, o prolongue el tiempo hasta la misma.

■ El condroitín sulfato ha demostrado ser un fármaco eficaz en el control del dolor y en la mejoría funcional de



## El primer documento de consenso de la SER sobre el tratamiento farmacológico de la artrosis de rodilla pretende responder a cuestiones que frecuentemente se realizan los profesionales

pacientes con artrosis de rodilla. Reduce el consumo de analgésicos o AINE. El condroitín-sulfato ha demostrado el control de la progresión radiológica de la artrosis de rodilla. Sin embargo, existen limitaciones metodológicas de medida radiográfica y tiempo de exposición al fármaco que hacen difícil la extrapolación de resul-

tados a la práctica clínica general.

■ Eficacia de diacereína en el control de los síntomas

Los dos estudios realizados en artrosis de rodilla muestran resultados contradictorios, por lo que no se puede emitir una conclusión al respecto. No se puede concluir que diacereína sea eficaz en el control de la progresión radiológica de la artrosis de rodilla.

### ■ Ácidos hialurónicos

El AH es eficaz en el control de los síntomas de la artrosis de rodilla

La combinación de AH con AINE resulta más eficaz que los AINE solos y, en algunas variables (relacionadas con el dolor, especialmente nocturno y en reposo), es también más eficaz que el AH sólo. Grado de la evidencia Ib; Grado de recomendación A.

No se han encontrado evidencias al respecto con otros SYSADOA ni con la combinación de éstos con paracetamol.

Los diferentes preparados de ácido hialurónico intra-articular son bien tolerados, e igual de seguros.

En cuanto al esquema de administración y el número de ciclos, existe muy poca evidencia que avale el beneficio de la administración de más de 1 ciclo.

Un solo estudio demostró que los ciclos de 3 inyecciones intra-articulares semanales tenían el mismo efecto que 5 inyecciones semanales.

La heterogeneidad expresada entre los distintos estudios hacen que actualmente no existan datos concluyentes que justifiquen la utilización de AH como tratamiento de primera línea en la OA de rodilla.

### ■ Corticoides intraarticulares

Son eficaces a corto plazo (2-4 semanas) en el control sintomático de la artrosis.

Un sólo ensayo clínico, bien diseñado, con cuatro inyecciones intraarticulares anuales, durante 24 meses, con acetónido de triamcinolona, no demostró efecto perjudicial radiográfico sobre el cartílago.



DR. F. JAVIER BALLINA GARCÍA  
HOSPITAL UNIVERSITARIO  
CENTRAL DE ASTURIAS

# La Sociedad Española de Reumatología difunde un decálogo sobre artrosis

La Sociedad Española de Reumatología ha elaborado un decálogo de recomendaciones para los pacientes de artrosis, con el objeto de que puedan conocer mejor su enfermedad y mejorar su calidad de vida.

La artrosis es la enfermedad articular más frecuente en nuestro país; se sabe que afecta a cerca de siete millones de españoles. Consiste en un "desgaste" del cartílago articular que puede ser progresivo. La enfermedad puede afectar a cualquier articulación, pero las más frecuentes son las de las manos, la rodillas, las caderas y la columna vertebral. Contrariamente a lo que muchas personas piensan, la artrosis no es una enfermedad exclusiva de la vejez; cualquiera puede padecerla. La artrosis aumenta su frecuencia con la edad, y es más común en la mujer y en personas genéticamente predispuestas pero -aunque muchos de estos factores no se pueden modificar- evitar su aparición y progresión es posible.

Durante las épocas frías, los síntomas de la artrosis suelen empeorar

y eso hace que aumenten el número de consultas que se hacen a los consultorios médicos. Son millones las consultas que por este motivo se hacen al año en España.

La Sociedad Española de Reumatología está constituida por los especialistas españoles expertos en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades reumáticas. Entre sus objetivos figura la investigación de las enfermedades reumáticas con el ánimo de hallar su curación y mejorar las condiciones de vida de los pacientes que las padecen.

Este es el decálogo elaborado por la SER:

## 1 MANTENGA UN PESO CORPORAL CORRECTO

La obesidad es una de las causas de la enfermedad, y además hace que esta progrese más rápidamente. Si Vd. es obeso o tiene sobrepeso, inicie algún programa dietético que le haga adelgazar; su médico puede ayudarle en este aspecto. No son necesarias dietas especiales, ni existen alimentos completamente prohibidos en esta enfermedad. Una dieta baja en calorías es suficiente.

## 2 CALOR Y FRÍO

En general, el calor es más beneficioso en la artrosis. Se puede aplicar de forma casera, con la esterilla eléctrica o la bolsa de agua caliente colocadas sobre la articulación dolorosa. Alivian el dolor y relajan la musculatura. En ocasiones, la articulación artrósica puede tener un intenso brote inflamatorio y, en esas ocasiones, es útil aplicar frío local mediante bolsas de hielo o baños fríos.

## 3 MEDICACIÓN

Se dispone de muchos tipos de medicamentos que pueden ser beneficiosos en esta enfermedad. Existen analgésicos, antiinflamatorios, geles y cremas, infiltraciones locales y fármacos que pueden evitar la progresión de la artrosis. Sin embargo, ha de ser su médico o reumatólogo el que decida, en cada momento de la evolución, cuál es el adecuado para usted. No se automedique. Las terapias llamadas alternativas -como la acupuntura, osteopatía, hierbas.- no han demostrado su eficacia científicamente, pero si desea emplearlas,

**Puede afectar a cualquier articulación, pero las más frecuentes son las de las manos, la rodillas, las caderas y la columna vertebral**

consulte antes a su médico para evitar problemas.

#### 4 HÁBITOS POSTURALES

Duerma en cama plana. Evite sentarse en sillones o sofás hundidos, y use sillas con respaldo recto, donde sus caderas y rodillas mantengan una posición natural y sus pies estén en contacto con el suelo.

**El ejercicio protege la articulación y aumenta la fuerza de nuestros músculos. Disminuir al máximo la movilidad hace que la persona artrósica se convierta en dependiente**

#### 5 EJERCICIO

El ejercicio protege la articulación y aumenta la fuerza de nuestros músculos. Disminuir al máximo la movilidad hace que la persona artrósica se convierta en dependiente de los demás. Es bueno caminar, ir en bicicleta y practicar la natación, pero los deportes de contacto o de gran sobrecarga física son menos recomendables. Existen también ejercicios específicos para cada articulación que esté afectada por la enfermedad; solicítelos a su médico o reumatólogo, y hágalos diariamente.

#### 6 REPOSO

No es contradictorio con el punto anterior. La artrosis es una enfermedad que cursa con periodos intermitentes de dolor, y durante las fases con mayor dolor el reposo relativo es beneficioso. Tam-

bién es bueno intercalar pequeños periodos de reposo durante las actividades de la vida diaria.

#### 7 EVITE SOBRECARGAR LAS ARTICULACIONES

No coja pesos excesivos, procure no caminar por terrenos irregulares y no estar de pie excesivamente sin descansar. Use un carrito para llevar las compras. Si padece artrosis de rodilla o cadera, el empleo de un bastón para caminar disminuye la sobrecarga de esas articulaciones

#### 8 CALZADO ADECUADO

Si tiene usted artrosis lumbar, de caderas o de rodillas, debe emplear un calzado de suela gruesa que absorba la fuerza del impacto del pie contra el suelo al caminar. Esto también puede conseguirse con plantillas o taloneras de silicona que se colocan en el zapato. No use zapatos con tacón excesivo. Es preferible emplear zapato plano o con un ligero tacón.

#### 9 BALNEARIOS

Los balnearios aplican aguas mineromedicinales, generalmente termales, para el tratamiento de la artrosis. Con ello consiguen mejorar el dolor y relajar la musculatura contracturada. Los llamados centros SPA (salud por el agua) realizan tratamientos estéticos y de relax mediante el uso de agua que, sin embargo, no tiene características mineromedicinales como la de los balnearios. Ambas formas pueden ser útiles en la artrosis.

#### 10 MANTENGA UNA ACTITUD POSITIVA

La artrosis, a pesar de todo, permite mantener una vida personal y familiar completa, con muy escasas limitaciones. En los casos más avanzados y de peor evolución, existen tratamientos quirúrgicos que pueden solucionar el problema. La artrosis "per se" no afecta la vida y los progresos en su investigación y tratamiento son continuos.





DR. ELISEO PASCUAL GÓMEZ  
 PROFESOR DE REUMATOLOGÍA  
 U. MIGUEL HERNANDEZ DE ALICANTE  
 HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

# Gota:

## Una enfermedad “casi” curable

**H**oy sabemos que la gota ocurre como consecuencia de la formación de cristales de una sal de ácido úrico (cristales de urato monosódico monohidratado) en el interior de determinadas articulaciones. Para que estos cristales se formen es preciso que haya niveles elevados de ácido úrico en la sangre (a lo que se llama hiperuricemia), pero sólo algunas personas con hiperuricemia forman cristales y llegan a padecer gota, y el resto ni padecen gota ni casi nunca precisan tratamiento. El depósito de cristales es reversible, o sea que cuando se reducen los niveles de ácido úrico en la sangre a niveles normales, los cristales lentamente se disuelven y llegan a desaparecer, y con ellos se va la gota.

Una vez que se forman los primeros cristales de ácido úrico en una articulación, si los niveles de ácido úrico en la sangre siguen elevados - y esto es

la regla en ausencia de tratamiento - cada vez hay más cristales, y suelen empezar a aparecer en otras articulaciones. Los cristales tienen la capacidad de ocasionar inflamación de las articulaciones que los contienen, que suele ser muy intensa y dolorosa, o sea, los llamados ataques de gota; una vez que estos ataques han pasado, los cristales quedan en las articulaciones sin causar mayor molestia hasta que ocurra el próximo ataque.

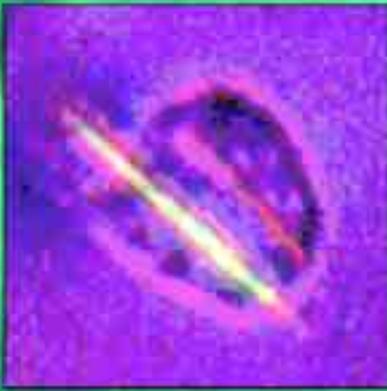
Los ataques suelen ser muy ocasionales y distanciados al comienzo de la enfermedad y en bastantes gotosos con el tiempo se van haciendo más frecuentes, afectando a más articulaciones y pueden ser más intensos. El número e intensidad de los ataques varía de uno a otro pacientes y aunque en algunos - sobre todo al comienzo - pueden ser llevaderos, con frecuencia se convierten en una dura y dolorosa carga. Los ataques suelen ocurrir en la articulación de la base del dedo gordo del pie - la famo-

sa podagra -, pero son también muy frecuentes en el empeine, tobillo, rodilla, muñeca, algún nudillo o en el codo.

### NO AFECTA A MUJERES EN EDAD FÉRTIL NI A NIÑOS

Las articulaciones inflamadas pueden ponerse calientes, hinchadas y enrojecidas, pero en algunas - como la rodilla - esto se nota poco o nada. Alguna vez se inflaman más de una articulación a la vez, o lo hacen de manera sucesiva, y cuando la inflamación es intensa y la articulación inflamada es grande, puede haber fiebre y el ataque de gota puede simular una infección. Los pacientes con gota en general de larga duración pueden tener unos nódulos, más frecuentes en los codos, que se llaman tofos, y que están compuestos por cristales de urato monosódico casi exclusivamente, y que con el tiempo, y en ausencia de tratamiento, suelen ir aumentando de tamaño. La gota no afecta a muje-

**En uno de cada tres gotosos, la hiperuricemia aparece formando parte de lo que se conoce como síndrome metabólico o de resistencia a la insulina**



Los ataques suelen ocurrir en la articulación de la base del dedo gordo del pie - la famosa podagra-, pero son también muy frecuentes en el empeine, tobillo, rodilla, muñeca, algún nudillo o en el codo



Los cristales poseen la capacidad de ocasionar inflamación de las articulaciones que los contienen, que suele ser muy intensa y dolorosa. En tono violáceo, aspecto de los cristales al microscopio con luz polarizada

res mientras se encuentran en edad fértil, ni tampoco a niños, aunque de manera verdaderamente excepcional, una u otro pueden sufrir gota.

#### LA DUDA DIAGNÓSTICA YA NO DEBE EXISTIR

Hasta los años sesenta del siglo pasado, el diagnóstico de la gota se basaba en la presencia de inflamación más o menos intensa de alguna de las articulaciones habituales de esta enfermedad, junto con la presencia de hiperuricemia. Este enfoque no estaba exento de inexactitudes, ya que sobre un 7% de los hombres tienen niveles aumentados de ácido úrico en la sangre sin que por ello padezcan gota, aunque sí pueden tener otros trastornos articulares que la presencia de hiperuricemia puede hacer que se tomen por gota. El hallazgo de los cristales de urato monosódico de manera regular en el líquido de las articulaciones inflamadas además de ayudar a los médicos a comprender mejor la enfermedad, ha proporcionado un método absolutamente fiable para su diagnóstico, que ahora se basa en la búsqueda e identificación de estos cristales en el líquido articular. Por sus características son fácilmente identificables mediante un microscopio polarizado similar al utilizado por los geólogos para estudio de cristales de todo tipo. También sabemos que una vez que se forman los cristales de urato, si el ácido úrico permanece elevado, también se encuentran en el líquido de articulaciones asintomáticas que sufrieron un ataque de gota con anterioridad, lo que nos permite casi siempre un diagnóstico preciso en cualquier momento. Hoy día la



**Mano llena de tofos (nódulos formados por cristales de urato monosódico). En miniatura, la misma mano sin tofos tras un tratamiento prolongado que permitió disolverlos. Si no se controla, volverán a surgir.**



duda diagnóstica en la gota ya no debe existir.

#### UN TRATAMIENTO MUY BIEN ESTRUCTURADO

El tratamiento de la gota está muy bien estructurado: esencialmente incluye el tratamiento de dos aspectos bien diferenciados e independientes: 1) la inflamación de las articulaciones y 2) eliminar los cristales depositados, en cuya ausencia los ataques de gota ya no pueden ocurrir.

La inflamación de las articulaciones - o sea, los ataques de gota - mejoran al administrar fármacos que resuelvan la inflamación, ya sean alguno de los conocidos antiinflamatorios, u algunos otros que puede ser oportuno utilizar en aquellas ocasiones en que los inconvenientes de los antiinflamatorios recomienden a buscar alternativas más seguras para esos pacientes. En líneas generales un ataque de gota debe ceder con rapidez. Un fármaco llamado colchicina tiene enorme tradición en el tratamiento de los ataques de gota; antaño se empleaba con la idea de que cuando el ataque respondía a este tratamiento, esto confirmaba el diagnóstico. Hoy sabemos que esto no es del todo cierto, y

además la colchicina con frecuencia ocasiona diarrea cuando se utiliza en las dosis necesarias para suprimir un ataque de gota.

De mayor trascendencia, el depósito de cristales de urato monosódico en las articulaciones es reversible: esto es, en los gotosos, si el ácido úrico sigue alto, cada vez habrá más cristales y en más articulaciones, y los ataques de gota serán más frecuentes, intensos, y en general graves. Cuando el ácido úrico de estos pacientes se reduce, los cristales lentamente se disuelven, y desaparecen por completo; la gota está entonces curada. La única salvedad es que los pacientes con gota tienen facilidad para formar cristales de urato monosódico en las articulaciones cuando el ácido úrico sube, y si una vez disueltos los cristales, se deja que ácido úrico vuelva a subir, se formarán nuevos cristales y los ataques de gota volverán de nuevo. Por ello la curación definitiva de la gota pasa porque una vez disueltos los cristales de urato, los pacientes sigan un tratamiento para que el nivel de ácido úrico en sangre se mantenga en niveles normales, evitando así que en las articulaciones se formen de nuevo cristales de ácido úrico.

**La gota de los ricos y reyes de antaño también tenía como factor muy importante la intoxicación crónica por plomo de los que ingerían vinos añejos, que con frecuencia tenían cantidades excesivas de este metal**

## Cuando la gota es por una ingesta excesiva de calorías, la dieta suele ser suficiente para disminuir la hiperuricemia

cuando estas personas reducen la ingesta de calorías, la excreción por el riñón del ácido úrico mejora, y éste puede llegar a normalizarse en la sangre sin necesidad de fármacos; una dieta adecuada en calorías también ayuda a normalizar el resto de anomalías de lípidos y a evitar las consecuencias vasculares, aunque es frecuente que estas personas precisen medicación.

Por otro lado el alcohol – y más la cerveza – aumentan los niveles de ácido úrico en sangre, y su ingesta excesiva contribuye notablemente a la hiperuricemia y la gota de muchas personas.

La gota de los ricos y reyes de antaño también tenía como factor muy importante la intoxicación crónica por plomo que sufrían los que ingerían vinos añejos, que frecuentemente tenían cantidades excesivas de este metal. Todavía en tiempos recientes la intoxicación por plomo se detecta esporádicamente como causa de gota, a la que se ha llamado gota saturnina.

De mayor interés, en algunas poblaciones indígenas que recientemente han adquirido los hábitos dietéticos llamados occidentales junto con un consumo excesivo de alcohol, la gota -junto con todo el síndrome metabólico- se ha convertido en un serio problema de salud; esto ha ocurrido en maoríes de Nueva Zelanda o en nativos de Taiwán o Filipinas, entre otros.

Quizás todos deberíamos imitar los hábitos dietéticos de muchos ricos y reyes actuales, que estando en general bien informados, suelen comportarse con una moderación dietética que podría parecer ascética a sus antepasados; pero gracias a estos nuevos hábitos, ellos están mucho más saludables.

Tras el comienzo del tratamiento para normalizar el ácido úrico en sangre, la disolución de los cristales requiere un tiempo prolongado al menos 9 meses y bastante más en aquellos que sufren gota desde hace ya algunos años.

### LA IMPORTANCIA DE LA DIETA: UNA ENFERMEDAD “DE REYES Y RICOS”

Siempre se ha relacionado la gota con hábitos de comida y bebida excesivos, y es comentario popular que es una enfermedad de ricos y reyes. Carlos I se retiró a Yuste afligido por esta dolencia, y su hijo Felipe II utilizaba una angarillas que se conservan en El Escorial para que lo trasladaran cuando se veía impedido por los ataques de gota. Fernando VII también se vio afligido por el mismo problema. Existe abundante documentación de que en el pasado las clases adineradas eran frecuente diana de esta enfermedad, que parecía respetar a las personas llanas.

Hoy tenemos claro que aproximadamente en uno de cada tres gotosos

la hiperuricemia aparece formando parte de lo que se conoce como síndrome metabólico o de resistencia a la insulina. Los que lo sufren son personas obesas - con ingesta excesiva de calorías, y frecuentemente de cerveza o alcohol- y también se aprecia en ellas niveles altos de lípidos en sangre: colesterol y triglicéridos; suelen tener también hipertensión, y desarrollan arteriosclerosis, por lo que están a riesgo de sufrir sus consecuencias - infartos de miocardio, accidentes vasculares cerebrales con las parálisis consiguiente entre los mas importantes-. Así pues, hoy día la presencia de hiperuricemia o gota es un indicio valioso para investigar la presencia de las otras anomalías cuya corrección puede permitir evitar las consecuencias.

En aquellos que sufren gota asociada al síndrome metabólico, la causa de la subida del ácido úrico en la sangre es que a consecuencia de la ingesta excesiva de calorías, el riñón tiene dificultad específica para excretar el ácido úrico, y por ello sube en la sangre. Resulta de enorme interés que



DR. ELISEO PASCUAL GÓMEZ  
 PROFESOR DE REUMATOLOGÍA  
 U. MIGUEL HERNANDEZ DE ALICANTE  
 HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

# Ácido Úrico, cristales de UMS y gota: una breve historia

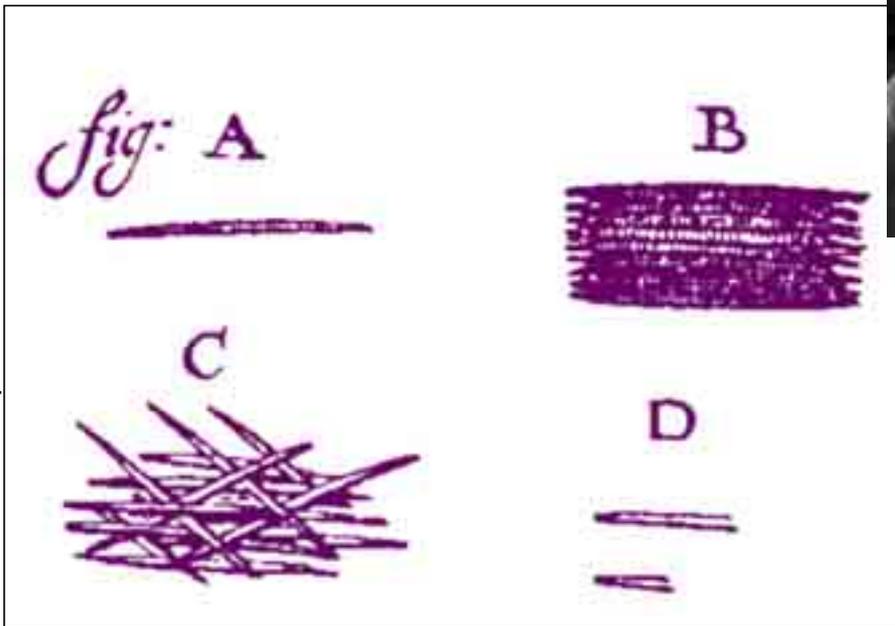
**M**erced a sus manifestaciones clínicas bien definidas, la gota ya fue identificada con precisión en la remota antigüedad. Hipócrates en el siglo IV AC dejó unos aforismos (1) sobre esta dolencia que demuestran una gran capacidad de observación y un conocimiento detallado de sus manifestaciones (I). Galeno en el S II describió los tofos (II). Paracelso, en 1531 llamó la atención sobre un material calcáreo que en la gota se depositaba en articulaciones (III). A finales del S XVII, el inventor del microscopio Antonio Van Leeuwenhoek en 1679 dejó dibujos precisos de lo que hoy sabemos son cristales de UMS, sin duda al observar material obtenido del drenaje de un tofo (IV). En 1776 el ácido urolítico (úrico) fue identificado por Scheele en un cálculo urinario (V) y en 1797 Wollaston demostró que los tofos se componían de la misma sustancia (VI). Cincuenta años más tarde Garrod puso a punto una técnica simple para

**Hipócrates en el siglo IV AC dejó unos aforismos (1) sobre esta dolencia que demuestran una gran capacidad de observación y un conocimiento detallado de sus manifestaciones**

detectar niveles elevados de ácido úrico en suero (la prueba del hilo de Garrod) (VII), y así pudo comprobar que los pacientes gotosos tenían estos valores elevados; esta prueba fue una de las primeras en las que una determinación analítica ayudó en el diagnóstico de una enfermedad. Garrod indicó que los cristales de urato eran la causa y no una consecuencia de la enfermedad (2),(VIII), pero esta propuesta no

despertó interés y se perdió. En 1913 Folin y Denis pusieron a punto una técnica precisa para la determinación de los niveles séricos de ácido úrico (ix), que ha pervivido hasta tiempos recientes, y que ha tenido una amplia difusión en relación con el diagnóstico y monitorización de los pacientes con gota.

En los años 40 del siglo pasado se apreció que la caronamida - que tuvo un papel terapéutico esencial al retrasar la excreción renal de la primera penicilina en un momento en que esta era escasa - aumentaba la excreción renal de ácido úrico (X). La eficacia en el tratamiento de la gota de un derivado de la caronamida, el probenecid fue observado independientemente por Gutman y Yu (XI,XII) y por Talbot y colaboradores (XIII). Su empleo como tratamiento de la gota permitió observar como tras la normalización de la uricemia, los tofos disminuían de tamaño hasta desaparecer, y finalmente los ataques dejaban de ocurrir. En el exhaustivo libro sobre análisis del líquido sinovial que



**A finales del S XVII, el inventor del microscopio Antonio Van Leeuwenhoek en 1679 dejó dibujos precisos de lo que hoy sabemos son cristales de UMS , sin duda al observar material obtenido del drenaje de un tofo**

publicaron desde Harvard Ropes y Bauer en 1953 (XIV) no se menciona la posibilidad de que en el líquido sinovial de pacientes con gota, o con cualquier otra enfermedad, pudiera haber ningún tipo de cristal.

En los años 1950, a Joseph L Hollander, que trabajaba en el Hospital de la Universidad de Pennsylvania, le gustaba mirar al microscopio preparaciones frescas de muestras de líquido sinovial que obtenía de sus pacientes. Apreció en las muestras de líquido obtenidas de las articulaciones inflamadas de los pacientes con gota, unas estructuras regulares, aciculares o romboidales que él pensó que podrían ser cristales de algún tipo. Animó a su residente Daniel McCarty a investigar esta posibilidad, y este, tras consultar con los geólogos de la Universidad de Pennsylvania, introdujo el uso del microscopio polarizado para la detección e identificación de cristales en muestras de líquido sinovial, identificando de manera regular en las muestras de líquido sinovial obtenida de articulaciones inflamadas por un ataque de gota cristales de UMS, y estableciendo la relación entre la presencia de estos cristales y la inflamación arti-

cular en gota (3), a la vez que describía los cristales de pirofosfato cálcico dihidratado, causante de la artropatía por cristales de pirofosfato, que se había hasta entonces tomado por gota, y a la que se denominó pseudogota (XV). Con estos hallazgos que establecían definitivamente la relación entre la presencia de cristales de UMS y la inflamación articular, la gota hizo su entrada en la era actual.

#### **LOS CRISTALES DE UMS Y LA INFLAMACIÓN ARTICULAR**

Tras el hallazgo consistente y regular de cristales de UMS en el líquido sinovial de articulaciones afectas de un ataque de gota (15), se emprendieron estudios destinados a confirmar que los cristales eran los responsables de los episodios de inflamación articular. El hallazgo regular de cristales de UMS en el interior de las células del líquido sinovial de articulaciones inflamadas (15,XVI,XVII) indicaba una estrecha relación entre cristales y células, y sobre todo, la inyección de cristales de UMS en articulaciones humanas sanas de y las de perros inducía un episodio inflamatorio en todo similar a un ataque de gota (XVIII,XIX,XX); el grado de

inflamación se encontró proporcional a la dosis de cristales de UMS inyectados, y su rápida fagocitosis llevó a la noción de que esta era un paso necesario para poner en marcha la inflamación articular. Todas estas observaciones llevaron a proponer que los ataques de gota se desencadenarían tras una "inyección" de cristales de UMS desde estructuras articulares en las que se hallan depositados, seguida de su fagocitosis al alcanzar la cavidad articular (XXI), concepto que se ha mantenido hasta la actualidad. Trabajo experimental subsiguiente realizado in vitro mostró que la adición de cristales de UMS a monocitos sanguíneos y células es capaz de estimular la producción de diversas citocinas pro-inflamatorias, tales como la IL-1 (XXII,XXIII), IL-6 (XXIV, factor de necrosis tumoral (XXIV) o IL-8 (XXVI). Estos hallazgos parecían consolidar la idea de que la "inyección" de cris-

tales de UMS en la cavidad articular seguida de su fagocitosis y subsiguiente producción de mediadores inflamatorios actuaría como desencadenante de los ataques de gota. Este mecanismo patogénico implica que en ausencia de inflamación articular – durante los periodos intercríticos –, la cavidad articular y el líquido sinovial están libres de cristales de UMS.

Sin embargo a partir de 1979 aparecieron diversos artículos describiendo la presencia de cristales de UMS en articulaciones asintomáticas de pacientes con gota. Esto se apreció tanto en las articulaciones primeras metatarsofalangianas (XXVII,XXVIII,XX) (asiento de la



## El Prof Joseph L Hollander a mediados de los años 50 detectó la presencia de cristales en el líquido sinovial

podagra) como en las rodillas (XXX,XXXI). Sin embargo las características de los pacientes de los que se habían obtenido las muestras en estos estudios eran heterogéneas, estando algunos tratados con fármacos hipouricemiantes y otros no, tampoco se mencionaba específicamente en los artículos publicados si todas las articulaciones investigadas habían sido asiento de un ata-

que de gota. Así, en uno de estos estudios (31) solo 37 de 67 (57%) líquidos es de rodillas investigados contenían cristales de UMS, en el resto quizás los cristales se habían disuelto tras el tratamiento hipouricemiante, o quizás nunca los había habido. En consecuencia, la interpretación de este y el resto de los estudios reseñados estaba dificultada por la selección de los pacientes.

### Bibliografía

- 1 VI-28 Los eunucos no padecen gota ni se quedan calvos  
VI-29 Una mujer no padece gota hasta que sus menstruaciones han cesado  
VI-30 Un joven no padece gota hasta iniciar su actividad sexual  
VI-40 En la gota la inflamación desahoga en 40 días  
XI-55 La afección gotosa se activa en primavera y otoño  
2 Garrod; Proposición cuarta (sobre la gota): El urato depositado en articulaciones debe ser considerado como la causa, y no la consecuencia de la inflamación gotosa (8).  
I.- Hippocrates: the genuine works of Hippocrates. Vols I y II Traducido del griego con una discusión preliminar y anotaciones de Francis Adams. Nueva York, Woods, 1886.  
II.- Galen C. Opera Omnia. Editado por Jun. Lepzig 1821- 1823  
III.- Copeman: a short history of the gout. Berkeley. University of California Press, 1964  
IV.- McCarty DJ. Historical note: Leeuwenhoel's description of urate crystals from a gouty tophus. Arthritis Rheum 1970;13:414-418  
V.- Scheele KW. Examen chemicum calculi urinarii. Opuscula 1776; 2:73.  
VI.- Wollaston WH. On gouty and urinary concretions. Philos Trans R Soc London 1797;87:386-415  
VII.- Garrod AB. Observations on certain pathological conditions of the blood and urine in gout rheumatism and Bright's disease. Trans Med-Chir Soc London 1848;31:83-98  
VIII.- Garrod AB. Treatise of gout and rheumatic gout (arthritis reumatoides). Tercera edición, Londres, Longmans, Green & Co. 1976  
IX.- Folin O, Denis W. A new method for the determination of uric acid in blood. J Biol Chem 1912-13;13:469-475  
X.- Wolfson WQ, Cohn C, Levine R. Transport and excretion of uric acid in man.; physiologic significance of the uricosuric effect of caronamide. Am J Med 1948;4:774  
XI.- Gutman AB, Yu T-F. Benemid as uricosuric agent in chronic gouty arthritis. Trans Assoc Am Phys 1951;64:279-288  
XII.- Yu T-F, Gutman AB. Mobilization of gouty tophus by protracted use of uricosuric agents. Am J Med 1951;11:765  
XIII.- Talbot JH, Bishop C, Norcross BM, Lockie LM. The clinical and metabolic affects of Benemid in patients with gout. Trans Am Assoc Phys 1951;64:372.  
XIV.- Ropes MW, Bauer W. Synovial fluid changes in joint disease. Cambridge, Massachusetts. Harvard University Press, 1953  
3.- McCarty DJ, Hollander JL: Identification of urate crystals in gouty synovial fluid. Ann Intern Med 1961; 54: 452-460.  
XV.- McCarty DJ, Kohn NN, Faires JS. The significance of calcium pyrophosphate crystals in the synovial fluid of arthritic patients. Ann Intern Med 1962;56:711-737  
XVI.- McCarty DJ. Phagocytosis of urate crystals in gouty synovial fluid. Arthritis Rheum 1961;4:425-426  
XVII.- McCarty DJ. Phagocytosis of urate crystals in gouty synovial fluid. Am J Med Sci 1962;243:288-295  
XVIII.- Seegmeiller JE, Howell RR, Malawista SE. The inflammatory reaction to sodium urate: its possible relationship to the genesis of acute gouty arthritis. JAMA 1962;180:469-475  
XIX.- Faires JS, McCarty DJ. Acute synovitis in normal joints of man and dog produced by injection of microcrystalline sodium urate, calcium oxalate and corticosteroid esters. Arthritis Rheum 1962;5:295-296  
XX.- Faires JS, McCarty DJ. Acute arthritis in man and dog after intrasynovial injection of sodium urate crystals. Lancet 1962;ii:682  
XXI.- McCarty DJ. Cristal induced inflammation and its treatment. Arthritis and allied conditions, 10 edición. Editado por DJ McCarty, Filadelfia, Lea&Febiger, 1985, pp 1494-1514  
XXII.- Di Giovine FS, Malawista SE, Nuki G, Duff GW. Interleukin 1 (IL-1) as a mediator of cristal arthritis: stimulation of T cells and synovial fibroblasts mitogenesis by urate crystal induced IL-1. J Immunol 1987;138:3213-3218  
XXIII.- Roberge CJ, Gras J, De Medicis R. Cristal – neutrophil interaction leads to interleukin 1 synthesis. Agents Actions 1991;34:38-41  
XXIV.- Guerne PA, Terkeltaub R, Zuraw B, Lotz M. Stimulation of IL-6 production in human monocytes and synoviocytes by inflammatory microcrystals. Arthritis Rheum 1989;32:1443-1452  
XXV.- Di Giovine FS, Malawista SE, Thornton E, Duff GW. Urate crystals stimulate production of tumor necrosis factor from human blood monocytes and synovial cells. Cytokine mRNA and protein kinetics, and cellular distribution. J Clin Invest 1991;87:1375-1381  
XXVI.- Telkertaub R, Zachariae C, Santoro D, Martín J, Peveri P, Matsushima K. Monocyte derived neutrophil chemotactic factor/IL-8 as a potential mediator of crystal-induced inflammation. Arthritis Rheum 1991;34:894-903  
XXVII.- Weinberger A, Schumacher HR, Agudelo CA. Urate crystals in asymptomatic metatarsophalangeal joints. Ann Int Med 1979;91:56-57  
XXVIII.- Agudelo CA, Weinberger A, Schumacher HR, Turner R, Molina J. Definitive diagnosis of gout by identification of urate crystals in asymptomatic metatarsophalangeal joints. Arthritis Rheum 1979;22:559-560  
XXIX.- Roualt T, Caldwell DS, Holmes EW. Aspiration of the asymptomatic metatarsophalangeal joint in gout patients and asymptomatic controls. Arthritis Rheum 1982;25:209- 212  
XXX.- Bomalaski JS, Lluberas G, Schumacher HR. Monosodium urate crystals in the knee joints of patients with asymptomatic nontophaceous gout. Arthritis Rheum 1986;29:1480-1484  
XXXI.- Gordon TP, Bertouch JV, Walsh BR, Brooks PM. Monosodium urate crystals in asymptomatic knee joints. J Rheumatol 1982;9:967-969

# 10 consejos básicos



## para prevenir el Síndrome de la Clase Turista

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

## Conclusiones del estudio Expert

# La artrosis **aumentará de manera significativa** el próximo quinquenio

TENER UN MAYOR CONOCIMIENTO DE CUÁLES VAN A SER LOS ESCENARIOS ASISTENCIALES, LOS TRATAMIENTOS, LAS NECESIDADES Y LAS DEMANDAS RELACIONADAS CON LA ARTROSIS EN LOS PRÓXIMOS 5 AÑOS, HA SIDO EL OBJETIVO DEL ESTUDIO EXPERT ARTROSIS, PATROCINADO POR EL INSTITU-

TO ZAMBÓN DE LUCHA CONTRA EL DOLOR EN ESPAÑA, **DECLARADO DE INTERÉS CIENTÍFICO POR LA SER** Y QUE HA CONTADO CON LA COLABORACIÓN DE LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS DE REHABILITACIÓN Y MEDICINA FÍSICA, MEDICINA RURAL Y GENERALISTA Y GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA.

Según el doctor Francisco Blanco, del complejo hospitalario Juan Canalejo de La Coruña, "se calcula en 5 millones las personas que presentan dolor por la artrosis, pero si se calculara midiendo el daño radiológico, posiblemente aumentara el número a 7-8 millones de personas". Según este especialista en los próximos años aumentará la artrosis secundaria, es decir, la originada por algún factor externo, como la obesidad y la práctica de deportes de contacto de alto riesgo, como el esquí o el fútbol.

Estas son algunas de las conclusiones del estudio Expert:

- La artrosis aumentará de manera significativa hacia el año 2010.
- Los factores de riesgo más determinantes son la edad superior a 45 años y la obesidad.
- Las articulaciones más afectadas serán, por este orden: rodilla, columna lumbar, artrosis combinada de rodilla, cadera y manos; cadera, columna cervical y manos.
- Se estima una mayor colaboración multidisciplinar.
- Se esperan mayores dotaciones en recursos terapéuticos y campañas de sensibilización.
- Los expertos consideran que todavía hoy no se cuenta con sufi-

cientos datos para realizar un tratamiento preventivo de la artrosis en la población que presenta factores de riesgo y no tiene datos sintomáticos como el dolor o los cambios radiológicos característicos de la enfermedad.

■ Los tratamientos que interfieren la progresión de la enfermedad proporcionarán una mejor calidad de vida.

■ Los tratamientos quirúrgicos adquirirán una mayor importancia el recambio de la articulación, la terapia celular (implantes de condrocitos) y otras técnicas endoscópicas reparadoras del cartílago.

■ Los afectados de artrosis deberán tener en cuenta otros tratamientos no farmacológicos, como la higiene postural, rehabilitación, utilización de calzado apropiado, reposo de las articulaciones dañadas; utilización de dispositivos ortopédicos, como bastón, plantillas y elementos auxiliares.

■ Se producirá una mayor investigación en las familias farmacológicas, como los SYSADOA.

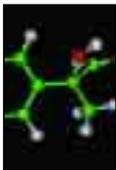
■ El estudio destaca también la necesidad de mejorar la relación médico-paciente para un mejor cumplimiento de los tratamientos, y una mayor información sobre las características de los fármacos.



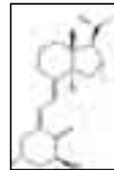
DR. JOSÉ CARLOS ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR  
SECCIÓN REUMATOLOGÍA. H. MARINA BAIXA. VILLAJOSYA. ALICANTE  
DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS  
SECCIÓN REUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE ONTENIENTE. VALENCIA

Fotos: Banco de imágenes de la SER

# Bibliografía Comentada



- AINEs y cardiovascular
- Aspirina e ibuprofeno
- Aspirina y cardiovascular



- Paracetamol en edad avanzada
- Vitamina D a los 100 años

## AINE

### Antiinflamatorios no esteroideos y riesgo cardiovascular

Recientemente se ha retirado del mercado el inhibidor de la COX-2, Rofecoxib, por confirmarse un aumento del riesgo cardiovascular. Los datos disponibles en la actualidad no afectan al otro fármaco inhibidor de la COX-2 comercializado en nuestro país, Celecoxib, donde los estudios realizados,

no han demostrado que existan diferencias respecto al riesgo cardiovascular con los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) clásicos.

Hay datos que señalan que los AINEs clásicos pueden reducir el riesgo cardiovascular, aunque también los hay que apuntan a que pueden interferir el efecto cardioprotector de la aspirina si se usan de forma combinada. Este efecto negativo se ha señalado especialmente con ibuprofeno.

En la actualidad pueden surgir diversas preguntas sobre estos aspectos: ¿aumento del riesgo cardiovascular al prescribir AINEs clásicos en mis pacientes?, ¿puedo asociar aspirina y AINE sin aumentar el riesgo cardiovascular?. Para algunos aspectos de estas preguntas ya disponemos de datos relevantes, aunque es un tema en discusión. A continuación comentaremos 2 publicaciones recientes que abordan este problema.

### La combinación de ibuprofeno y aspirina disminuye el riesgo cardiovascular

EL USO DE ASPIRINA E IBUPROFENO COMPARADO CON ASPIRINA SOLA Y EL RIESGO DE INFARTO DE MIOCARDIO.

NP Talal, KCh Goldberg. *Arch Inter Med* 2004;164:852-856.

Para evaluar la evidencia clínica de esta interacción negativa entre aspirina e ibuprofeno, los autores analizaron un estudio de casos y controles retrospectivo, en el que se incluyeron todas las prescripciones realizadas de aspirina y de ibuprofeno, durante el período de 1990 a 2000 en la farmacia del Centro Médico de Veteranos de Durham.

Los pacientes que usaban aspirina e ibuprofeno de

forma combinada fueron apareados frente a los pacientes que utilizaban aspirina sola por raza, sexo, edad y nivel de colesterol. Posteriormente se determinó la tasa de infarto de miocardio (IAM) según la exposición.

**Resultados.** De los 3.859 pacientes que recibían aspirina asociado a ibuprofeno (para un total de 52.139 pacientes-mes de uso de la medicación), 139 de ellos presentaron IAM. De los 10.239 pacientes que recibían sólo aspirina (de un total de 156.147 pacientes-mes de uso), 684 presentaron IAM.

El riesgo de IAM fue de 0.61 (95% Intervalo de Confianza -IC-: 0.50-0.73.  $P < 0.001$ ), favoreciendo al grupo que tomaba aspirina e ibuprofeno de forma simultánea. Un análisis de los pacientes que eran diabéticos, demostró una protección mayor del grupo de tratamiento combinado:

0.48 (IC 95%: 0.34-0.66.  $P < 0.001$ ). El análisis de los pacientes que estuvieron en los dos grupos de tratamiento, el riesgo de IAM durante el tratamiento combinado fue de 0.70 (IC 95%: 0.59-0.83.  $P < 0.001$ ).

Como **conclusión**, los autores destacan que no parece existir un riesgo aumentado de IAM entre los pacientes que toman de forma combinada aspirina e ibuprofeno comparado con los que toman aspirina sola.

En los últimos años, la mayor parte de las investigaciones, han señalado que el uso simultáneo de ibuprofeno y aspirina atenúa el efecto antiagregante plaquetario de la aspirina disminuyendo el efecto cardioprotector de la misma.

Los resultados de este estudio señalan todo lo contrario y además indican que el efecto protector de la combinación ibuprofeno con aspirina es mayor que el uso aislado de aspirina.

En nuestra opinión, los resultados de este estudio han de tratarse con gran cautela: en primer lugar por la metodología del trabajo dado que es un estudio de casos y controles retrospectivo; se revisan las historias de los pacientes con al menos dos prescripciones consecutivas de los fármacos estudiados y con este dato suponen adherencia al tratamiento (que intuyen elevada por ser militares y habitualmente conseguir la medicación en la farmacia del centro); no se tiene en cuenta la posibilidad de la compra de estos fármacos sin receta; el 97% de la población son varones, por tanto no puede aplicarse a la población general; no se analiza o se comparan por factores de riesgo cardiovascu-



lar; finalmente, cabe la posibilidad de ingreso en otros centros por IAM y no quedar reflejado en la base de datos del centro militar.

Por tanto sólo con los datos de este estudio en los pacientes en tratamiento con aspirina, si precisan un AINE, por el momento no se debe aconsejar el uso combinado con ibuprofeno teniendo la opción de otros AINEs.

Dr. José Rosas

## Los antiinflamatorios no esteroideos clásicos disminuyen el riesgo cardiovascular pero se reduce este efecto beneficioso si se combinan con aspirina

### EFFECTOS DE LOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS SOBRE EL RIESGO DE INFARTO DE MIOCARDIO NO MORTAL Y SU INTERACCIÓN CON LA ASPIRINA.

SE Kimmel, JA Berlin, Reilly M, et al. *J Am Coll Cardiol* 2004;43:985-990.

Los autores llevan a cabo un estudio de casos y controles prospectivo sobre los pacientes que ingresaron por su primer infarto de miocardio (IAM), para conocer si el uso de AINE se asocia con un menor riesgo de IAM y si pueden interferir (especialmente ibuprofeno) con el efecto cardioprotector de la aspirina.

**Resultados.** El uso de AINEs se asoció con una reducción significativa de IAM entre aquellos que no tomaban aspirina (Odds ratio -OR- ajustado, Intervalo de Confianza 95% -IC-: 0.53: 0.42-0.67). Este efecto se comprobó tanto para ibuprofeno (OR ajustado: 0.52, IC: 0.39-0.69) como para naproxeno (OR ajustado: 0.48%, IC: 0.28-0.82).

Sin embargo, la aspirina utilizada de forma aislada también presentó efecto protector (OR ajustado: 0.79. IC: 0.63-0.98), aunque desapareció este efecto al combinarse con AINE (OR: 1.28, IC: 0.85-1.94. Valor de P de la interacción = 0.026). Esta disminución del efecto protector de la aspirina al asociarse a AINE, se evidenció con el aumento de la frecuencia de uso de AINEs (P de la interacción = 0.006), particularmente con el ibuprofeno (P = 0.018).

Entre los que utilizaban AINE de forma frecuente (4 días a la semana), la OR de uso de aspirina frente a no uso de aspirina fue de 2.04 (IC: 1.06-3.4). Para los que usaban aspirina y además ibuprofeno frecuente la OR comparado con los que solo usaban aspirina fue de 2.03 (IC: 0.60-6.84).

**Conclusiones.** Sin el uso combinado con aspirina, los AINE se asocian a una reducción de riesgo de IAM. En los sujetos que usan aspirina, los AINE no producen mayor protección. Se precisan más estudios para determinar el impacto clínico del uso de AINE con aspirina en la cardioprotección.

Este trabajo, a diferencia del anterior, tiene numerosas ventajas metodológicas; se trata de un estudio prospectivo; analiza el efecto a nivel de riesgo cardiovascular (IAM), de los AINEs de forma aislada y en combinación con aspirina; a diferencia de otros estudios similares, se realizó una entrevista con los pacientes (lo que asegura una información mejor y real) y por tanto se pudo controlar, a diferencia de otros estudios, el posible uso de estos fármacos sin receta; y se les indicó que trajeran los envases de la medicación que tomaron la semana previa a la reunión.

Los resultados de la investigación aporta datos de gran

interés: el uso de AINE (naproxeno o ibuprofeno) sin asociación a aspirina ejerce efecto cardioprotector. Sin embargo, refuerza la creencia de que al asociar AINE a la aspirina disminuye su eficacia cardioprotectora, aunque de nuevo al analizar los datos este efecto negativo se refiere especialmente a ibuprofeno (OR: 1.01, 0.47-2.02) con diferencia si el AINE utilizado es naproxeno (OR: 0.61, 0.17-2.21). Sin embargo, no queda aclarado el sorprendente resultado de mejor cardioprotección con AINE aislado comparado con aspirina aislada.

Por tanto a la preguntas del inicio, ¿aumento el riesgo cardiovascular al prescribir AINEs clásicos en mis pacientes?, la respuesta es que no aumento el riesgo cardiovascular si se administran sin asociarse a aspirina.

A la pregunta, ¿puedo asociar aspirina y AINE sin aumentar el riesgo cardiovascular?, la respuesta podría ser que se debería evitar esta asociación, pero en todo caso no se debería combinar aspirina con ibuprofeno. Parece claro que deberían realizarse los estudios adecuados para evaluar de forma definitiva estos aspectos de gran interés para la población general.

No se debería olvidar que en gran parte de la patología reumática en la que se plantea el uso de AINE, contamos en la actualidad con diversas estrategias que pueden intentar evitar esta situación: infiltraciones con corticoides, fármacos inductores de remisión o modificadores de la enfermedad, etc.

Dr. José Rosas

## Dosis elevadas de paracetamol pueden aumentar el riesgo de complicaciones gastrointestinales en pacientes de edad avanzada

**DETERMINANTES Y SECUELAS ASOCIADAS A LA UTILIZACIÓN DE PARACETAMOL VERSUS FÁRMACOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS TRADICIONALES EN UNA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES.**

*E Rahme, D Pettitt, J LeLorier. Arthritis Rheum 2002;46:3046-3054.*

Se trata de un estudio de cohortes retrospectivo realizado sobre las prescripciones a pacientes con edades igual o mayor de 65 años, durante los años 1994 a 1996, con objeto de comparar las tasas de eventos gastrointestinales (GI) (hospitalización, dispepsia, úlceras, profilaxis GI) con el uso de dosis elevadas frente a dosis bajas de paracetamol.

Se revisaron los historiales médicos y las prescripciones de paracetamol y de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) del año anterior. También se revisaron los factores de riesgo GI y los pacientes fueron categorizados en índices según los mismos.

Los determinantes de uso de paracetamol y las tasas de eventos GI, se identificaron por análisis de regresión, controlando duración de exposición, factores de riesgo individuales e índices de riesgo.

**Resultados.** En el estudio se incluyeron a 26.978 pacientes en la cohorte de AINE y 21.207 en la cohorte de paracetamol. Los determinantes para el uso de paracetamol frente a AINE (Odds ratio -OR-, 95% Intervalo de Confianza -IC-) fueron: hospitalización reciente (OR:8.6. IC: 7.7-0.5), tratamiento anticoagulante concomitante (OR: 3.2. IC: 2.7-3.8), edad superior a 85 años (OR: 2.3. IC: 2.1-2.4) y finalmente historia previa de eventos GI, especialmente aquellos que requirieron hospitalización (OR: 14.6. IC: 11.7-18.7).

Por otra parte, los índices no ajustados de hospitalización GI, úlcera y dispepsia fueron mayores en la cohorte de paracetamol. La aparición de eventos GI en los pacientes tratados con paracetamol fue dosis dependiente: 0.6 (IC: 0.5-0.7) para dosis < 650 mg/día frente a 1 (IC: 0.9-1.1) en los pacientes con dosis > 3.250 mg/día.

**Conclusiones.** En esta cohorte, el uso de paracetamol es más frecuente entre los pacientes con alto riesgo de eventos GI. Después de ajustar por riesgo, los pacientes que reciben dosis altas de paracetamol presentaron mayores índices de eventos GI frente a los que recibían dosis más bajas.

El uso de paracetamol es común para numerosos procesos en la práctica clínica cotidiana, especialmente para evitar la toxicidad de los AINE en pacientes con riesgo. Por otra parte, las guías de tratamiento de enfermedades reumáticas frecuentes en la población, como la artrosis, aconsejan su uso a dosis de hasta 4 gramos diarios. Sin duda el efecto secundario más frecuente del paracetamol es la dispepsia. Sin embargo, en los últimos años se han publicado estudios, principalmente observacionales, que apuntan a posible riesgo gastrointestinal con dosis altas de paracetamol, incluso similar a las dosis bajas de AINEs como ibuprofeno.

Estos hechos podrían explicarse porque el paracetamol a altas dosis se comporta como inhibidor, débil y reversible, de la ciclooxigenasa 1 (COX-1), afectando en alguna medida la protección de la mucosa gástrica inhibiendo las prostaglandinas y por tanto ser capaz de provocar efectos secundarios GI.

En nuestra opinión a la hora de interpretar los resultados



este trabajo presenta algunos puntos de debilidad; en primer lugar, no se trata de un ensayo clínico aleatorizado, sino de una revisión retrospectiva de los historiales clínicos y las prescripciones de fármacos, con las dudas metodológicas y menor nivel de evidencia que conlleva. En segundo lugar, el nivel real de uso de fármacos conseguidos sin receta médica, como es el caso del paracetamol y algunos AINE, solo puede ser una estimación. Finalmente, se hecha de menos una descripción mayor del tipo de patología o comorbilidad que presentaba la población analizada.

Sin embargo, aún con limitaciones, este estudio es atractivo pues resalta la realidad actual del uso del paracetamol; población mayor, que precisa analgesia y con factores de riesgo GI (edad, tratamiento anticoagulante, comorbilidad, etc). Específicamente en el estudio los determinantes para el uso de paracetamol frente a AINE fueron: edad > 85 años, uso de anticoagulantes orales e ingreso reciente por eventos GI.

Por otro lado, señala un hecho de interés y que habrá que determinar con claridad en el futuro por sus implicaciones: dosis altas del fármaco se relacionan con mayor riesgo de complicaciones que dosis bajas. Aunque esto último no parece ser extraño, puesto que es muy probable que en la práctica clínica habitual sean los pacientes con mayores riesgos y en muchas ocasiones más graves, donde se tiende a utilizar paracetamol, por su menor toxicidad y en este grupo, es muy probable que se alcancen con mayor frecuencia las dosis máximas. Por tanto en este grupo de riesgo descrito, el clínico deberá valorar la necesidad de medidas de protección GI.

Dr. José Rosas

## OSTEOPOROSIS

### La vitamina D a los 100 años de edad

*Niveles bajos de vitamina D, aumento del "turnover" óseo y fracturas óseas en centenarios.*

*Passeri G, Pini G, Troiano L et al. J Clin Endocrinol Metab 2005 ; 88 :5109-5115.*

El aumento de la esperanza de vida hace que aumente el porcentaje de población de mayor edad, incluyendo a los centenarios. El objetivo de los autores es estudiar el metabolismo óseo de 104 personas de edad superior a los 98 años y valorar qué intervenciones podrían ser útiles para evitar las fracturas osteoporóticas y la consiguiente discapacidad.

Para ello se evalúan 90 mujeres y 14 hombres que en los últimos tres meses no han padecido ninguna enfermedad aguda. Se les realizó una evaluación clínica, marcadores séricos de "turnover" óseo y ultrasonografía para la valoración de la masa ósea.

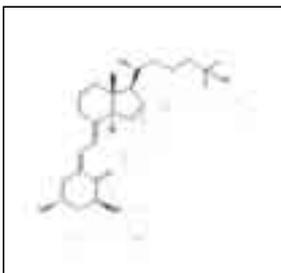
Entre los resultados destaca que 38 (36,5%) personas habían padecido a lo largo de su vida 55 fracturas, de las que el 75% podrían considerarse osteoporóticas. De éstas, 28

fracturas se localizaron en el fémur proximal, de las que el 50% acontecieron a partir de los 94 años de edad.

El 95% (99) de los ancianos tenían niveles indetectables de 25 OH- vitamina D. La PTH y el fragmento C terminal del colágeno tipo I estaban elevados en el 64% y el 90% respectivamente de los centenarios. También se detectó una tendencia a la hipocalcemia. La fosfatasa alcalina se encontraba en los límites superiores de la normalidad. La interleucina-6 sérica estaba elevada en el 85% de las personas y se correlacionaba positivamente con la PTH y negativamente con el calcio sérico. La mayoría de los centenarios tenía una ultrasonografía ósea con valores bajos que se relacionaban con marcadores de reabsorción ósea.

Los autores concluyen que las edades muy avanzadas se caracterizan por procesos metabólicos cuya fisiopatología se relaciona con el déficit de vitamina D, calcio sérico bajo y un hiperparatiroidismo secundario que aumenta la reabsorción ósea y la osteopenia severa. La administración de suplementos de calcio y vitamina D a esta población puede suponer una aproximación racional para evitar el aumento del "turnover" óseo, y evitar de esta forma las fracturas y la discapacidad resultante.

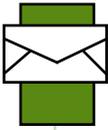
El interés de este artículo estriba en el hallazgo de un déficit evidente de vitamina D en los sujetos de 100 años, en un área del sur de Europa donde además la ingesta de productos lácteos no es despreciable. Por otra parte la mitad de los ancianos estudiados conservaban la capacidad para deambular y recibían alrededor de una hora de exposición al sol durante la mayor parte del año. Por ello se pone de relieve la importancia de factores que determinan una menor producción de vitamina D a diferentes niveles (piel, riñón) con el paso de los años, además de la escasa exposición al sol y un menor consumo de productos lácteos. La población



estudiada supone en estos momentos un porcentaje bajo, pero el aumento de la esperanza de vida hará que aumente su importancia en términos demográficos. El déficit de vitamina D es seguro que empieza en edades algo

inferiores, por lo que cabría plantearse si la determinación de los mismos o la administración de suplementos de vitamina D y calcio sería aconsejable en estos grupos de pacientes de edad avanzada. Nos encontramos por lo tanto con una población en la que existe un aumento del "turnover" óseo, en este caso por el déficit de vitamina D, y con una alta incidencia de fracturas de cadera. Es necesaria, por tanto, la realización de estudios que valoren si la suplementación es suficiente para disminuir la incidencia de fracturas, y si estos resultados se reproducen en otras áreas geográficas.

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

## Polimialgia o Fibromialgia

Soy una mujer de 64 años, hacía más de dos años que tenía dolores por todo el cuerpo, no podía vestirme o peinarme sola. Subir escaleras era casi imposible. Fui al reumatólogo, me hice unos análisis y me diagnosticaron de polimialgia reumática. Empecé un tratamiento con cortisona y he mejorado muchísimo. Tengo amigas que también tienen dolores por todo el cuerpo y les han diagnosticado de fibromialgia. ¿Me podrían explicar las diferencias entre las dos enfermedades?, ¿Serviría mi tratamiento para ellas?. Yo he mejorado muchísimo.

**A. Benito. Villena**  
(Alicante)

Aunque con nombres parecidos, son dos enfermedades muy diferentes. La polimialgia aparece en personas de más de 50 años y se manifiesta sobre todo por dolor en los músculos que hay alrededor de hombros y/o caderas. El dolor se acompaña de dificultad o imposibilidad para mover los hombros y/o las caderas. En general las manos,

codos, rodillas y pies no suele doler. Para estos pacientes son muy penosas actividades como subir o bajar escaleras, levantar los brazos por encima de la cabeza, levantarse de la silla o de la cama. Los análisis nos ayudan para establecer el diagnóstico pues casi siempre encontramos la velocidad de sedimentación por encima de los valores normales, también puede aparecer anemia y algunas otras anomalías menos frecuentes. El tratamiento se basa en la utilización de corticoides a dosis bajas. Este tratamiento es muy eficaz y los pacientes suelen presentar una rápida mejoría.

La fibromialgia aparece a cualquier edad, y se caracteriza por dolores en todo el cuerpo, fatiga, y mala tolerancia al ejercicio. En general no hay limitación en los movimientos de cada articulación aunque se provoque dolor. En este caso el resultado de los análisis es normal. El tratamiento se basa en ejercicio para mantener la forma física, analgésicos y antidepressivos. Los corticoides en esta situación no tienen efecto.

**Dr. José Ivorra**

## Dolores de crecimiento: ¿existen?

Mi hijo, de 10 años, desde hace 1 año tiene con frecuencia dolores en las piernas, que le despiertan. Le dura un rato hasta que se le pasa cuando le doy un masaje y a veces si tarda más, un antiinflamatorio. Al principio pensábamos que era del fútbol, pero vimos que también le ocurría en vacaciones y cuando no entrenaba. Le han hecho análisis y radiografías y no se ve nada anormal. Su pediatra nos dice que son dolores de crecimiento, aunque por nuestra preocupación y para estar más seguro nos ha enviado al reumatólogo.

**S. Santiago**  
(Cartagena)

Los llamados dolores de crecimiento existen, pero no son debidos al propio crecimiento.

Realmente se desconoce su causa. Con un ligero predominio en niñas, aparecen en general en el 15% de la población infantil, aunque con mayor fre-

cuencia entre los 3 y 5 años y posteriormente entre los 8 y 12 años.

En la mayoría de los niños se presentan de forma intermitente durante uno a dos años. Son dolores habitualmente localizados en las piernas, sobre todo muslos, que despiertan al niño y se suelen aliviar con masaje o con la toma de paracetamol o ibuprofeno.

Es un diagnóstico de exclusión, por lo que se precisa y se aconseja consultar con su médico y si hay dudas con el reumatólogo. La exploración general, análisis y radiografías son normales. El tratamiento aconsejado es el que usted describe; masaje y analgésicos.

Por otro lado, se debe tranquilizar a los padres puesto que este proceso nunca deja secuelas en el niño.

Si embargo, hay datos que su presencia nos deben hacer dudar de este diagnóstico: fiebre, inflamación de alguna articulación y la presencia de cojera. Los dolores de crecimiento NUNCA producen cojera.

**Dr. José Rosas**

## Lupus y cremas de protección solar

Mi hija tiene 16 años y en mayo de este le diagnosticaron un lupus eritematoso sistémico. Entre los consejos que nos han dado está el de evitar el sol y utilizar crema de protección solar total. Sin embargo, este verano he tenido muchas dudas, me he encontrado con muchas cremas o lociones con factores de protección altos. ¿En qué debo fijarme para elegir la mejor para mi hija?, ¿basta con una sola aplicación al día si no va a ir a la playa o a la piscina?

**L. Martínez**  
**Valencia**

Como norma general las cremas o lociones con factores de protección entre 15 y 30 pueden ser suficientes. Estas cifras se refieren a la protección frente a la radiación ultravioleta de tipo B (UVB). Como la radiación ultravioleta de tipo A (UVA) también es nociva para los pacientes con lupus eritematoso sistémico, debemos buscar expresamente la indicación de que la crema proteja frente a rayos UVA.

Otro aspecto a destacar es que la crema o loción debe aplicarse media hora antes de la exposición, para que se

absorba adecuadamente. Debe aplicarse por todo el cuerpo, y aunque no se vaya a tomar el baño es igualmente importante su aplicación en cualquier zona no cubierta por ropa. Es recomendable la utilización de gorras para cubrir el cuello cabelludo. La crema se disuelve y pierde su efecto tanto por acción del agua como del sudor, por lo que debe repetirse su aplicación cada 2 ó 3 horas si estos factores son importantes. Por ello a pesar de que el factor de protección sea muy alto debe repetirse su aplicación. Por ejemplo si se aplica la crema para salir por la mañana, debe repetirse la aplicación por la tarde si todavía va a exponerse al sol, con independencia del factor de protección solar.

Por último hay que recordar que las horas de mayor riesgo se encuentran entre las 10 y 15 horas, ello es debido a que en estas horas nos llega la mayor parte de la radiación UVB.

**Dr. José Ivorra**

## ¿Algunos fármacos pueden provocar gota?

Tengo 58 años y tomo varios medicamentos porque padezco de diabetes, colesterol alto, tensión alta y desde hace muchos años gastritis.

En el último año he tenido varios ataques de dolor importante en un pie y una rodilla que controlé en unos días con un antiinflamatorio.

Mi médico cree que es gota y me ha cambiado una de las pastillas que tomaba para la tensión alta porque puede aumentar el ácido úrico de la sangre y provocar gota. Mi duda es si esto es así y si puede ocurrir con más fármacos.

**A Toribio**  
**(Polop)**

En primer lugar, los datos que usted aporta coinciden con el perfil que con frecuencia vemos en pacientes con gota: varón adulto con episodios o ataques de muy probable artritis que afecta a una o pocas articulaciones y que cede en unos días con antiinflamatorios. No obstante, faltaría conocer un análisis general que incluyera el nivel de ácido úrico y la confirmación del diagnóstico de gota mediante la visualización de los cristales de urato en el líquido sinovial de la articulación.

Si embargo, en todo paciente con gota se deben valorar la presencia de factores precipitantes, especialmente los que se conocen que pueden elevar los niveles en sangre de ácido úrico. Uno de ellos es la presen-

cia de insuficiencia renal o el consumo de alcohol.

Algunos fármacos son un factor importante. De ellos el grupo más frecuente son los diuréticos utilizados para el control de la hipertensión arterial. Otros a tener en cuenta por su uso frecuente son: administración de aspirina a dosis bajas como protector cardiovascular, ciclosporina A, utilizados en el manejo de pacientes trasplantados; pirazinamida, en el tratamiento de la tuberculosis y la hormona paratiroidea recombinante, comercializada recientemente para el tratamiento de la osteoporosis.

En su caso, su médico ha actuado correctamente. Suponemos que se le ha retirado un fármaco diurético y posteriormente se comprobará qué ocurre con el nivel de ácido úrico en sangre. En ocasiones al retirar el fármaco hiperuricemian- te se consigue controlar el problema y se evita la aparición de gota y no precisa de más medicación.

**Dr. José Rosas**

## Antiinflamatorios y hepatitis

Tengo 50 años, hace un año tuve un episodio de dolor lumbar y el médico de cabecera me recetó un antiinflamatorio que

me fue muy bien. Al hacerme un análisis me comentó que las pruebas del hígado estaban alteradas, como si fuera una hepatitis, y que probablemente el causante de ello era el antiinflamatorio. Yo no noté nada, y al poco tiempo un nuevo análisis fue normal. Se descartó también que fuese algún virus y me hicieron una ecografía que también fue normal. Desde entonces no he vuelto a tener ningún dolor, pero me pregunto que si después de esto puedo utilizar de nuevo antiinflamatorios.

**J. Gil  
Castellón**

Entre los efectos secundarios de cualquier antiinflamatorio encontramos las alteraciones hepáticas, que en general no suelen ser importantes y desaparecen al retirar el antiinflamatorio. Es muy poco probable que se produzcan hepatitis graves y fallo hepático. Cuando se han detectado varios casos con un antiinflamatorio, en particular en general se ha suspendido la comercialización del antiinflamatorio.

En su caso podría utilizar un antiinflamatorio distinto al que le provocó las alteraciones, y mucho mejor si es de otra familia química, para ello debe consultar con su médico que conoce la clasifica-

ción de los antiinflamatorios según su estructura química. Sería recomendable realizar un control analítico para comprobar que no le provoca ninguna alteración en el hígado. También es importante evitar, al menos mientras se utilicen antiinflamatorios, el consumo de sustancias tóxicas para el hígado como el alcohol. Por último debe valorarse si en ese momento se están empleando otros medicamentos que puedan afectar al hígado.

**Dr. José Ivorra**

### ¿Puedo tener gota con el ácido úrico en sangre normal?

Tengo 52 años y mi trabajo es de mecánico. A mi padre le diagnosticaron de gota hace años, porque tenía dolores en algunas articulaciones, a veces muy intensos que le impedía andar, y tenía el ácido úrico de la sangre elevado. Hace 1 mes se me hinchó un tobillo y estuve varios días con dolor y con dificultad para apoyar el pie. Me están investigando y me han dicho que puede ser gota, pero el ácido úrico de mi sangre es normal. ¿Puedo tener gota con el ácido úrico en sangre normal?.

**L. Moreno  
(Altea)**

La respuesta a su pregunta es "sí", pero con algunas matizaciones. Es cierto que la gota se suele acompañar de niveles elevados de ácido úrico en sangre. Sin embargo, si hacemos el análisis durante el ataque agudo de gota, alrededor del 20% de los casos el nivel en sangre de ácido úrico puede ser normal, aumentando habitualmente en los meses posteriores. Esta sería una de las razones para realizar siempre la confirmación del diagnóstico, mediante la visualización de los cristales de urato monosódico en el líquido sinovial, que da certeza absoluta al diagnóstico de gota, con independencia del nivel en sangre de ácido úrico. Además la combinación de normouricemia y ausencia de cristales en el líquido sinovial en un paciente con artritis, nos debe provocar replantear el diagnóstico de gota hacia otras posibilidades diagnósticas.

**Dr. José Rosas**

### ¿Las mujeres en edad fértil no padecen gota?

Tengo 31 años y trabajo de cocinera en un hotel. Desde hace tiempo, con frecuencia me duelen los pies, sobre todo al final del día. Suelo tomar para esto algún analgésico y si

es intenso un antiinflamatorio, aunque no me gusta tomar pastillas. Como mi padre ha tenido gota, mi marido me dice que mis molestias pueden ser por gota. Sin embargo, mi médico de cabecera me dice que no, sobre todo porque las mujeres antes de llegar a la menopausia no tienen gota. Me gustaría saber otra opinión.

**F Corcuera  
(Benidorm)**

Como es lógico, su médico de cabecera tiene razón. Por un lado porque las molestias que usted nos cuenta no son típicas de la gota, que se caracteriza por ataques agudos, habitualmente invalidantes. Por otra parte, aunque no se conoce bien el porqué, las mujeres antes de la menopausia no tienen gota a no ser que haya fármacos o enfermedades muy concretas que puedan provocarla. Probablemente las hormonas femeninas tengan un efecto protector, que se pierde en la menopausia. Por otra parte, respecto a sus molestias, le aconsejamos que consulte con su médico. El hecho de que aparezcan al final del día hace pensar que un factor desencadenante puede estar en relación con las características del tipo de trabajo que desempeña.

**Dr. José Rosas**



## Segunda monografía SER, con la colaboración de **Wyeth**

“Espondiloartritis”, una revisión exhaustiva

**T**odo el conocimiento actual sobre las espondiloartritis se concentra en esta monografía, segunda de la serie iniciada por la SER, y que en esta ocasión ve la luz gracias a la colaboración de laboratorios Wyeth.

Para el Dr. Raimon Sanmartí, consultor de Reumatología del H. Clínic de Barcelona y director de la serie, “se trata de una revisión exhaustiva de los diferentes temas, con el firme propósito de actualizar nuestros conocimientos sobre las espondiloartritis, o espondiloartropatías, un grupo de enfermedades interrelacionadas, que en su conjunto tienen una prevalencia en la

población general mayor que la observada en la artritis reumatoide”.

A través de 24 capítulos, divididos en ocho bloques, diversos autores nacionales, con amplia experiencia en el manejo de enfermos espondiloartríticos o con contribuciones relevantes en el campo de la investigación, han hecho un esfuerzo notable por recoger toda la información disponible hasta la actualidad, tratando los diferentes temas en profundidad e intentando focalizar la atención sobre los aspectos más relevantes. Así, se tratan aspectos más básicos (bases moleculares de la asociación entre el HLA-B27 y

las espondiloartritis, genética de la artritis psoriásica, etc.) junto a aspectos puramente clínicos (manifestaciones articulares y extraarticulares de las distintas espondiloartritis) o terapéuticos (desde los tratamientos clásicos hasta las nuevas terapias biológicas). “Creo sinceramente –subraya el Dr. Sanmartí en la introducción– que el lector encontrará en esta monografía una visión actualizada y completa de la espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, artritis reactiva, etc, que le puede ser útil en su práctica diaria o simplemente para profundizar en el conocimiento de estas enfermedades.”

**L**a Sociedad Española de Reumatología estuvo presente en la Feria de Salud, Fisalud, que se celebró en Madrid del 25 al 28 de noviembre. El interés del público por las enfermedades reumáticas quedó patente por el número elevado de visitantes que recibió el stand. Y así lo demuestran las 1.200 desintometrías realizadas durante los días que duró Fisalud, las 600 ecografías, 500 capilaroscopias y más de 800 consultas. “Queríamos un stand –señala el doctor Tornero– que contara con un área formativa y que, a la vez, fuera un escaparate de la información y técnicas aplicables al estudio de las

## El stand de la SER, uno de los más visitados en **FISALUD**

enfermedades reumáticas.”

Para llevar a cabo esta actividad se contó con la colaboración de reumatólogos como los doctores Eugenio de Miguel, Antonio Torrijos, Francisco Ginés, José Antonio Martínez...) que coordinaron equipos de mañana y tarde. También estuvo presente todo el personal de la sede de la SER.

Continuamente se estuvo pro-

yectando un vídeo informativo sobre las características de las enfermedades reumatológicas.

La actividad en el stand se completó con las conferencias de los doctores Eliseo Pascual “La gota, una historia interesante”; y los doctores Javier Ballina, Jesús Tornero y Armando Laffón, sobre “Mitos y realidades en las enfermedades reumáticas”.

ESTUDIO PRESENTADO EN EL CONGRESO AMERICANO DE REUMATOLOGÍA

# Enbrel® (etanercept) mantiene su eficacia y seguridad en AR durante más de siete años

**E**nbrel® ha demostrado mantener su eficacia y excelente perfil de seguridad en pacientes con artritis reumatoide durante más de siete años, según resultados presentados en la última reunión del American College of Rheumatology (ACR-04). Actualmente se dispone de datos a largo plazo sobre la eficacia y la seguridad en pacientes con AR precoz (duración de la enfermedad de 3 años o menos) y en aquellos con AR evolucionada que han fracasado a, al menos, un fármaco modificador de la enfermedad (FAME). Se han analizado 536 pacientes con AR tratados con Enbrel® durante, al menos, 7 años consecutivos (de ellos, 117 ya estaban en el octavo año de tratamiento continuado). Los pacientes incluidos en estos estudios abiertos de seguimiento a largo plazo fueron los que habían participado en los ensayos clínicos de Enbrel® en AR (tanto de Norteamérica como de Europa).

## EFICAZ Y SEGURO A LARGO PLAZO

Las conclusiones de los datos presentados en el ACR-04, obtenidos de poblaciones de pacientes con AR globalmente a nivel mundial, muestran que Enbrel® es seguro y eficaz en el tratamiento continuado a largo plazo (más de 7 años). Las mejorías en las respuestas clínicas, los datos de laboratorio y otros parámetros de actividad de la enfermedad se mantuvieron durante los más de 7 años consecutivos de tratamiento con Enbrel®, sin necesidad de incrementar la dosis/posología e, incluso, reduciendo la dosis del tratamiento concomitante (AINes, metotrexato, etc).



## Las tasas de acontecimientos adversos e infecciones graves permanecieron bajas y estables a lo largo del tiempo

Al mismo tiempo, el perfil de seguridad del tratamiento a largo plazo con Enbrel® continúa siendo excelente en los pacientes con AR: las tasas de acontecimientos adversos e infecciones graves permanecieron bajas y estables a lo largo del tiempo, y no se observó toxicidad acumulada con el uso a largo plazo de Enbrel®.

## SEGURO INCLUSO EN COMORBILIDAD

Por otra parte, un ensayo clínico con Enbrel®, desarrollado para valorar la seguridad y tolerancia en pacientes

con AR que además presenten comorbilidad, se interrumpió antes de su finalización porque se observó un número demasiado bajo de efectos adversos para analizar, según informó en la reunión del ACR-04 el Dr. Scott W. Baumgartner (Spokane, Wash).

El objetivo de este estudio era determinar la tolerancia y seguridad del tratamiento con Enbrel en pacientes con AR que, además, presenten otras enfermedades crónicas (diabetes, EPOC, etc) que les predisponga a padecer más infecciones. Se planificó incluir a 1.000 pacientes en este estudio doble ciego, controlado con placebo. El 40% padecía diabetes y el 42% EPOC. Cuando todavía sólo se había aleatorizado a 535 pacientes en el estudio, se determinó su interrupción porque el índice de infecciones observadas en los dos grupos (Enbrel® vs placebo) era similar y no había ninguna probabilidad de que hubiera diferencias aunque se incluyeran todos los pacientes.

## Nuevos datos muestran la eficacia de adalimumab en la artritis psoriásica

Los resultados de un estudio fase III muestran que los pacientes con una artritis psoriásica (AP) activa en los que había fallado el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, lograron una mejoría significativa en los signos y síntomas tanto a nivel articular como en la piel tras el tratamiento con adalimumab. El estudio, presentado en la reunión anual del Congreso Americano de Reumatología, destaca que los pacientes experimentaron una respuesta mantenida a las 12 semanas. En el seguimiento a las 24 semanas, cerca de una cuarta parte de los pacientes lograron un 70% de mejoría en signos y síntomas, y un 42% de los pacientes lograron un 90% de reducción en la actividad de la enfermedad.

### EFICACIA Y SEGURIDAD

En este estudio controlado a doble ciego se valoró la eficacia y seguridad de adalimumab en 313 pacientes con artritis psoriásica en los que había fracasado el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos. Los pacientes recibieron adalimumab (40 mg) administrado de forma subcutánea cada quince días o placebo. En el grupo de pacientes tratados con adalimumab, la mejora en los signos y síntomas de la artritis fue rápida. El 27% de los pacientes lograron una respuesta ACR20 tras dos semanas de tratamiento, cifra que superó el 50% tras cuatro semanas comparado con el 6% y el 9% respectivamente de los enfermos del grupo control. Tras 24 semanas, el 39% de los pacientes tra-

tados con adalimumab alcanzaron una respuesta ACR50 y 23% una respuesta ACR70 frente al 6% y 1% del grupo placebo.

Estos resultados refuerzan el proyecto de Abbott Laboratories de solicitar la aprobación a la FDA y la EMEA para esta nueva indicación.

Los estudios epidemiológicos indican que la artritis psoriásica afecta hasta a un 30% de los paciente con psoriasis, una enfermedad de la piel crónica y no contagiosa. Los síntomas habituales de la AP incluyen diversos grados de actividad de la psoriasis junto con inflamación, dolor y engrosamiento de las articulaciones que pueden producir una disminución de la movilidad y una destrucción articular que puede llegar a ser severa.

## Zambon y Q-Med se unen para introducir tecnología NASHA en artrosis

La compañía farmacéutica Zambón y Q-Med, compañía biotecnológica sueca, se han unido para introducir por primera vez en España y Portugal la tecnología NASHA en artrosis. Este acuerdo permite hacer llegar al médico y pacientes una nueva generación de tratamientos que se distinguen por no producir alergias y ofrecer una mayor resistencia a la biodegradación, prolongando así su actividad en el cuerpo humano.

El paciente con artrosis será el principal beneficiado, ya que en una sola administración de ácido

hialurónico (Durolane) verá aumentada de forma sustancial su capacidad de movilidad, a la vez que percibirá una notable reducción del dolor que produce la artrosis. A diferencia de otros ácidos hialurónicos, el obtenido con tecnología NASHA puede permanecer durante más de 8 semanas en la articulación de rodilla y de cadera, actuando como amortiguador y barrera física, protegiendo la cápsula sinovial frente a la inflamación.

El ácido hialurónico es un elemento que existe de forma natural en todos los organismos vivos y que el cuerpo humano utiliza

para mantener el volumen en el tejido y lubricarlo, de manera que permite proteger las células.

El dolor directamente asociado a la artrosis afecta al paciente cuando las articulaciones experimentan una reducción de líquido sinovial y de concentración de ácido hialurónico. La infiltración de este producto en la articulación afectada por artrosis aporta una serie de beneficios al paciente porque reduce los síntomas y el dolor y mejora su movilidad a corto-medio plazo. De este modo se consigue una progresión más lenta de la artrosis.

DR. JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ SUEIRO

# Fritz Lang

## Redescubrir a uno de los grandes del cine

**F**ritz Lang (Viena 1890, Estados Unidos 1976), es sin duda uno de los más grandes directores de cine de todos los tiempos. Su obra puede dividirse en dos períodos bien definidos. En Alemania, en los estudios de la ya mítica e imperecedera UFA, dirige obras maestras de la historia del cine, ocupando por derecho propio un papel relevante en el expresionismo alemán: "Metrópolis", "La mujer en la luna", "Los Nibelungos" "M el vampiro de Dusseldorf" o "El testamento del Dr Mabuse", son sólo algunas de las imperecederas obras legadas por este maestro del séptimo arte a la humanidad. Tras la ascensión y posterior triunfo del nacional-socialismo en Alemania, es conocida su dramática entrevista con el Dr. Goebbels, a la sazón ministro de propaganda del régimen. Tras la inquietante conversación, no hay dudas en Lang: al salir del ministerio se dirige directamente a tomar un tren que lo lleva a París, lejos del país que en los años venideros se transformaría en lo que premonitoriamente ya se intuía en las palabras de Mabuse (último film de esta época en Alemania): "Debemos hundir al mundo en las abismales



### Lang siempre tuvo un gran interés por el mundo del Oeste americano

profundidades del terror." Atrás queda Thea von Harbou, su mujer, coguionista y colaboradora con Lang de muchas de sus películas, deslumbrada por la pujanza del nuevo régimen.

Lang llega a París sin dinero, y es

ayudado por un selecto grupo de exilados, Pommer, los hermanos Siodmak, Wilder, Lorre. Dirige un filme menor (Liliom), tras lo cual firma un contrato con David O. Selznick y la Metro Goldwyn Mayer. En 1934 llega a los Estados Unidos.

Tras dos años trabajando con proyectos menores, Lang dirige en 1936 "Furia" (Fury), que es a su vez la primera película producida por Joseph L. Mankiewicz. Esta película con otras dos más constituyen lo que la crítica ha dado en llamar "tri-

logía social" y junto con M el vampiro de Dusseldorf serán los filmes preferidos del director. Para Lang el problema es la batalla del individuo contra las circunstancias, el combate contra las leyes, contra los imperativos que no nos parecen ni justos ni apropiados para nuestro tiempo.

#### DISCUSIONES CON MARLENE DIETRICH

Lang siempre tuvo un gran interés por el mundo del Oeste americano. Dirigió tres westerns, siendo "Encu-

bridora" (Rancho Notorious, 1952) su fundamental aportación al género. Esta película, protagonizada por Marlene Dietrich, acabó con discusiones entre él y la diva, lo que perjudicaría su amistad. La protagonista era una chica madura de salón, mientras que Marlene durante el rodaje se empeñaba en hacerse más y más joven. Lang describe así su relación con el western: "Me gustan los westerns, poseen una ética muy sencilla y muy necesaria. Se trata de una ética que no señalan los críticos porque son muy sofisticados. Pretenden ignorar que es algo muy necesario enamorarse realmente de una mujer y luchar por ella."

La llamada "tetralogía antinazi", es poco conocida en España, pese a que alguna de sus películas, como "El hombre atrapado" (Man Hunt 1941) es una de las grandes realizaciones del autor.

El cine negro también interesa a Lang, que dirigió dentro de este género un puñado de películas de gran calidad: "La mujer del cuadro" (The woman in the window 1944), "Perversidad" (Scarlett Street 1945) y "Los sobornados" (The big heat, 1953). Los dos primeros filmes pueden considerarse incursiones en el género psicológico, a donde regresará en un

## **El cine negro también interesa a Lang, que dirigió dentro de este género un puñado de películas de gran calidad como "La mujer del cuadro", "perversidad", "Los sobornados" y "Secreto tras la puerta"**

filme posterior, "Secreto tras la puerta" (Secret beyond the door 1947). El trío protagonista en "La mujer del cuadro" y "Perversidad" es el mismo: Edward G. Robinson, lejos de sus papeles de ganster; Joan Bennett, la mujer en torno a la cual se movilizan el pecado y la destrucción de los hombres que la rodean, y Dan Dur-yea, el mal sin paliativos.

## **La llamada "tetralogía antinazi", es poco conocida en España, pese a que alguna de sus películas, como "El hombre atrapado" (Man Hunt 1941) es una de las grandes realizaciones del autor**

### **¿QUÉ NO SE PUEDE DECIR DE UNA MUJER MALA?**

"Perversidad" es la versión de una obra teatral ya llevada al cine por Jean Renoir, "La golfa" (La chienne, 1931). Edward G. Robinson interpreta de manera magistral el papel de un simple cajero y pintor aficionado. Todo lo que le rodea es absolutamente mediocre y repulsivo, sin posibilidad de despertarse y recomenzar. Joan Bennet ejerce sobre Robinson y sobre el público una fascinación que es completamente comprensible. En la mayoría de las ocasiones poco se puede decir de una mujer buena: que es una buena madre, una buena esposa... Sin embargo, ¿qué no se puede decir de una mujer mala? Posiblemente estaríamos horas hablando de ella y planteando diversas cuestiones: ¿por qué es perversa?, ¿lo es realmente?, ¿tiene derecho a serlo?, ¿cuáles fueron las circunstancias?, ¿no son responsables los hombres? Estas son parte de las razones por las que puede afirmarse que "Perversidad" es una excelente película, dirigida por un maestro del séptimo arte. Rodada en blanco y negro, puede encontrarse la versión en inglés y en español en DVD. En estos tiempos en que el gran cine no abunda, esta es una buena oportunidad para redescubrir a uno de los grandes directores de cine relegado durante un tiempo al olvido, un director que en palabras de Truffaut "tenía un estilo implacable. Cada enfoque, cada movimiento de cámara, cada secuencia, cada movimiento de los actores es definitivo e inimitable".

# Suscríbese 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 9 a 14 ----- 15 €  
(ejemplares bimensuales)

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

Firmado:

### Forma de pago

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

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

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

## LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Empresas/Asociaciones

Denominación social ..... CIF .....  
Actividad principal .....  
Dirección ..... Población .....  
Provincia ..... C.P. ....  
Teléfono ..... Fax ..... E-mail .....  
Persona de contacto ..... Cargo .....

### Suscripción por 6 números

Números 9 a 14 ----- 25 €  
(ejemplares bimensuales)

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

Firmado:

### Forma de pago

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

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

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

PROF. DR. ANTONIO CASTILLO-OJUGAS

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

# Algo de reumatismo en un libro antiguo

## “Tractado llamado daño menor de la medicina” de Alfonso Chirino

Hace poco tiempo tuve que preparar una conferencia sobre los libros de Medicina editados en tiempo de Isabel la Católica, de cuya muerte se celebra este año el V Centenario. Se consideran incunables aquellos libros editados antes de 1500, pero hay autores (1) que creen que para España esta cifra debe ser ampliada hasta la primera e incluso la segunda decena del quinientos, dado que la técnica de impresión, el tipo de letra gótica, el papel, los grabados y otros detalles apenas variaron con relación a la cifra tope.

Y entre los poco más de cuarenta incunables de Medicina editados en España, lo que representa sólo un 3,75% de todos los libros incunables españoles (2), algunos reimpresos, hay pocos que son originales. La mayoría se refieren a impresiones de códices antiguos clásicos como Hipócrates, Galeno, Celso, Avicena, Averroes o Arnaldo de Vilanova, prácticamente editados en Europa mas no en España, pero aquí nos encontramos con obras de autores franceses, de la escuela de Montpellier (entonces feudataria del Reino de Aragón), como la Cirugía de Henri de Mondevile (1260-1320), “El Mondino” como le llamaban; maestro de Guy de Chauliac, que murió en 1368, llamado aquí “El Cauliaco”, cuya primera edición está hecha en Barcelona en 1492; o el tratado de Medicina de Gardonio, cuyo “Lilio”, de 1495, fue reimpresso, como los anteriores, hasta el siglo XVII.

Esto pone de relieve lo poquísimos que avanzó en Medicina en esos

siglos y, en verdad, sólo a partir de la “Fábrica” de Vesalio, en 1543, y “La Composición del Cuerpo Humano” de Juan Valverde de Amusco de 1556 (3), se puede decir que comienza el avance de la ciencia médica.

### OBRAS GENIALES ESPAÑOLAS

Como obras originales españolas destaco “Cura de la piedra y mal de ijada y cólica renal” de Gutiérrez de Toledo, en el que hace distinción entre lo que llamamos lumbalgia y el dolor renal, o bien, “El Sumario de la Medicina con un tratado sobre las pestíferas bubas”, de Francisco López de Villalobos, con la primera descripción de la sífilis. Ambos libros editados en 1498 en Toledo y Salamanca, respectivamente.

Ya sobrepasado el siglo, en 1506 aparece el “Tractado llamado menor daño de la Medicina”, “compuesto por el muy famoso maestro Alfonso Chirino, médico del rey don Juan II de Castilla y su alcalde y examinador de los físicos

y cirujanos de sus reynos”, en los talleres sevillanos de Jacobo Cromberger de Sevilla, posteriormente reimpresso varias veces. Este libro fue escrito por Chirino hacia 1420, o sea, casi un siglo antes, conservándose tres manuscritos de la obra, uno en la Biblioteca Nacional, otro en El Escorial y el tercero en la Biblioteca Menéndez Pelayo de Santander.

En la portada de lo obra figura un grabado xilográfico con San Cosme y San Damián, que fue ampliamente usado ya con anterioridad. La primera vez, encabezando el “Guido en Romance” de 1498 editado en Sevilla por los impresores Menardo Ungut y Estanislao Polono; la segunda, en ese mismo año, para el libro de Gutiérrez de Toledo ya comentado “Mal de piedra” y la tercera, ésta de Chirino de 1506.

He buscado en este libro, cuya edición realizó en 1945 la Real Academia Nacional de Medicina (4), lo referente a los reumatismos, que es muy poco, no más de lo

### BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Martín Abad, Julián.- Talleres de Imprenta y mercaderes de libros en España. Págs. 51-56, en “Creadores del libro del Medioevo al Renacimiento”. Ministerio de Cultura. Madrid, 1994. ● 2.- Grajel, Luis S.- La Medicina Española Renacentista. Ediciones de la Universidad de Salamanca, 1980. ● 3.- López Piñero, José M<sup>o</sup>.- La Medicina en la Historia. La Esfera de los Libros. Madrid. 2002.

comentado en otros libros de la época, cuya investigación serviría para un buen trabajo o tesis doctoral.

En este libro, tercero de esta obra, capítulo 40, habla de “la ciática que es dolor de anca y de la artética, que es dolor de las junturas” y que “la mayor parte vienen estos dolores de mucha flema y espesa”. Nada dice sobre los síntomas y entre los remedios preventivos aconseja que “para la ciática es dañoso asentarse en piedra ni en duro” y que “el agua que bebiere el que padecese deste mal, sea cocida con miel o anís o todo”. Refiere de esta manera mil remedios peregrinos y consejos, terminando con la fórmula



poco caliente y que no es mudado el color de la carne, pongan enzima la manzanilla y coronilla con talega o vexiga como dicho es” y “si el lugar está frío, pongan azeyte de ruda y de eneldo y de manzanilla o

**Alfonso Chirino**  
“Tractado llamado menor daño de la medicina”. Jacobo Cromberger. Sevilla, 1506.

hizo con dificultades económicas por lo cual empezó a ejercerla en cuanto pudo, mas como se diera cuenta de las estratagemas y ardides que usaban otros físicos para cobrar más a sus enfermos, inició una campaña contra los malos médicos pero en la Corte de Enrique III no le hicieron caso. Sin embargo, consiguió de su hijo Juan II ser tenido en consideración y ser nombrado “examinador de físicos y cirujanos de sus reynos”. Casó dos veces y testó en Medinaceli en 1429 muriendo poco después.

Muy interesante fue su amistad con el Marqués de Villena, hombre polifacético, tenido como nigro-

## Alfonso Chirino era natural de Cuenca donde se tiene noticias de su familia desde el siglo XIII

la de un emplasto de tocino, hojas de beleño, para cocerlo con harina de centeno en una olla con vino. Por supuesto, hay que sangrar la vena cerca de la artética “cuando los dolores son en persona rezia y no se quitan con los remedios sobredichos” y en la ciática, sangrar la vena del tobillo de ese lado.

El capítulo 50 se dedica a “La podagra y la gota en las manos y pies”. “Lo que acontece en pies y manos y rodillas, fácese de umores diversos mezclados en uno, los cuales no son entendidos y por ende, es grave a los médicos de remediar.”

Distingue tres tipos de artritis: “Si el lugar del dolor es muy caliente y bermejo y con muy rezio dolor, conviene sangrar una vez o más si menester fuere”. “Si el lugar fuere

cualquiera dellos y unto de gallina o de ánade, hecho emplasto”.

Más adelante señala “Item, para el dolor de la gota que sea de frío manifesto, tomen cebolla cocida en vino blanco y exprimida; frotan con el zumo y polvoricen con pimienta molida encima y tengan presta agua en la que cuezan cominos y tomen della con esponja y esprímanla y póngala caliente sobre todo”. Como vemos, se citan remedios que todavía utiliza el vulgo, si bien, resumidos y menos complicados.

Alfonso Chirino era natural de Cuenca donde se tiene noticias de su familia desde el siglo XIII (5). En la Catedral existe una capilla con sus armas. No sabemos dónde estudió Medicina pero sí que lo

mante, que escribió cosas tan dispares como “Arte Cisoria”, es decir, el arte de trinchar las carnes o un “Tratado sobre la Lepra” que rebatió amigablemente Chirino. Este dedicó al Marqués la segunda parte de su libro “Sobre el regimiento de la Salud”, recomendándole como primera cosa “el comer y el beber templado”.

Alonso Chirino escribió otra obra, “Espejo de Medicina”, del que se conservan dos ejemplares, uno en la Biblioteca Nacional y otro en la Academia de la historia y sólo fue publicado en el mencionado volumen de la Real Academia de Medicina. Es un tratado de tipo moral y filosófico en el que no he podido encontrar referencia a las enfermedades reumáticas.

ERNESTO PLAZA  
SOCIÓLOGO

# Reum@tismos



## LIGA REUMATOLÓGICA ESPAÑOLA (LIRE)

<http://www.lire.es>

Web renovada de la Liga Reumatológica Española. Destaca su sección "Sobre Enfermedades Reumáticas", con un apartado para pacientes, preguntas frecuentes, información sobre dietas y enfermedades y enlaces. En el área "Lire" pueden consultarse, entre otros, publicaciones, memorias y un listado de Asociaciones y Ligas Autonómicas ligadas a la LIRE. Otras secciones de interés: Eventos, Noticias y Revistas (descargas en PDF de "Lire" y "Rheuma").

### EN DETALLE DIETA CONTRA LA ARTRITIS

(Click en *Sobre Enfermedades Reumáticas*, y luego en *Diets and Diseases*)

Dietas recomendadas para enfermos de gota, osteoporosis y artrosis, con el objetivo de mejorar el tono muscular y la resistencia, y así soportar mejor los efectos de la enfermedad y su tratamiento.



## NATIONAL OSTEOPOROSIS FOUNDATION (NOF)

<http://www.nof.org>

Web de esta fundación norteamericana dedicada a la osteoporosis y la salud del hueso. Dispone de noticias, información para el paciente en "About Osteoporosis", "Prevention" y "Patient Info" y recursos para profesionales. Las demás secciones están más centradas en la propia organización: About NOF, Join NOF (para suscribirse), Advocacy (colaboración con la Fundación) y NOF store (venta al público de productos).

### EN DETALLE INFORMACIÓN SOBRE OSTEOPOROSIS

(Click en *"About Osteoporosis"*, *"Prevention"* y *"Patient Info"*)



En estos apartados el visitante puede informarse sobre la enfermedad, el hueso, los factores de riesgo, el calcio y la vitamina D, medicamentos disponibles, osteoporosis en el hombre y en la mujer, prevención ante las caídas, consultar a expertos, ver preguntas frecuentes, etc.





## DOCTOR'S GUIDE – RECURSOS EN REUMATOLOGÍA

<http://www.docguide.com>

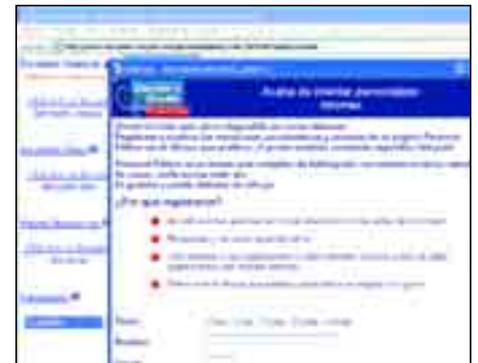
(Click en "Select a Channel" para elegir la especialidad)

Página de recursos para diferentes especialidades médicas. En el desplegable "Select a Channel" podemos seleccionar el tema que nos interese: Arthritis, Osteoporosis, Psoriasis, Rheumatoid Arthritis, Rheumatology... Cada uno de ellos posee una web propia que incluye enlaces a noticias, artículos, webcast (videoentrevistas de expertos) y casos clínicos.

### EN DETALLE TRADUCCIÓN AL CASTELLANO

(En la página de inicio, click en "Select Languages": Español)

Doctor's Guide está ahora disponible en varios idiomas, entre ellos el castellano. Mediante un registro gratuito se podrá acceder a los recursos actuales de Doctor Guides en nuestra lengua. Además, próximamente esta web añadirá un contenido específico para cada país.



## ERESALUD.COM – ENFERMEDADES MUSCULOESQUELÉTICAS

<http://www.eresalud.com>

(Click en Enfermedades, y luego en Enf. Musculoesqueléticas)

Sección dedicada a las enfermedades musculoesqueléticas de Eresalud, portal-buscador español especializado en el área sanitaria. Clasifica alfabéticamente todo tipo de recursos útiles (unos 400 en este tema): definiciones de términos y enlaces a noticias, artículos científicos, organizaciones e instituciones, bancos de imágenes, videos, foros, estadísticas, etc. Para búsquedas de un tema concreto, utilizar el buscador situado en la parte superior de la página.

### EN DETALLE DEFINICIÓN DE SÍMBOLOS

(parte inferior de la página)



En la parte inferior de la página, haciendo click en "símbolos" aparece una breve guía que indica a que tipo de contenido (imágenes, noticias, términos...) equivale cada icono que aparece en el margen izquierdo de los enlaces encontrados.

