



Síndrome de Raynaud del blanco al rojo



Entrevista

Dra. Patricia Carreira Delgado

Una experta en enfermedades reumáticas "raras"



Actualidad SER

La reumatología española, de nuevo presente en Fosalud

La SER informó y ofreció pruebas diagnósticas a los ciudadanos



ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA
Y COMUNICACIÓN

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

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

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

Compruebe el estilo que nos caracteriza en www.ibanezypalaza.com



ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN

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

Editor:

Dr. 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 Tomero 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.eswww.ibanezyplaza.com

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

**Coordinación Editorial,
Diseño y Maquetación:**
Ibáñez&Plaza Asociados

C/ Bravo Murillo, 81 (4º C)
28003 Madrid
Teléf.: 91 553 74 62
Fax: 91 553 27 62

ediciones@ibanezyplaza.com
reumatismos@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:

IMGRAF S.L.

DEPÓSITO LEGAL M-42377-2005
SOPORTE VÁLIDO 18/03-R-CM

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

- Abbott ■ Bayer ■ Gebro
- Ibáñez&Plaza ■ Lacer ■ Pfizer
- Schering Plough ■ Wyeth
- Zambón

Contra el lastre de los mitos una buena información

La ignorancia crea mitos. Y si éstos en algunas ocasiones pueden ser fuente de consuelo e inspiración, con más frecuencia dan lugar a falsas creencias que llegan a desplazar al argumento científico con riesgo evidente para el espíritu y para el cuerpo. Los mitos, los tópicos, las verdades a medias y los absurdos han invadido tradicionalmente el terreno de la medicina y la parcela de la reumatología ha sido seguramente una de las más contaminadas.

A la luz de la medicina basada en la evidencia, el Dr. Javier Ballina, en nombre de la SER, ha estructurado un decálogo de los mitos más usuales en torno a las enfermedades reumáticas y les ha dado adecuada y concisa réplica para conocimiento e información del paciente. Aunque, sin duda estas aclaraciones serán de utilidad asimismo para muchos profesionales de atención primaria, responsables del primer escalón del diagnóstico y el tratamiento.

**Dos herramientas
decisivas frente
a ellos:
diagnóstico
precoz y
fármacos cada
vez más eficaces**

Si hubiese que condensar en dos asertos las reflexiones que suscita este decálogo, nos inclinaríamos por recordar, en primer lugar, la necesidad imperiosa de un diagnóstico suficientemente temprano para detectar el mal emergente, y la actual disponibilidad de fármacos capaces de atajarlo de raíz. Todo ello apoyado en las herramientas de formación e información que la Sociedad Española de Reumatología pone hoy a disposición de los profesionales sanitarios, gracias en muchas ocasiones a la colaboración que le presta la industria farmacéutica con iniciativas de muy diversas índole pero siempre de indiscutible utilidad.

La reciente Encuesta de Salud Pública realizada por el Ayuntamiento de Madrid ha venido a subrayar algo que ya era conocido por las estadísticas globales referidas al Estado en su conjunto: artrosis, artritis y otros reumatismos, con un 17,8 por ciento del total, se sitúan a la cabeza de los principales problemas de salud de los adultos madrileños, por delante de afecciones tan comunes como hipertensión, colesterol, alergias o depresión.

Esta realidad da todavía más sentido a la campaña informativa 2005-2006 de la SER "La artritis no espera", destinada a mentalizar a la sociedad, tanto pacientes como médicos, sobre la necesidad del diagnóstico precoz. Porque sólo una buena y reiterada información será capaz de desterrar la rémora atávica de los mitos que sigue frenando el progreso de la salud en el ámbito de nuestra sociedad.

**La reumatología
es una de las
parcelas más
contaminadas de
la medicina por
los tópicos y los
absurdos**

NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2005
Nº 14 - AÑO 3

Síndrome de Raynaud del blanco al rojo



Entrevista
Dra. Patricia Carreira Delgado
Una experta en enfermedades reumáticas "raras"



Actualidad SER
La reumatología española, de nuevo presente en Fisalud
La SER informó y ofreció pruebas diagnósticas a los ciudadanos

Nuestra Portada

Enfermedades reumáticas menos frecuentes ocupan lugar protagonista en este número de "Los Reumatismos". Un documentado y bien expuesto trabajo del Dr. José Román Ivorra nos aproxima al fenómeno de Raynaud, que también es mencionado en su entrevista, junto a otras patologías "raras", por la Dra. Patricia Carreira Delgado, experta en estas enfermedades de menor epidemiología pero merecedoras de la mejor atención como cualquiera otra. El balance de la presencia de la SER en Fisalud es tema asimismo escogido para la portada de este número que cierra el año 2005, con los mejores deseos, sobre todo de salud, para nuestros lectores.

1 Editorial **Contra el lastre de los mitos una buena información** La ignorancia crea mitos. Y si éstos en algunas ocasiones...

3 Entrevista **Dr. Patricia Carreira Delgado** Servicio de Reumatología del Hospital 12 de Octubre, Madrid

7 Actualidad SER **La Reumatología española de nuevo presente en Fisalud** La SER informó y ofreció pruebas diagnósticas a los ciudadanos

8 Documentos SER **Mitos y realidades de las enfermedades reumáticas** Por el Dr. Javier Ballina Vicepresidente de la SER

15 Manuales SER **La SER y el Instituto Zambon presentan la primera guía pensada para el paciente con artrosis**

16 Programas SER **En marcha el programa EPICA en los hospitales de día de Reumatología** Educar al paciente

17 Encuesta **Salud pública en Madrid** Artrosis, artritis y otros reumatismos, a la cabeza de los problemas de salud

20 Reportaje **Fenómeno de Raynaud del blanco al rojo** Por el Dr. José Román Ivorra Jefe de Reumatología, H. U. Dr. Peset, Valencia

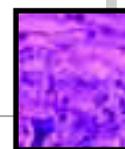
27 Bibliografía Comentada **Artritis reumatoide, artrosis, medicamentos, vasculitis...**

34 Los pacientes preguntan **¿Provocan vértigo las cervicales? ¿Qué decido sobre el consentimiento informado?...**

40 Noticias **El tratamiento con anti-TNFs no aumenta el riesgo de cáncer en AR · Los AINE disminuyen el riesgo de cáncer de boca...**

44 Humanidades **A propósito de la Enfermedad de Still** Una tesis doctoral sobre reumatismos infantiles de 1891

47 Recursos de reumatología en Internet **Reum@tismos: Áreas Temáticas: Dolor Musculoesquelético · Medicinenet.com**



DR. PATRICIA CARREIRA DELGADO

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE, MADRID

Una experta en enfermedades reumáticas “raras”

Texto e imagen Carmen Salvador

LA DRA. Patricia Carreira Delgado

ha orientado su labor clínica muy especialmente hacia las enfermedades sistémicas, como la esclerodermia, Raynaud, o el lupus. Lleva 25 años con pacientes afectados de estas enfermedades poco frecuentes, lo que la ha convertido en una de las mayores especialistas de Europa. Adjunta del Servicio de Reumatología del Hospital 12 de Octubre de Madrid, combina la investigación con la asistencia.

“**V**eo todo tipo de pacientes reumáticos, no solo sistémicos; veo osteoporosis, artrosis, artritis... Lo que ocurre es que después de tantos años me toman como referencia por la cantidad de casos atendidos de estas enfermedades consideradas raras. En la actualidad, y gracias a las nuevas tecnologías, se comparte mucho más la información médica entre los especialistas, lo que siempre se traduce en un beneficio para el paciente.”

La doctora Patricia Carreira nació en Madrid, estudió en el Hospital Puerta de Hierro e hizo la residencia en el 12 de Octubre. Fue secretaria de la Sociedad Española de Reumatología cuando ejercía la presidencia el Dr. Jordi Carbonell.

Como muchos otros especialistas, estuvo dos años en el paro, hasta que salieron las plazas y accedió a una de ellas en el 12 de Octubre. Era el año 81, cuando la sociedad española estaba conmocionada con el asunto del síndrome tóxico por el aceite de colza. “Vimos toda la fase aguda y luego la crónica de la enfermedad. Como en esta fase crónica empezaron a tener síntomas parecidos a la esclerodermia, con manifestaciones articulares, neuromusculares, etc, se creó un grupo de expertos. De este hospital salió la publicación más importante del síndrome tóxico. Vinieron expertos mundiales en esclerodermia y por razones que ya no recuerdo, siendo residente, y teniendo como jefe a Juan Gómez Reino, estuve en esa reunión. Allí se hablaba de la esclerodermia, una enfermedad por entonces muy desconocida para mí”

-¿Se llegaron a conocer las causas del síndrome tóxico?

-No se ha llegado a identificar exactamente la sustancia tóxica que provocó el síndrome. Hay una serie de datos epidemiológicos que apun-



“No se ha llegado a saber exactamente la sustancia tóxica que provocó el síndrome”

tan a las anilinas, pero no se sabe exactamente cuál, y sobre los mecanismos que llevaron al desarrollo de la enfermedad tampoco se conoce demasiado. Se sabe que había una lesión en el endotelio y que ello provocó una serie de alteraciones en muchos órganos, en el hígado, la piel, el sistema nervioso central, los músculos, las articulaciones... Era un síndrome con varios cuadros clínicos definidos, pero la fase crónica afectó a muchos más órganos, los enfermos tenían una mezcla de distintos síndromes. Hubo una manipulación en el aceite, para darle sabor se le añadieron una serie de sustancias; se desnaturalizaba, se volvía a naturalizar, y parece ser que ese proceso se hacía de forma habitual y hacía durante años, pero en alguna partida se pasaron de un sitio o de otro que no se conoce...

Hay unidades de seguimiento para estos pacientes o las ha habido hasta hace poco. Por lo general, han tendido a una mejoría espontánea,

pero todavía queda un grupo importante que tiene hipertensión pulmonar. En este hospital hay una Unidad de Hipertensión Pulmonar y, al menos un 10% de los pacientes puede ser del síndrome tóxico.

BECA EN ESTADOS UNIDOS

Después vino una beca de año y medio en Estados Unidos, en la Universidad de Carolina del Sur. “Estuve haciendo investigación básica sobre el aceite de colza, y fue allí donde me “aficioné” a la esclerodermia, con uno de los mayores expertos, Carwile Leroy, que falleció hace unos años.”

De vuelta al 12 de Octubre, comenzó a ver más pacientes con enfermedades sistémicas, “con inflamación y dolores articulares difusos, lupus, Raynaud, esclerodermia... Creo que hay muchos casos de fenómeno Raynaud, entre un 5 y un 10% de las mujeres jóvenes lo padece desde la adolescencia a la treintena. Y es muy frecuen-

Los enfermos del síndrome tóxico, por lo general, han tendido a una mejoría espontánea, pero todavía queda un grupo importante que tiene hipertensión pulmonar”

te en chicas jóvenes con anorexia, en concreto la acrocianosis, la sensación de frialdad constante, con sudoración. Raynaud se define por cuadros de vasoespasmos, es decir, las arterias se contraen y deja de llegar la sangre a los dedos, por lo que se quedan blancos, morados. Es una obstrucción por un espasmo. Por lo general, este cuadro de acrocianosis en chicas con anorexia no suele estar asociado a ninguna otra enfermedad”.

200 PACIENTES CON ESCLERODERMIA

El Hospital 12 de Octubre de Madrid lleva uno de los grupos más numerosos de pacientes con esclerodermia, “unos 200, que son muchos para una enfermedad tan rara, menos de un caso por cada millón de habitantes”.

La esclerodermia es una enfermedad sistémica que produce esclerosis (fibrosis) en los tejidos. “Cuando esta fibrosis se produce, no hay vuelta atrás, es una lesión permanente. Es una enfermedad que no tiene curación, como la mayoría de las enfermedades reumáticas, pero se pueden tratar los síntomas. Cuanto antes se traten los síntomas, antes podemos comenzar a evitar en lo posible esa fibrosis, porque si la enfermedad llega al tejido pulmonar o cardíaco, puede haber complicaciones graves. Muchas veces, por falta de conocimiento de la enfermedad, personal sanitario y pacientes no llegamos a tiempo. Sí podemos detectarla cada vez de forma más precoz, gracias a la presencia de anticuerpos antinucleares, que es una característica común de estas enfermedades. En cuanto al tratamiento, ahora se acaba de publicar el trabajo de un equipo americano que demuestra la eficacia del tratamiento con ciclofosfamida. Es un hito, no había ocurrido hasta ahora.”

AUNAR ESFUERZOS

La Dra. Carreira pertenece desde hace tres años al grupo europeo de esclerodermia EUSTAR, Eular Scleroderma Trials and Research. Es un grupo de reumatólogos europeos especialmente dedicados a la esclerodermia. Fue creado por el doctor Marco Martucci, de la Universidad de Florencia, al que conoció en la Universidad de Carolina del sur. Ha ido agrupando a expertos de toda Europa y está protocolizado el tratamiento de la esclerodermia.

Es una de las actividades con las que más ilusionada está en estos momentos. “Se ha creado una base de datos de pacientes europeos con esta enfermedad. Sólo en dos años tenemos casi 4.000. Es un ejemplo de colaboración magnífico. Hay una serie de proyectos de investigación tanto a nivel básico, como clínico, por ejemplo, de validación de criterios de actividad y de gravedad de la enfermedad, que necesitan de la cooperación de mucha gente, porque nadie va a tener suficientes enfermos como para hacerlo por su cuenta.”

“Se ha creado un ambiente de cooperación muy bueno y estoy muy ilusionada con todos los trabajos que salen de ahí. Hay varios proyectos de investigación clínica en los que estoy metida y hay otros de investigación básica que ya estamos formando en el campo de la biología molecular.”

En general, señala la doctora Patricia Carreira, las enfermedades sistémicas son “el ojo derecho”, no sólo la esclerodermia, “también las miopatías inflamatorias, el síndrome de Sjögren. Tenemos también una amplia experiencia con pacientes de lupus; de vasculitis, menos, porque hay muy pocos casos en nuestro país...”

-¿Cómo es, en su experiencia, la relación médico-paciente?

-Tenemos una sanidad muy accesible y todo el mundo quiere estar lo mejor posible, por eso cada vez acuden más a los servicios sanitarios con problemas menos serios. La población está más mentalizada respecto a las ventajas de la prevención, y los pacientes reumáticos no iban a ser menos. Nuestros pacientes tienen una gran confianza en nosotros, actuamos en muchos casos como su médico de cabecera, como el médico principal, sobre todo con los pacientes crónicos, que son la mayoría. Ante una gripe o un resfriado, antes de ponerse una vacuna o tomarse un medicamento que le ha mandado el médico de primaria, nos llama para asegurarse de que lo puede hacer, de que no es incompatible con su enfermedad o con el tratamiento que lleva. En general, tenemos una relación muy personal con ellos.

Cuando esta entrevista ya haya salido, la Dra. Carreira acabará de llegar de Florencia, de un congreso médico, y volverá a enfrentarse a las insufribles obras del hospital, como la mayoría de los casi 7.000 trabajadores del 12 de Octubre. Viajar es una de sus pasiones, pero los grandes viajes, la selva en Tanzania, Australia, donde tiene amigos, “pero no podrá ser hasta dentro de unos años; sí haremos antes alguna escapada con mis hijos a París”.

Además de viajera es una gran lectora, de todos los géneros, desde Harry Potter, “lo leo en inglés, y me parece una historia, a lo largo de todos los libros, muy consistente”, a los ensayos: “Ahora estoy leyendo “Ensayo sobre la lucidez” de Saramago y acabo de terminar la biografía de Lauren Bacall.” Y es de las que van al cine. “Me gusta mucho el cine francés, y de los nuestros el de Amenábar, que me parece fantástico, y Almodóvar.”

Se ha creado un grupo europeo, EUSTAR, con un registro de casi 4.000 pacientes de esclerodermia

LA SER INFORMÓ Y OFRECIÓ PRUEBAS DIAGNÓSTICAS A LOS CIUDADANOS

La Reumatología española de nuevo presente en Fisalud

Una vez más la Sociedad Española de Reumatología ha estado presente en la Feria Internacional de la Salud (IFEMA-Madrid, 1-4 de diciembre 2005) con el mismo espíritu que rigió su presencia en la pasada edición: informar a través de expertos a cualquier ciudadano, paciente reumático o no, acerca de cuestiones o dudas respecto a las enfermedades reumáticas; y al mismo tiempo ofrecer "in situ" pruebas diagnósticas. El balance de las pruebas realizadas y de las consultas satisfechas habla con elocuencia de la actividad realizada por la SER en Fisalud a beneficio de la comunidad:

- Capilaroscopias: 400
- Densitometrías: 800
- Ecografías: 600
- Informadores: 700

En el capítulo de la información se inscriben en lugar destacado la ponencia del Dr. Eliseo Pascual sobre "La gota, una historia interesante" y la conferencia que bajo el título "Mitos y realidades de las enfermedades reumáticas" pronunciaron los Dres. Jesús Tornero y Javier Ballina (presidente y vicepresidente, respectivamente, de la SER) en sendos días de la muestra.

Este año Fisalud ha coincidido con el pleno desarrollo de la campaña de la SER "La artritis no espera", que tiene como objetivo prioritario mentalizar a la población acerca de la necesidad del diagnóstico precoz de la artritis reumatoide, con vistas a atajar la patología en lo posible y reducir su impacto con un manejo adecuado, sobre la



base del arsenal de fármacos actualmente disponibles, que han demostrado eficacia y seguridad.

Como lemas de la campaña, la SER ha escogido dos expresivas llamadas de atención: "En los próximos años más de medio millón de personas padecerán artritis reumatoide", "El diagnóstico y el tratamiento precoz de esta enfermedad son esenciales para mantener la calidad de vida".

Esta nueva presencia de la Reumatología española con "puertas abiertas" a la ciudadanía ha coincidido asi-

mismo con la difusión de la Encuesta de Salud Pública realizada a 8.500 ciudadanos en el primer semestre de 2005 por el Ayuntamiento de Madrid (Madrid Salud). Se trata del sondeo más completo de los llevados a cabo hasta ahora sobre hábitos saludables en ciudades españolas y entre los datos de sus conclusiones figuran que la artrosis (17,8%), la hipertensión (17,3%), el colesterol (13,8%) y las alergias (12,3%) son, por este orden, los principales problemas de salud de los adultos madrileños.



DR. JAVIER BALLINA
VICEPRESIDENTE DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA (SER)

Mitos y realidades de las enfermedades reumáticas

Las enfermedades reumáticas no son algo moderno. Son tan viejas como la humanidad. El hombre siempre ha padecido de ellas. Se puede ver artrosis y gota en esqueletos que tienen miles de años de antigüedad. Quizás, la única excepción es la artritis reumatoide, que pudo haber llegado al mundo occidental tras la conquista de América.

Hemos escogido el siguiente decálogo de mitos erróneos, inexactos o ciertos sólo a medias, y les damos réplica a la luz de la medicina basada en la evidencia.

1) El reuma es una enfermedad. No solamente el reuma NO es una enfermedad, sino que el reuma no existe. Lo que existen son las enfermedades reumáticas. No se debe aceptar el diagnóstico de reuma. Un paciente tendrá artritis, artrosis o cualquiera de las enfermedades reumáticas, pero no reuma. Insistimos: el reuma no existe. Existen más de 100 enfermedades reumáticas distintas y son la primera causa de dolor e incapacidad en el mundo occidental.

2) El reumatismo es poco más que "un dolor de huesos" (es decir, un pequeño inconveniente)

Algo así como cuando tenemos

un resfriado, muy molesto pero banal... No. La realidad es muy distinta. Ciertamente, algunos procesos reumáticos son leves y curan solos o con una terapéutica simple. Sin embargo, otros muchos pueden ser procesos serios que amenazan no sólo el estilo de vida del paciente, sino también en algunos casos, la propia vida.

La artrosis de manos, columna o rodillas, la osteoporosis, las diferentes formas de artritis, el dolor lumbar crónico, e incluso, la fibromialgia, son enfermedades en las que el dolor o la inflamación causan una marcada pérdida de la calidad de vida y son la primera causa de incapacidad en todos los países occidentales. Además generan grandes gastos económicos, que son de tres tipos: directos (visitas al médico, gastos de farmacia, gastos en radiografías...), indirectos (si una persona no puede trabajar por su enfermedad, la sociedad le da una pensión de incapacidad) e intangibles (por ejemplo, contratar a un cuidador o arreglar la casa para que pueda circular una silla de ruedas... u otros muchos ejemplos).

3) No sabemos nada de las enfermedades reumáticas.

Esta aseveración es sencillamente falsa. Simples ejemplos de lo que la Reumatología conoce de estas enfermedades son que la osteopo-

rosis es una enfermedad en que la pérdida de estrógenos de la mujer hace que unas células del hueso, llamadas osteoclastos, se pongan a trabajar en exceso y dejen al hueso débil y con tendencia a romperse y producir fracturas. En la artritis son unas células de la sangre, los linfocitos, los que hacen que se produzcan una serie de sustancias que inflaman nuestras articulaciones. En la artrosis, en muchas ocasiones, es la obesidad mediante la sobrecarga que produce la que hace que el cartílago articular se degenera.

La reumatología emplea los métodos más modernos en el diagnóstico de las enfermedades. La ecografía, la tomografía axial o la resonancia nuclear magnética que nos permiten ver en el interior de las articulaciones, la densitometría que mide la cantidad de calcio de los huesos... y otras muchas.

4) Nada puede hacerse por los enfermos reumáticos. Es cierto, que muchas enfermedades reumáticas no curan, pero esto es algo que ocurre con la mayor parte de las enfermedades actuales en los países desarrollados. ¿Se cura la diabetes? ¿o la hipertensión arterial? Todos sabemos que no. En general, las enfermedades del mundo actual se diagnostican y se tratan, con lo que se pueden controlar y evitar que progresen, pero



Enfermedades tan severas como la artritis reumatoide o el lupus eritematoso implican a gente joven y pueden suponer severas limitaciones

no se pueden curar. Lo mismo sucede con los reumatismos. Sin embargo, algunas enfermedades reumáticas sí se pueden curar, especialmente todas las infecciones que asientan en los huesos y en las articulaciones.

5) Las enfermedades reumáticas son “cosa de viejos”. Este comentario también es falso. Las enfermedades reumáticas pueden afectar a cualquier edad, incluso a niños. Enfermedades tan severas como la artritis reumatoide o el lupus eritematoso implican a gente joven y pueden suponer severas limitaciones en una época de la vida en que estas personas se están formando o están desarrollando una vida llena de responsabilidades.

6) La causa del reumatismo está en el clima. No es así. Las enfermedades reumáticas se ven en todas partes del mundo y en todos los climas, y éste no influye más que discretamente en la apreciación de los síntomas.

7) La causa del reumatismo está en la dieta. En algunas otras enfermedades reumáticas la dieta puede ser importante sin llegar tampoco al extremo de poder

curarla. Así, en la osteoporosis es importante recibir una cantidad diaria de calcio, el cual se encuentra preferentemente en la leche y sus derivados. En la gota hay que restringir las purinas, sustancias que se encuentran en las carnes grasas y en la carne de caza y en los mariscos. En la artrosis, y en general en cualquier persona, es importante normalizar el peso corporal, ya que la obesidad está relacionada con la aparición de la enfermedad en manos, caderas y rodillas.

8) Mi padre sufrían de reumatismo, o sea que yo estoy condenado a padecerlo. La herencia juega un papel importante en la aparición de muchas enfermedades, y también en algunos tipos de enfermedades reumáticas, pero no es el único factor desencadenante. Como ya hemos venido comentando, otros factores, tales como el estilo de vida y los acontecimientos que se suceden durante la vida, también pueden determinar el desarrollo o no del reumatismo.

9) Si eres reumático, tienes que acostumbrarte al dolor. El dolor es una especie de sistema de alarma que nos dice que “algo no va bien”. El dolor crónico que motivan las enfermedades reu-

máticas puede estar causado por varios factores: inflamación, lesión de las estructuras articulares, fatiga o cansancio, y depresión o estrés. Cada tipo de dolor es diferente, y sobre todo, responde a diferentes tratamientos. Por ello, el reumatólogo siempre tiene recursos para controlar el dolor de los pacientes reumáticos, y hacer que no interfiera con su calidad de vida: medicación, masajes, relajación, ejercicio adecuado... En ningún caso hay que rendirse ante el dolor y pensar que hay que soportarlo como sea, porque no puede hacerse nada.

10) Los medicamentos para el reumatismo son más peligrosos que la enfermedad

Todos los medicamentos, no sólo los antirreumáticos, pueden tener efectos secundarios: los antiinflamatorios pueden producir lesiones en el estómago, los corticoides pueden descalcificar los huesos... . No obstante, cuando un medicamento se autoriza para ser prescrito por los médicos, tiene muchos estudios y ensayos clínicos que nos dicen, no sólo que es eficaz, sino sobre todo que es seguro para ser empleado en pacientes. Para evitar riesgos, no se automedique. Consulte siempre con su médico o reumatólogo.



La SER y el Instituto Zambon presentan la primera guía pensada para el paciente con artrosis

La Sociedad Española de Reumatología y el Instituto de Zambon de Lucha contra el Dolor han creado el manual "Artrosis: Guía de la enfermedad para el paciente", para que las personas con esta enfermedad se vean afectadas lo menos posible por la enfermedad y para que logren conseguir una calidad de vida lo mejor posible a partir de conocer su enfermedad y cómo aliviar sus efectos.

Dirigida sobre todo a pacientes y familiares, responde, en un lenguaje claro y sencillo, a las numerosas dudas de los pacientes con artrosis, la enfermedad reumática más frecuente y que representa la segunda causa de incapacidad permanente en nuestro país, tras las enfermedades cardiovasculares, con casi siete millones de españoles afectados.

Aparece sobre todo a partir de los 65 años y es más frecuente en

mujeres. Los síntomas de dolor intermitente van asociados a una atrofia músculo-esquelética que afecta a la calidad de vida del paciente y reduce su actividad laboral.

Puede aparecer en cualquier articulación, pero es más frecuente en los dedos de las manos, la

En lenguaje claro y sencillo quiere aclarar las dudas de los pacientes y mejorar su calidad de vida

rodilla y la cadera. Los principales enemigos de esta enfermedad, según señaló el doctor Javier Ballina, vicepresidente de la SER, en la presentación de la Guía, son la obesidad y ciertas actividades donde se sobrecargan las articulaciones.

La guía, que ha sido elaborada por especialistas de reconocido prestigio, como los doctores, Jesús Tornero, presidente de la SER;

Javier Ballina, Javier Paulino, Francisco Blanco-García, Santiago Muñoz, Enrique Batlle-Gualda, Pere Benito-Ruiz, Gabriel Herro-Beaumont, Emilio Martín Mola y la doctora Ingrid Möller, aborda los síntomas de la artrosis, dónde puede aparecer, cómo se puede diagnosticar y cuál es su pronósti-

co. También se incluye cómo puede mejorar la enfermedad y evitar que progrese, posibilidades de tratamiento con medicamentos y alternativas a éstos y cuándo se recomienda operar al paciente.

El manual también dedica un apartado especial a las recomendaciones que hace la Sociedad Europea de Reumatología acerca del mejor tratamiento para la artrosis de rodilla.

SE TRATA DE EDUCAR AL PACIENTE, MEDIANTE UNA REVISTA DIVULGATIVA, MIENTRAS RECIBE SU TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL DE DÍA

En marcha el programa **EPICA** en los hospitales de día de Reumatología

Expertos de la Sociedad Española de Reumatología, con la colaboración de Schering Plough, han puesto en marcha el programa EPICA, acrónimo de "Programa Educativo dirigido a Pacientes Inflamatorios Crónicos Auto-inmunes". Se trata de educar informando, a través de una revista que con lenguaje divulgativo explique al paciente todo lo que concierne a su enfermedad, en este caso la artritis reumatoide, mientras recibe su medicación en el hospital de día.

Como explican los responsables de la iniciativa, en las consultas médicas actuales el contacto entre médico y paciente no es, con frecuencia, todo lo profundo que sería deseable. A los enfermos lo que les preocupa por encima de todo es cómo integrar el control de su artritis en su vida diaria, para vivir lo mejor posible. Pero es frecuente que no reciban la información que esperan o necesitan, y no suelen participar en la toma de decisiones sobre su proceso. Una forma de solucionar este problema es propor-

cionar al individuo enfermo la capacidad y habilidades para adaptarse a su enfermedad, lo que se conoce como "educación sanitaria". La educación sanitaria ha demostrado que produce una serie de beneficios como incrementar la protección de las articulaciones, mejorar el dolor, la depresión, la incapacidad y el cumplimiento del tratamiento y disminuir el número de consultas médicas.

Este es el objetivo que se plantea EPICA, que estará presente en el hospital de día, a disposición del paciente, al ritmo del tratamiento pautado para la administración de infliximab.

El número 0 de la revista EPICA, con el que se pone en marcha el programa, presenta los siguientes contenidos:

- Artritis reumatoide: tres veces más frecuente en la mujer.
- Artritis psoriásica: más dolor al levantarse.
- Espondilitis anquilosante: dolor en reposo.
- Testimonio de Caridad (una paciente describe su experiencia con la Enfermedad de Still).
- Hospitales de Día de Reumatología (pasado, presente y proyectos del hospital de día del H.G.U. de Alicante).
- Psicología: la actitud ante la enfermedad, clave en su desarrollo.
- Rehabilitación en las artritis.
- 1 de Octubre, Día Mundial de la Artritis.
- Preguntas de los pacientes: dieta, psicología, vida sexual, embarazo, deporte.
- Sala de espera: balnearios, curiosidades, entretenimientos.
- Cuestionario para pacientes.



Artrosis, artritis y otros reumatismos figuran a la cabeza de los principales problemas de salud de los adultos madrileños, según los datos de la Encuesta de Salud Pública elaborada por el Área de Seguridad del Ayuntamiento de Madrid, y que fue presentada recientemente por el concejal responsable, Pedro Calvo.

La encuesta es considerada la más precisa y amplia de las realizadas hasta ahora en una ciudad española e incluye 8.504 entrevistas realizadas a domicilio en el primer semestre de este año.

El 76,5% de la población de la ciudad de Madrid, es decir, tres de cada cuatro personas, percibe su salud como 'excelente', 'muy buena' o 'buena', mientras que el 23,5% cree que es 'regular' o 'mala'. La percepción del estado de salud arroja datos más negativos en el caso de las mujeres.

TRASTORNOS CRÓNICOS

Entre los datos facilitados por Calvo figuran los trastornos crónicos que padece la población de Madrid: artrosis, artritis y reumatismos (17,8%); hipertensión (17,3%); colesterol (13,8%) y alergias (12,3%) son, por este orden, los principales problemas de salud de los adultos madrileños. La depresión o la ansiedad supone el quinto trastorno crónico en importancia y afecta a un 9,2% de la población de la ciudad. Además, el 19% de los adultos opina que padece alteraciones de salud mental.

El perfil que refleja la Encuesta de Salud Pública sobre los mayores de 65 años es el siguiente: el 62% son mujeres; el 17,6% vive solo; el 49,8% percibe su estado de salud como bueno, frente a un 12% que lo considera malo; el 91,7% de las mujeres entrevistadas sufre alguna enfermedad crónica, frente al 84,1% de los hombres, y la hipertensión es el primer problema cró-



Artrosis, artritis y otros reumatismos, a la cabeza de los problemas de salud de los adultos madrileños

nico (49,4%), seguido de la artrosis y otros problemas reumáticos (45%).

El 14,1%, lo que equivale a 83.000 personas, presenta dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. La proporción aumenta con la edad, de manera

El 35,1% de la población madrileña mayor de 16 años no realiza ninguna actividad física, cifra que asciende al 39,5% en el caso de las mujeres

que más de la mitad de los mayores de 85 años, más mujeres que hombres, son dependientes.

HÁBITOS DE VIDA

El 43,8% de los madrileños consume pescado tres o más veces por semana; el consumo de fruta fresca a diario es del 71,5% y el 85,4% consume lácteos cada día.

En cuanto a la actividad física, los índices revelan que el 35,1% de la población madrileña de 16 y más años es sedentaria, no realiza ninguna actividad física, cifra que asciende al 39,5% en el caso de las mujeres. El 45% de los mayores de 65 tampoco practica ejercicio (el porcentaje es del 51,8% entre las féminas). Respecto a los niños, el 39,4% no hace deporte nunca o menos de una vez al mes.



DR. JOSÉ ROMÁN IVORRA
JEFE DE SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA,
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. PESET, VALENCIA

Fenómeno de Raynaud del blanco al rojo

Descrito por primera vez por Maurice Raynaud en 1862, clínicamente se manifiesta por la secuencia de palidez, cianosis y eritema. Estos cambios de coloración se observan fundamentalmente en los dedos de las manos aunque también pueden verse en punta de nariz y punta de la lengua (partes consideradas como acras, las zonas más expuestas a los cambios de temperatura ambiente). Es habitual que además de este cambio de coloración de los dedos los pacientes describan sensación de entumecimiento de los dedos, hormigueo y dolor local en el momento de aparición del fenómeno de Raynaud (FR).

La palidez inicial es debida al vasoespasmo arterial, la cianosis se debe a la desoxigenación de la sangre y el eritema aparece como consecuencia de una hiperemia reactiva.

El origen de esta anomalía vascular no está totalmente aclarado, aunque el frío parece ser un desencadenante, tanto in vivo como in vitro, del aumento en sangre periférica de factor VIII von Willebrand en

pacientes con esclerosis sistémica, junto a otros productos de daño endotelial. Al mismo tiempo se liberan vasoconstrictores como tromboxano y endotelina. Esta última es además un estímulo profibrótico del factor beta de crecimiento (TGF beta). Así pues, ocurre una suma de eventos trombóticos e inflamatorios incluyendo la acción del TGF beta, productos de oxidación y agregación plaquetaria que producen la oclusión vascular. La célula endotelial con todo ello no es capaz de responder con normalidad a estímulos vasodilatadores como son la prostaciclina y el óxido nítrico.

TRASTORNO VASCULAR MUY FRECUENTE

El fenómeno de Raynaud es un trastorno vascular muy frecuente en la población general, su prevalencia en nuestro medio oscila entre el 2.8% y el 3.4% (varones y mujeres respectivamente). Puede aparecer de forma aislada (FR primario) o como un síntoma más de una enfermedad sistémica; en este caso decimos que el FR es secundario.

Diversos grupos de enfermedades pueden presentar este fenóme-





Arriba, a a izquierda: capilaroscopia normal. Las otras dos imágenes corresponden a una capilaroscopia con megaasas

no, como son las enfermedades autoinmunitarias, enfermedades con origen ambiental, enfermedades de los grandes vasos, procesos intravasculares, asociado a drogas y asociado a neoplasias (tabla 1). Aunque todas las enfermedades autoinmunitarias pueden presentar FR, la enfermedad que suele comenzar y cursar con mayor frecuencia es la esclerodermia, la cual se asocia a manifestaciones más graves dejando secuelas permanentes. Dentro de las enfermedades del tejido conectivo que pueden pre-

Cuando asocia fase cianótica de forma prominente, existe alta probabilidad de estar ante un FR asociado a enfermedad del tejido conectivo.

UN DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El diagnóstico del FR es fundamentalmente clínico. Son de ayuda la presentación al paciente de fotografías de FR para que pueda identificarse, ya que el uso de tests de provocación con frío no suelen reproducir el FR.

Se han reconocido factores que

Mantener caliente la piel es medida fundamental para prevenir el inicio del FR, y evitar el tabaco por el efecto vasoconstrictor que ejerce sobre los vasos es muy importante en estos pacientes

sentar FR destacan las de la tabla 2.

Hay que señalar que de las tres fases (blanca, azul y roja) no siempre se observan todas ni de forma secuencial; debido a ello, existe unanimidad en que sólo sería imprescindible la presencia de la fase asfíctica (en que no llega la sangre por espasmo de los vasos arteriales y por tanto se manifiesta como color blanco "exangüe") para establecer el diagnóstico.

predicen el desarrollo de una enfermedad autoinmunitaria en pacientes con FR:

- Anticuerpos Antinucleares positivos
- Capilaroscopia patológica (presencia de megaasas y de áreas avasculares) (figura 1 y 2)

La persistencia del FR de forma aislada durante más de 2 años se considera un factor de buen pronóstico. De ahí que es básica la concienciación de los médicos de



La palidez inicial es debida al vasoespasmo arterial, la cianosis se debe a la desoxigenación de la sangre y el eritema aparece como consecuencia de una hiperemia reactiva

atención primaria para que detecten y deriven a los Servicios de Reumatología a estos pacientes para ser estudiados y en su caso controlados de forma adecuada.

La mayoría de los FR suelen tener un desenlace benigno pero existen formas de FR primario y sobre todo de FR secundario en que estos episodios pueden prolongarse y acompañarse de lesiones isquémicas permanentes, como úlceras distales a nivel de pulpejos de los dedos fundamentalmente, y osteo-lisis (pérdida de hueso por falta de aporte sanguíneo).

PREVENCIÓN BÁSICA: MANTENER CALIENTE LA PIEL

El tratamiento del FR debe ajustarse a cada paciente y será más o menos agresivo en función de la intensidad del mismo y de la presencia o no de complicaciones. En general oscila desde el uso de medios de protección física contra el frío hasta el uso de medidas quirúrgicas, pasando por el uso de fármacos sistémicos de efecto vasodilatador.

Existen diferentes estrategias para prevenir y tratar el FR. Los casos leves no requieren tratamiento a excepción de las medidas de prevención. El mantener caliente la piel es medida fundamental para prevenir el inicio del FR. El aire acondicionado y la exposición a la refrigeración pueden desencadenarlo. En invierno, el uso de prendas de abrigo guantes y sombrero es esencial. Evitar el tabaco por el efecto vasoconstrictor que ejerce sobre los vasos es muy importante en estos pacientes. El ejercicio físico resulta provechoso para mantener caliente y flexible la piel. En aquellos pacientes en los que el FR se desencadene por ansiedad es recomendable técnicas de relajación. Las cremas hidratantes y pomadas antibióticas ayudan a mantener una piel más flexible así como evitar el que mínimas infecciones superficiales se conviertan en profundas. Los narcóticos y los betabloqueantes no selectivos pueden agravar el FR (tabla 3).

Las formas de FR primario sue-

len ser muy leves y es habitual un buen control con medidas de protección física y aplicación de vasodilatadores locales como es el nicotinato de metilo al 2% en forma de cremas o emulsiones.

El uso de terapia sistémica suele iniciarse ante casos resistentes a tratamientos locales básicos. En general vamos a utilizar fármacos vasodilatadores que actúan en diferentes puntos de la homeostasis del lecho vascular. De ahí que diferentes familias de fármacos son comúnmente usados. De ellos cabría destacar:

■ **Calcioantagonistas.** Son los más empleados al inicio del tratamiento. Concretamente el nifedipino a diversas dosis es el de elección. No obstante un metaanálisis reciente pone en evidencia que la mejoría conseguida suele ser moderada en la mayoría de los casos. Además no debemos olvidar que el FR en la esclerodermia va acompañado de otras manifestaciones en otros aparatos y sistemas y que pueden empeorar con el uso de algunos calcioan-

tagonistas; por ejemplo, el verapamilo es inotropo negativo, el nifedipino taquicardiza y empeora la dis-fagia y el diltiazem bradicardiza.

■ **Inhibidores de la enzima convertida de la angiotensina:** como son el captopril y el enalapril, los cuales además mejoran en pacientes con esclerodermia la perfusión renal y disminuyen la resistencia vascular pulmonar.

■ **Inhibidores de la angiotensina II.** Se han documentado algunos casos de mejoría del FR con losartán.

■ **Inhibidores de la fosfodiesterasa V,** como el sildenafil, el cual mejora el FR además de ser un buen fármaco para disminuir la presión arterial pulmonar.

■ **Prostanoides.** La prostaciclina es un metabolito del ácido araquidónico, sintetizado por el endotelio y con importantes propiedades vasodilatadoras y antiagregantes. Se han podido obtener prostaglandinas semisintéticas derivadas de la prostaciclina como son el epoprostenol, treprostrinil, iloprost, beraprost y cicaprost. Los dos primeros son de uso exclusivo para el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar;

El tratamiento del FR debe ajustarse a cada paciente y será más o menos agresivo en función de la intensidad del mismo

para ello es necesario usar bombas de perfusión endovenosa o subcutánea, respectivamente. Para el tratamiento del FR son destacables los trabajos con iloprost endovenoso mediante bomba de infusión de forma intermitente que demuestran la mejoría del FR así como de sus complicaciones y consiguen espaciar las dosis incluso llegando a suspender el tratamiento. Frente a esta incomodidad de recibir un tratamiento de forma endovenosa y por tanto con la necesidad de ingreso o de utilización del hospital de día aparecen prostaglandinas de administración oral como el beraprost y el cicaprost, cuya eficacia es más que cuestionable.

■ **Antagonistas del receptor de la endotelina I.** La endotelina I está considerada como un potente vasoconstrictor y estimulador de la proliferación de células musculares lisas. Sus concentraciones están elevadas en sangre periférica de pacientes con FR secundario. Se dispone de varias moléculas que bloquean los receptores de la endotelina I como son bosentán, ambrisentán y syxtasantan. De ellos el bosentán, un bloqueador dual de los receptores de la endotelina I, ya comercializado y con la indicación para hipertensión pulmonar idiopática y secundaria, ha demostrado su eficacia en el control del FR y de sus complicaciones, como son las úlceras digitales.

Por todo lo anteriormente dicho, habría que concluir que el FR debe ser precozmente identificado por los médicos de atención primaria, con el objetivo de ser derivados a los servicios de Reumatología especializados, ya que con un estudio oportuno se podrá detectar las formas de FR secundario y aplicar la terapia adecuada que evite la aparición de complicaciones propias del FR.

Datos sobre la enfermedad

Enfermedades asociadas a FR

- **Enfermedades autoinmunitarias**
- **Ambientales:** vibratoria, química, minería
- **Enfermedades de grandes vasos:** feocromocitoma, hipertensión arterial pulmonar, arteriosclerosis, angina inestable, tromboangeitis obliterante, tromboembolismo, síndrome del túnel carpiano
- **Procesos intravasculares:** síndromes de hiperviscosidad, policitemia, crioglobulinas
- **Drogas:** beta-bloqueantes, ergotamínicos, bleomicina, cisplatino, estrógenos-progestagenos, nicotina
- **Neoplasias:** estómago, esófago, páncreas, pulmón, riñón, ovario, próstata, mama, linfoma, leucemia linfocítica aguda.

Enfermedades autoinmunitarias que presentan FR

- Esclerodermia
- Enfermedad mixta del tejido conectivo
- Lupus eritematoso sistémico
- Síndrome de Sjögren
- Dermatomiositis/Polimiositis
- Crioglobulinemia mixta
- Artritis reumatoide

Medidas preventivas del FR

- Evitar exposición al frío (aire acondicionado y refrigeración).
- Uso de prendas de abrigo (guantes, sombrero)
- Abstención de tabaco
- Potenciar ejercicio físico
- Empleo de técnicas de relajación (si existe ansiedad)
- Uso de cremas hidratantes y pomadas antibióticas
- Evitar narcóticos y beta-bloqueantes no selectivos.

DR. JOSÉ CARLOS ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR SECC. REUMATOLOGÍA. H. MARINA BAIXA. VILLAJYOYOSA. ALICANTE

DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS SECCIÓN REUMATOLOGÍA. H. DE ONTENIENTE. VALENCIA

DR. JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ SUEIRO SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. H. U. JUAN CANALEJO. A CORUÑA

Bibliografía Comentada



- ARTRITIS REUMATOIDE
- ARTROSIS
- MEDICAMENTOS
- VASCULITIS

ARTRITIS REUMATOIDE

Prueba de tuberculina: imprescindible antes de tratamiento anti-TNF.

EFICACIA DE LAS RECOMENDACIONES PARA PREVENIR LA REACTIVACIÓN DE TUBERCULOSIS LATENTE EN PACIENTES TRATADOS CON ANTAGONISTAS DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL.

L Carmona, JJ Gómez Reino, V Rodríguez Valverde, et al y el grupo BIOBADASER. Arthritis Rheum 2005;52:1766-1772.

La incidencia en España de tuberculosis (TBC) es de 25 casos por 100.000 habitantes. En general, el 5% de los sujetos expuestos al bacilo tuberculoso desarrollan la enfermedad. Sin embargo, otro 5% pueden presentarla de forma tardía por reactivación de una infección latente. Esta última es la causa que se ha asociado al aumento de casos de TBC en los pacientes en tratamiento con fármacos anti-TNF.

En febrero del año 2000, la Sociedad Española de Reumatología inició un registro nacional de recogida de datos de los pacientes en tratamiento con fármacos antagonistas del TNF (BIOBADASER), para conocer y monitorizar fundamentalmente la seguridad de estos fármacos. Hasta la

actualidad se han incluido más de 4000 pacientes procedentes de 95 hospitales del país. En los 2 primeros años de puesta en marcha de BIOBADASER se observó con rapidez un aumento importante de los casos de TBC en estos pacientes.

A partir de marzo de 2002 la SER, en colaboración con las autoridades del Servicio Nacional de Salud, dictaminaron una serie de recomendaciones para el manejo de la infección latente TBC en pacientes que fueran a recibir fármacos anti-TNF. Se recomendó tratar durante 9 meses con isoniacida a los pacientes que estuvieran en alguno de los siguientes supuestos: 1) historia de TBC no tratada o parcialmente tratada o la exposición a un caso de TBC activa; 2) signos residuales de TBC pasada en la radiología de tórax; 3) dermorreacción > 5 mm de diámetro en la prueba de la tuberculina o en la repetición (efecto booster) a los 7-10 días.

En esta publicación los autores comunican lo ocurrido tras poner en marcha las recomendaciones anteriormente señaladas por la SER en los pacientes que inician fármacos anti TNF y los comparan con los pacientes con artritis reumatoide (AR) del estudio EMECAR, que no seguían tratamiento con anti TNF.

De los 34 pacientes con TBC activa en pacientes en tratamiento con anti TNF, 32 de ellos pertenecían a la etapa previa a las recomendaciones de la SER y 2 pacientes a la etapa posterior; es decir, el riesgo de TBC era 21 veces mayor en la población BIOBADASER que en la población general española y de 6 veces mayor que la población de pacientes con AR del estudio EMECAR, que no usaban fármacos anti TNF.

En la etapa posterior a las recomendaciones de la SER señaladas, el riesgo disminuyó el 78% entre el grupo BIOBADASER y en concreto entre los pacientes con AR, disminuyó el 83%, alcanzando a la propia tasa del grupo EMECAR.

Estos datos demuestran, sin duda, que es eficaz, seguro y necesario el tratamiento de los pacientes con TBC latente que van a iniciar tratamiento con fármacos anti TNF, con independencia de la enfermedad de base.

Finalmente, este trabajo refleja un esfuerzo de gran parte de la reumatología nacional (95 centros) liderada por la SER, que ha conseguido eliminar casi en su totalidad un problema clínico de la práctica clínica cotidiana.

Dr. José Rosas

Si fracasa un anti-TNF en la artritis reumatoide puede ser eficaz otro anti-TNF

ADALIMUMAB (HUMIRA®) RESTABLECE LA RESPUESTA CLÍNICA EN PACIENTES CON PÉRDIDA SECUNDARIA DE RESPUESTA CLÍNICA A INFLIXIMAB (REMICADE®) O ETANERCEPT (ENBREL®): RESULTADOS DEL REGISTRO STURE DEL KAROLINSKA UNIVERSITY HOSPITAL.

Wick MC, Ernestam S, Linblad S et al. Scand J Rheumatol: 2005; 34: 353-358.

Los autores pretenden conocer cuál es la eficacia del tratamiento con adalimumab en pacientes que han dejado de responder al tratamiento con infliximab o etanercept. Para ello se estudian 36 pacientes tratados con adalimumab tras la pérdida de respuesta a otro anti-TNF (Grupo A= 27 pacientes previamente tratados con infliximab y Grupo B= 9 pacientes con etanercept). Los datos se extraen del registro Stockholm de seguimiento de pacientes con anti-TNF?. Los resultados obtenidos en estos grupos se comparan con los índices de actividad de 26 pacientes tratados inicialmente con adalimumab (Grupo C).

Los resultados muestran que en el grupo A el DAS28 pasa de 5,5 + 0,2 a 3,7 + 0,2 ($p < 0,001$) tras tratamiento con infliximab. Cuando se retiró el infliximab el DAS28 era de 5,2 + 0,3, y a los 6 meses de iniciar el adalimumab fue de 4,2 + 0,2 ($p < 0,001$). En el grupo B el DAS 28 pasó de 6,6 + 0,5 a 4,5 + 0,5 ($p < 0,01$) tras tratamiento con etanercept. Cuando se retiró éste por pérdida de eficacia el DAS 28 era de 5,7 + 0,4, a los 6 meses de introducir el adalimumab el DAS 28 fue de 4,1 + 0,2 ($p < 0,001$). En el grupo C el DAS28 inicial era de 5,6 + 0,3, y tras seis meses de tratamiento fue de 3,5 + 0,4 ($p < 0,001$). La respuesta ACR20 fue similar en los tres grupos (70,78%).

Los autores concluyen que el tratamiento con adalimumab es eficaz en aquellos pacientes que dejan de responder a cualquiera de los otros anti-TNF.

Aunque los tres anti-TNFs que se utilizan en el tratamiento de la artritis reumatoide comparten el mecanismo de acción de bloqueo del TNF-?, la respuesta individual de los pacientes puede no ser equivalente a todos ellos. Este hecho podría explicarse porque cada uno de ellos tiene efectos diferenciados a otros niveles. El infliximab tiene acción citotóxica sobre las células que expresan TNF-? como los macrófagos y el etanercept por su parte neutraliza la linfotóxina (TNF-B). Por otra parte no se conoce cuál es la causa por la que se pierde el efecto a un anti-TNF. Se ha apuntado, sobre todo en el caso de infliximab, que la producción de anticuerpos frente al anti TNF sería la responsable de la pérdida de eficacia; sin embargo este hecho no está demostrado.

A nivel de práctica clínica es importante conocer cual es la respuesta a un anti-TNF cuando otro fracasa, pues son fármacos caros y no exentos de toxicidad. En estos



momentos hay bastantes evidencias que apoyan la actitud de intentar el tratamiento con otro anti-TNF en pacientes con artritis reumatoide cuando hay falta de eficacia, o ésta se pierde, con un anti-TNF.

José Ivorra

ARTROSIS

Inyecciones intraarticulares con ácido hialurónico: ¿cuál es mejor?

COMPARACIÓN DE DOS TIPOS DE ÁCIDO HIALURÓNICO EN PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA AVANZADA. ESTUDIO PROSPECTIVO, RANDOMIZADO, DOBLE CIEGO CON SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO.

Karatosun V, Unver B, Gocen Z, Sen A. Clin Experimental Rheum 2005;23:213-218.

En los últimos años se han producido avances en el enfoque del tratamiento no quirúrgico de los pacientes con artrosis de rodilla. Estas modalidades ya se reflejan en guías terapéuticas de prestigio. Se incluyen medidas no farmacológicas; ejercicio, utensilios ortopédicos o medidas educativas entre otras; fármacos para alivio del dolor como paracetamol, antiinflamatorios, opiáceos o capsaicina tópica; fármacos modificadores lentos de los síntomas (SYSADOA), como glucosamina, condroitin sulfato y diacarina; así como tratamientos intraarticulares como el uso de infiltraciones con corticoides o el uso de ácido hialurónico (AH).

Respecto al AH existen diversas presentaciones y una de sus diferencias es el peso molecular. Se han realizado hasta el momento escasos estudios comparativos entre ellos, aunque recientemente una revisión sistemática demostró eficacia con AH de alto peso molecular frente AH de bajo peso molecular (Aggarwal A, Can Fam Physician 2004;50:249).

En el trabajo de Karatosum se compara el efecto a un año de dos tipos de ácido hialurónico (AH) intrarticular (alto y bajo peso molecular), en pacientes con artrosis de rodilla avanzada (estadio radiológico grado III de Kellgren-Lawrence).

Realizan un estudio prospectivo y randomizado en 184 rodillas de 92 pacientes, comparando 3 inyecciones intrarticulares (una inyección semanal durante 3 semanas) de AH de alto peso molecular (Hylan G-F 20) frente a otro AH de bajo peso molecular (Orthovisc), evaluado mediante el índice HSS validado de artrosis de rodilla (HSS score: Hospital for special surgery knee score).

El índice HSS mejoró en ambos grupos de tratamiento al final del estudio ($p < 0.01$). Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los parámetros estudiados al comparar ambos tipos de AH ($p = 0.00$).

Los autores concluyen que ambas preparaciones de AH provocaron una importante reducción del dolor y mejoraron la funcionalidad durante un período de 52 semanas, sin complicaciones.

El estudio comentado presenta un buen diseño. Comparan dos tipos de AH según el peso molecular y es de los pocos trabajos que analizan el resultado a largo plazo del



efecto del AH, en este caso un año. Sin embargo, hay que destacar algunos aspectos negativos: incluyen un número pequeño de pacientes; aunque el análisis es del tipo de intención de tratar, en ambos grupos de tratamiento se pierden alrededor del 30% de pacientes; hubiera tenido interés un grupo control con placebo. Por otra parte, no se detectaron efectos secundarios relevantes.

Existe cierta controversia sobre la verdadera eficacia del AH en el tratamiento de la artrosis de rodilla. Aunque gran parte de ellos demuestran eficacia, en alguno de los ensayos clínicos se obtuvo un comportamiento del AH similar al placebo (Karlsson J, *Rheumatology* 2002;41:124). Sin embargo, dos metaanálisis publicados en el 2004 demostraron que el AH era claramente mejor

que el placebo respecto al dolor y aspectos de la funcionalidad en este tipo de pacientes (Wang CT, *J Bone Joint Surg Am* 2004;86:534 / Aggarwal A, *Can Fam Physician* 2004;50:249).

Por tanto, con las reservas reseñadas, este trabajo apoya la eficacia del AH entre pacientes con artrosis de rodilla ya avanzada. Finalmente, como los autores señalan, sería de interés valorar la eficacia del AH sobre los síntomas y capacidad funcional en ciertos grupos de pacientes, como los rechazados para la cirugía de rodilla e incluso la capacidad para retrasar la indicación de la propia cirugía.

Dr. José Rosas

MEDICAMENTOS

¿Qué antirreumáticos pueden utilizarse en el embarazo?

FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS EN EL EMBARAZO Y LACTANCIA. *Temprano KK, Bandlamudi R, Moore TL. Semin Arthritis Rheum* 2005; 35: 112-121.

Muchas enfermedades reumáticas son más frecuentes en mujeres y se inician en la edad fértil. En ocasiones las pacientes necesitan ser tratadas durante el embarazo y la lactancia, para controlar la enfermedad; por ello es importante tener información actualizada sobre los tratamientos más seguros en estos periodos.

Los autores revisan la toxicidad, durante el embarazo y la lactancia, de los fármacos habitualmente utilizados en el tratamiento de las enfermedades reumáticas. Para ello realizan una búsqueda en las base de datos Medline a través de Ovid.

Los resultados de la revisión muestran que la cortisona, hidrocortisona y prednisona pueden ser utilizadas durante el embarazo, aunque persisten las dudas sobre su seguridad en el primer trimestre. Durante la lactancia, la toma de leche del bebé debe realizarse cuatro horas después de la última dosis de corticoides de la madre, sobre todo cuando se utilizan dosis superiores a 20 mg/día. Los AINEs y los inhibidores selectivos de la COX-2 deben retirarse entre las 6 y 8 semanas antes del parto. Los AINEs en el tercer trimestre del embarazo pueden provocar oligohidramnios, cierre prematuro del ductus arteriosus. El ácido acetilsalicílico a estas dosis no tiene estos efectos. Hay pocos datos sobre el efecto de los COX-2 sobre el feto por lo que se debería ser prudente en su utilización durante este periodo. Los AINEs pueden administrarse en el periodo de lactancia aunque existe riesgo potencial de ictericia y kernícterus. No hay datos sobre la seguridad de los inhibidores selectivos de la COX-2 durante la lactancia. La hidroxicloquina y la sulfasalazina pueden continuarse durante el

embarazo y la lactancia. El metotrexato y la leflunomida están contraindicados en el embarazo y la lactancia. La ciclofosfamida y el micofenolato también deben suspenderse en ambos periodos. Cuando es estrictamente necesario la azatioprina y la ciclosporina A podrían utilizarse en el embarazo; sin embargo, no están exentos de riesgos. En todo caso están contraindicados en la lactancia.

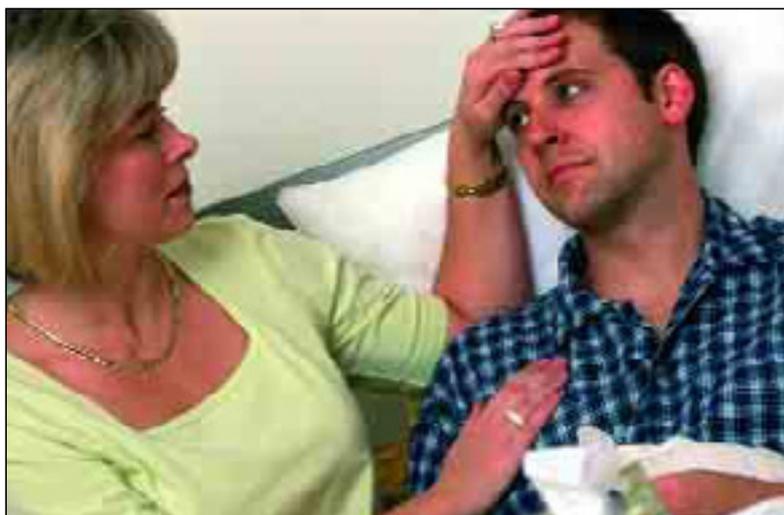
No se dispone de suficientes datos sobre los riesgos de los anti TNF, anakinra, y rituximab.

Los pacientes varones deben ser conscientes de los efectos del metotrexato, leflunomida, sulfasalacina y ciclofosfamida sobre su fertilidad.

Esta revisión es muy interesante porque sirve para actualizar los datos que existen sobre la utilización de los diferentes fármacos antirreumáticos en el embarazo y la lactancia. Estos periodos constituyen un criterio de exclusión en los ensayos clínicos, por lo que en general se dispone de poca información sobre la seguridad farmacológica de nuevos tratamientos. La información que se tiene suele derivarse de fallos en la anticoncepción, o de la necesidad de controlar la actividad de la enfermedad durante el embarazo que obliga a la utilización de los diferentes fármacos.

Los resultados de esta revisión entran en cierta contradicción con la clasificación que la FDA aplica a los fármacos durante el embarazo. Recordemos el significado de las diferentes categorías: Categoría A, si se dispone de estudios adecuados y controlados que demuestran la ausencia de riesgo en la utilización de un fármaco en el embarazo. Categoría B, si hay estudios en animales que no muestran riesgos, pero no los hay en humanos (puede haber estudios en animales que muestran riesgos pero en los estudios realizados en humanos esos riesgos no aparecen). Categoría C, cuando no hay estudios en humanos, y los estudios en animales muestran algún riesgo o tampoco se han realizado. En este caso el fármaco podría utilizarse en caso de necesidad. La categoría D comprende a aquellos fármacos con riesgo potencial para el feto. La categoría X indica que los riesgos para el feto claramente no compensan los posibles beneficios.

En el grupo B se encontrarían: glucocorticoides; AINEs, sulfasalacina, anti-TNF y anakinra. En el grupo C: inhibidores selectivos de COX-2, hidroxicloroquina, ciclosporina A, micofenolato y rituximab. En el grupo D: azatioprina y ciclofosfamida. En el grupo X: metotrexato y leflunomida.



Ensayos clínicos: Cualquier tipo de intervención puede producir efectos secundarios.

INFORMES DE EFECTOS ADVERSOS EN ENSAYOS RANDOMIZADOS Y CONTROLADOS QUE EVALÚAN TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS EN ENFERMEDADES REUMÁTICAS.

ETHGEN M, BOUTRON I, BARON G ET AL. ANN INTERN MED 2005;143:20-25.

La evidencia actual sugiere que los informes de efectos adversos en los ensayos clínicos es inadecuada, recibiendo éstos menos atención que los resultados de eficacia. En general, se presta una atención adecuada a los efectos adversos en aquellos ensayos en los que se realiza una intervención farmacológica. Actualmente existen una gran diversidad de tratamientos no farmacológicos entre los que se encuentran: la cirugía, intervenciones técnicas, instrumentación, rehabilitación, psicoterapia, etc. En todas estas intervenciones pueden producirse efectos adversos; sin embargo, no parece que sean publicados o informados de una manera regular.

Basándose en estas premisas, los autores del presente trabajo comparan los informes de los efectos adversos en los ensayos clínicos que evalúan intervenciones farmacológicas frente a las no farmacológicas.

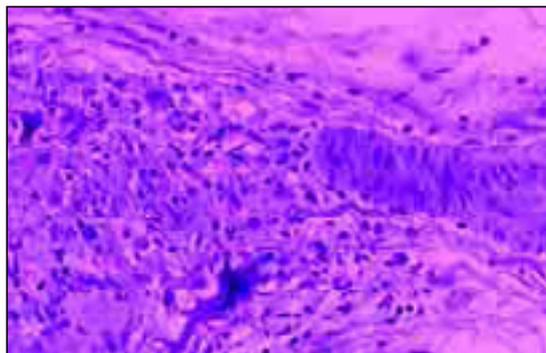
Entre el uno de enero de 1999 y el 31 de enero de 2005 se realizó un análisis de los ensayos publicados en revistas (con un alto factor de impacto) de medicina general, reumatología, ortopedia y rehabilitación que evaluaban los dos tipos de intervenciones en las siguientes enfermedades: artritis reumatoide y osteoartritis de cadera y rodilla. Se recogieron datos del año de publicación, fuente de financiación, ensayos multicéntricos, tamaño muestral, clasificación del tratamiento y calidad en la metodología. Los métodos para recoger los informes adversos, el informe de los mismos, los efectos adversos relacionados con los trata-

mientos y su severidad fueron también analizados. Para comparar los datos en las dos intervenciones se realizó un análisis mediante un modelo logístico de regresión múltiple.

De los 708 artículos seleccionados fueron evaluados 193; 119 correspondían a tratamientos farmacológicos y 74 a no farmacológicos. Los ensayos con tratamientos farmacológicos informaron de efectos adversos más frecuentemente que los no farmacológicos, métodos de recogida de datos (64,7%-23%), evaluación ciega (68,1%-23%), efectos adversos (86,5%-47,3%), relación casual (33,6%-1,3%), retirada del estudio (82,3%-43,2%), severidad (59,7% 16,2%). Tras realizar un análisis multivariante se constató que cualquier ítem analizado siempre fue favorable en la intervención farmacológica frente a la no farmacológica.

Aunque en las conclusiones los autores admiten ciertas limitaciones, debido a las enfermedades seleccionadas para realizar el análisis, lo que parece claro es que existe un cierto desinterés a la hora de tener en consideración los efectos adversos en las intervenciones no farmacológicas. Hay que hacer notar, sin embargo, que su práctica no está exenta de riesgos; así se ha podido observar disección de la arteria espinal anterior tras manipulaciones en la columna, y neumotórax tras acupuntura. Creemos que cualquier tipo de intervención realizada en los pacientes debe de ir siempre acompañada de un informe adecuado de los efectos adversos.

Dr. José Luis Fernández Sueiro



esteroides y ciclofosfamida para conseguir la remisión de la enfermedad. A lo largo de la evolución entre el 11%-57% de los pacientes recidivan, siendo muchas de estas recidivas graves. Teniendo en consideración este problema, muchos clínicos mantienen la terapia inmunosupresiva durante períodos prolongados de

tiempo, lo que puede conllevar a efectos secundarios graves debido a estos tratamientos.

El objetivo del presente trabajo fue identificar factores predictivos de recidiva que permitan a los clínicos tomar decisiones acerca de la necesidad de mantener los tratamientos a lo largo del tiempo.

Todos los pacientes incluidos en el estudio tenían vasculitis determinada por biopsia, con una determinación positiva para ANCA, siendo clasificados de acuerdo a sus respectivos patrones. Las enfermedades estudiadas fueron las previamente reseñadas, determinándose la afectación de diversos órganos. Los tratamientos se establecieron según el régimen establecido en el momento del diagnóstico. Como medidas de desenlace se establecieron los siguientes criterios; resistencia al tratamiento, remisión inducida por la terapia, remisión sin terapia, recidiva e insuficiencia renal terminal. En la evaluación histopatológica renal se valoró la actividad, cronicidad y esclerosis vascular.

En los resultados se evaluaron 350 pacientes seguidos durante una media de 49 meses. El 53% fueron hombres; 90% blancos, 9% negros y 1% pertenecían a otras etnias. En los pacientes tratados, el 77% entraron en remisión y el 23% fueron resistentes a la terapia. De aquellos que entraron en remisión, el 58% no presentaron recidiva. Sin embargo, alcanzaron la remisión el 30% mientras recibían el tratamiento y el 70% tras finalizarlo.

Del 42% de pacientes que presentaron una recidiva, el 42% la presentó durante el tratamiento mientras que el 58% tras concluirlo. Los factores asociados a la resistencia al tratamiento fueron el sexo femenino y la raza negra. Entre los factores asociados a fallo renal terminal después de una respuesta al tratamiento, se encontró una alteración de la función renal y unos índices de cronicidad similares a los pacientes con una resistencia inicial al tratamiento.

Los factores predictivos de recidiva fueron la presencia de anticuerpos anti proteinasa 3 y afectación del tracto respiratorio superior e inferior al igual que la raza negra. En la cohorte estudiada, la recidiva de la enfermedad no influyó en el desenlace final de la misma. Por otra parte, la duración de la terapia (mayor o menor a 6 meses) no influyó en la tasa de recidiva de la enfermedad.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

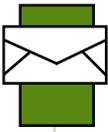
VASCULITIS

Evaluación de factores que intervienen en la terapia de las vasculitis de pequeño vaso.

EVALUACIÓN DE FACTORES DE RECIDIVA Y RESISTENCIAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS VASCULITIS DE PEQUEÑO VASO ASOCIADAS A ANCA.

Hogan S, Falk R, Chin H et al. *Ann Inter Med* 2005;143:621-631.

La poliarteritis microscópica, la granulomatosis de Wegener, el síndrome de Churg Strauss y la vasculitis renal aislada son vasculitis asociadas a ANCA. A pesar de los avances desarrollados en la terapia en los últimos años en reumatología, el tratamiento de estas vasculitis se fundamenta en



DR. JOSÉ CARLOS ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR SECC. REUMATOLOGÍA. H. MARINA BAIXA. VILLAJYOYA. ALICANTE
 DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS Y DRA LYDIA ABAD SECCIÓN REUMATOLOGÍA. H. U. DR. PESET. VALENCIA
 DR. JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ SUEIRO SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. H. U. JUAN CANALEJO. A CORUÑA

¿Provocan vértigo las cervicales?

Soy una mujer de 39 años y trabajo en una oficina. Utilizo constantemente el ordenador. Desde hace años noto con frecuencia dolor en el cuello, supongo que es por mi trabajo. Pero lo que me preocupa es que también a veces siento como mareo al mover la cabeza y me dura unos segundos. He ido a mi médico y no me quiere hacer una radiografía del cuello porque aunque tuviera ya artrosis, me dice que el mareo no es de las cervicales y me aconseja ejercicios de cuello. Me gustaría conocer una opinión.

P. Huertas (Altea)

Existe la creencia en muchas personas de que síntomas como los que usted comenta (sensación de mareo de corta duración, sin acompañarse de otros síntomas) proceden de patología en la columna cervical, especialmente artrosis. Sin duda, esto no es así en la inmensa mayoría de casos. La patología cervical del tipo de la artrosis, suele provocar dolor y rigidez con los movimientos del cuello, pero no se caracteriza por producir síntomas neurológicos como mareo o vértigo. Mucho menos en pacientes jóvenes. No hay que olvidar que el verdadero vértigo

provoca síntomas llamados vegetativos: sudoración, náuseas e incluso vómitos asociado a la percepción de giro o movimiento.

Algunos datos generales reflejan la realidad y las posibles confusiones en este tema; estudios anatómicos demuestran cambios de artrosis cervical en el 35% de las personas de 30 a 40 años y en el 93% entre los de 50 a 60 años; sin embargo, estudios con radiografías cervicales en sujetos sin síntomas cervicales, presentaban signos de artrosis cervical el 75% de las mujeres. Por tanto la presencia de signos de artrosis por sí mismos no justifica este tipo de síntomas.

Entonces, ¿por qué le ocurre esa sensación de mareo de corta duración con movimientos de la cabeza?. En general, en los casos en los que aparece un cuadro frecuente, suele tratarse del llamado vértigo posicional benigno. Se cree que puede estar en relación con aparición de pequeñas litiasis o calcificaciones en los canales semicirculares del oído interno. Por ello no es fácil de demostrar su existencia, ni siquiera para los otorrinolaringólogos con una exploración del oído externo o medio con el otoscopio. En el 50% de los pacientes se desconoce su causa y en el resto se puede asociar a traumatismos,

infecciones víricas, cirugía reciente del oído e incluso la otosclerosis relacionada con la edad. El tratamiento suele ser fisioterapia y si es muy molesto se usan fármacos específicos. Con este tipo de medidas suele mejorar.

Por tanto, estamos de acuerdo con el consejo de su médico. Si no obtuviera mejoría con el tratamiento aconsejado, se puede considerar una consulta con el Neurólogo, para valorar otras causas.

Dr. José Rosas

¿Qué decido sobre el consentimiento informado?

El consentimiento informado garantiza una información adecuada al paciente. Mi madre tiene una artritis reumatoide que no ha ido bien hasta el momento. Su reumatólogo le ha propuesto intentar un tratamiento nuevo, bien mediante goteros cada 2 meses o bien con inyecciones. Parece que son medicamentos que van bien. Le ha dicho que tiene que firmar un consentimiento y además yo debo firmar como testigo. No sé qué hacer porque si hay que firmar es porque el medicamento debe ser mucho más peligroso que los que toma habitualmente o porque se esté probando con mi

madre. Me gustaría que me diesen una orientación.

E. Martínez (Valencia)

Prácticamente todos los medicamentos tienen efectos secundarios, a veces muy graves. Sin embargo, cuando se aprueba un medicamento se han realizado estudios en los que los efectos beneficiosos que obtenemos con ellos superan a los riesgos. Por eso hasta hace poco en la relación médico-paciente, era el médico, que conocía estos estudios, el que tomaba la responsabilidad casi exclusiva de recetar un determinado medicamento. En la actualidad y para preservar la libertad de elección del paciente, el médico informa, basado en los estudios disponibles de los posibles beneficios pero también de los posibles riesgos al paciente, y éste debe decidir de forma conjunta con el médico si accede a un determinado tratamiento. Además el paciente debe conocer también las alternativas al tratamiento propuesto. Esto y no otra cosa es el consentimiento informado. Es habitual y se considera normal dar el consentimiento en las intervenciones quirúrgicas, pero a veces crea recelo cuando se trata de un medicamento. Poco a poco tanto médicos como enfermos debemos acostumbrarnos a que las decisiones sobre los tratamientos se tomen de forma

compartida, y que esto quede reflejado en un documento que garantiza que el paciente ha recibido la información necesaria para poder participar en la toma de decisiones.

Dr. José Ivorra

Vacunas y enfermedades reumáticas

Tengo una enfermedad que se llama granulomatosis de Wegener. En la actualidad, para poder controlar la enfermedad tomo medicamentos llamados inmunosupresores, que según me han explicado, de alguna manera disminuyen mis defensas. Tomando estos tratamientos ¿realmente puedo ponerme la vacuna de la gripe?. Tengo miedo de que si lo hago pueda tener alguna complicación por estar baja de defensas. ¿Qué riesgo tengo si me la pongo?.

María Pilar (La Coruña)

Estimada paciente, la Granulomatosis de Wegener es una enfermedad que se engloba en el grupo de las vasculitis. Como es una enfermedad grave, para su control, al menos en las fases iniciales de la misma, se precisa de un tratamiento con medicamentos llamados inmunosupresores. Estos medicamentos de alguna manera controlan determinadas células del sistema inmune que se cree participan en la patogenia de la enfermedad.

El tratamiento que se utiliza en estas enfermedades conlleva un control más exhaustivo de los pacientes para evitar posibles compli-

caciones que pueden surgir derivadas del mismo. Efectivamente, una de las complicaciones que pueden surgir son el mayor riesgo para el desarrollo de infecciones. Por la misma razón una infección en estos pacientes podría ser más grave que en aquellas personas que no reciben estos tratamientos.

La gripe es una enfermedad muy contagiosa causada por el virus de la influenza. En general la gripe dura unos días y se caracteriza por fiebre, faringitis, escalofríos, fatiga, tos, cefalea y dolores musculares. Puede ser potencialmente grave en personas que padezcan enfermedades crónicas, especialmente si tienen trastornos del sistema inmune o estén en tratamiento con determinados fármacos inmunosupresores.

Existen dos tipos de vacunas para la gripe, con el virus inactivado o con el virus vivo atenuado. En aquellas personas en las que presentan un alto riesgo de sufrir complicaciones si se contagian por el virus de la gripe, tan sólo se utiliza la vacuna con el virus inactivado. Sin embargo, en esta circunstancia se asegura que las personas no pueden contraer la gripe debido a la vacunación. La vacuna en este caso solo puede ocasionar ligeras molestias en la zona de aplicación como es enrojecimiento o hinchazón. Si esto aparece, suele durar uno o dos días.

En el caso que nos consulta, debido al tratamiento que recibe, usted entra dentro del grupo de personas de riesgo que podría presentar complicaciones si sufre una infección por el virus de la gripe. Por lo tanto debe usted vacunarse con el virus inactivado y esta vacunación debe reali-

zarse una vez al año, en los meses de octubre o noviembre.

Dr. J. L. Fernández Sueiro

Participar en ensayos clínicos

Mi reumatólogo me ha propuesto participar en un ensayo clínico, pero tengo miedo de hacer de "conejillo de Indias". ¿Qué ventajas puedo tener si participo?

M. Alberola (Castellón)

En los ensayos clínicos que se realizan con pacientes se utilizan medicamentos que ya han demostrado su seguridad y su eficacia en modelos animales así como en voluntarios sanos. Por lo tanto podemos tener la tranquilidad de saber que estos fármacos ya son conocidos por el personal médico, que controla perfectamente su mecanismo de acción así como sus indicaciones y contraindicaciones y sus efectos secundarios. Por tanto, no va a hacer de "conejillo de Indias" y además puede tener la satisfacción de estar realizando una labor por la sociedad, ya que de los resultados de los ensayos clínicos depende que avance la investigación médica y de ello se beneficiarán muchos otros pacientes en el futuro.

Las ventajas de participar en un ensayo clínico son varias. La principal de todas es tener la oportunidad de recibir un medicamento nuevo y del que se supone es más eficaz y con menos efectos secundarios que aquellos que ya están comercializados. Además, los pacientes reciben un seguimiento mucho más

profundo que en las visitas normales al especialista, con exploraciones complementarias (radiografías, analíticas de sangre y orina, electrocardiogramas, densitometrías, etc...), cuestionarios especiales y exploración física más completa y detallada. Normalmente las visitas de los pacientes de los ensayos clínicos suelen durar alrededor de una hora y se realizan con una frecuencia mucho mayor a lo habitual, variando según el protocolo (semanales, mensuales, trimestrales,...). Por todo ello, si decide participar, recibirá un seguimiento muy estrecho por parte de su médico.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es que si participa, leerá y firmará un consentimiento informado. Este documento no le está obligando a nada, simplemente es para darle por escrito la información que el médico le ha explicado y para recordarle que su participación es voluntaria y que si quisiera, podría dejar el estudio en cualquier momento, sin que eso repercutiera en su tratamiento posterior.

Los ensayos que se realizan son de varios tipos: unos son para establecer la dosis que saldrá comercializada en las farmacias, otros son para verificar la eficacia y la seguridad del fármaco y otros se realizan cuando los medicamentos ya están comercializados (por ejemplo, para comparar el cumplimiento a distintos tratamientos por parte del enfermo)

En definitiva, debe confiar en su médico, ya que si le propone un nuevo medicamento es porque previamente ya ha sopesado sus posibles riesgos y beneficios y ha llegado a la conclusión de que usted se

podría beneficiar de dicho tratamiento. No olvide que la intención de su médico es ayudarle y nunca tratar de dañarle.

Dra. Lydia Abad.

Enfermedad inflamatoria intestinal y enfermedades reumáticas

Soy un paciente de 40 años y padezco la enfermedad de Crohn. Me la diagnosticaron cuando tenía 23 años. Recientemente he comenzado a tener dolor en la espalda y mi médico me ha remitido al reumatólogo. Me han comentado que esta

enfermedad podría tener relación con enfermedades reumáticas. ¿Podría decirme qué relación puede haber entre la enfermedad de Crohn y los dolores de espalda que padezco?

J. A. Zas (La Coruña)

Usted padece una enfermedad que pertenece al grupo de las enfermedades inflamatorias intestinales: enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. Estas enfermedades se caracterizan por afectación del tracto gastrointestinal y por asociarse en ocasiones a enfermedades reumáticas.

Las manifestaciones reumáticas que pueden presentarse en estos pacientes son de dos tipos: 1. Pre-

sentarse como inflamación de las articulaciones periféricas (esto es, inflamación de las manos, rodillas, etc) o 2. Como inflamación a nivel de la columna vertebral y la pelvis.

Cuando hay inflamación en la columna, los pacientes pueden presentar una enfermedad que se conoce como espondilitis anquilosante. Esta enfermedad pertenece al grupo de las espondiloartritis, habiéndose demostrado una asociación muy estrecha entre ambos grupos de enfermedades. De esta forma se sabe que el 7% de pacientes que presentan una espondilitis anquilosante pueden desarrollar a lo largo de su evolución una enfermedad de Crohn y, por otro lado, conocemos que la

mitad de los pacientes que presentan una espondilitis anquilosante tienen alteraciones del tracto gastrointestinal aunque no tengan manifestaciones clínicas.

En la actualidad se desconoce la relación entre las enfermedades inflamatorias intestinales y las espondiloartritis.

Con respecto a su pregunta, creemos oportuno que realice una visita a su reumatólogo como así se ha indicado. Su reumatólogo mediante una historia clínica, un estudio analítico y con pruebas de imagen podrá descartar que usted presente una enfermedad reumática asociada a la enfermedad de Crohn que usted padece.

Dr. J.L. Fernández Sueiro

El tratamiento con anti-TNFs **no** aumenta el riesgo de cáncer en AR

■ LR.- Dr. José Ivorra

Uno de los posibles efectos secundarios a largo plazo de los tratamientos que actúan sobre el sistema inmune es el aumento de incidencia de cáncer. Este hecho hace conveniente un seguimiento epidemiológico cuando se introduce alguno de estos tratamientos, como es el caso de los tratamientos que bloquean el factor de necrosis tumoral, conocidos habitualmente como anti-TNFs. En dos artículos que aparecen en el número de octubre de la revista *Annals of Rheumatic Diseases* (*Ann Rheum Dis* 2005; 64: 1414-1420 y 1421-1426), Askling y colaboradores pre-

sentan los resultados de dos estudios epidemiológicos de cohortes realizados en Suecia. En estos estudios se cruzan los datos de diversas bases de datos como son el registro sueco de cáncer, el registro de incidencia de AR de reciente inicio, el registro de prevalencia de AR y el de pacientes tratados con anti-TNFs. Los resultados muestran que los pacientes con AR tienen un mayor riesgo relativo de padecer leucemias y linfomas, tumores relacionados con el consumo de tabaco (pulmón, riñón y vesical) y cáncer de piel diferentes al melanoma. Parece en cambio que exista una menor incidencia de cáncer ginecológico (mama y

cérvix) así como de cáncer colorrectal. La cohorte de pacientes tratados con anti-TNFs, mostró una distribución de incidencia de cáncer similar a la del resto de pacientes con AR.

Los resultados de estos trabajos en principio parecen indicar que el tratamiento con anti-TNF tiene un perfil similar al de otros tratamientos utilizados en AR en cuanto al riesgo de cáncer. La cohorte de pacientes tratados con anti-TNF abarca el periodo de tiempo entre el año 1999 y el año 2004. Es necesario el seguimiento a más largo plazo pues los tratamientos con anti-TNFs se pueden prolongar durante muchos años.

Los AINE disminuyen el riesgo de cáncer de boca relacionado con tabaco

■ LR.- Dr. José Ivorra

El cáncer de boca, es una neoplasia agresiva, con una mortalidad a los 5 años del diagnóstico del 70% de los pacientes. Sin duda, el tabaco es la causa más importante, provocando en pacientes con predisposición genética lesiones leucoplásicas que desembocan en este tipo de cáncer.

Algunas investigaciones relacionan la aparición de esta neoplasia a la sobre-expresión de la enzima COX-2 en la lesión leucoplásica. Diversos estudios sugieren que los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) podrían disminuir el riesgo de este cáncer, precisamente por la inhibición de COX-2. El grupo del Dr Sudbo publica recientemente (*The Lancet* 2005;366:1359) los resultados de un estudio de casos y controles, sobre la influencia del uso de aspirina (a dosis bajas para protección cardiovascular), diversos AINEs (ibuprofeno, naproxeno, indometacina, piroxicam), o de paracetamol, en la aparición de cáncer de boca. De una cohorte de más de 120.000 sujetos noruegos en seguimiento desde hace años, analizan los datos de 454 pacientes con cáncer bucal y un grupo control formado por 454 fumadores de más de 15 años/paquete sin cáncer de boca.

El uso prolongado de aspirina o AINEs disminuía alrededor del 50% el riesgo de cáncer de boca (RR: 0.49; 0.38-0.63), precisamente en el grupo de más riesgo, es decir, en fumadores. Además la magnitud de esta protección era comparable a la que provocaba dejar de fumar (RR: 0.44; 0.34-0.56). El uso de paracetamol, aunque parecía disminuir el riesgo, no era significativo (RR: 0.85; 0.63-1.16).

Con estos datos la siguiente pregunta de interés es: ¿Cuánto tiempo con aspirina o AINE es necesario para disminuir el riesgo?. Si bien los autores obtienen disminución del riesgo con menos de 5 años de tratamiento (RR: 0.53; 0.28-0.98), la protección es mucho mayor a partir de los 15 años (RR: 0.30; 0.19-0.47).

Conocemos por estudios recientes que los AINEs son capaces de disminuir el riesgo de cáncer de colon y con este estudio parece que también son capaces de disminuirlo en el cáncer de boca. Investigaciones en marcha en la actualidad evalúan el efecto de los AINEs en la lesión precancerosa bucal buscando la dosis, tipo de fármaco y duración adecuadas para obtener el máximo beneficio con el menor riesgo posible fuera del tracto intestinal.

Artículo origen: Antiinflamatorios no esteroideos y riesgo de cáncer de cavidad oral: estudio de casos y controles. Sudbo J, Lee JJ, Lippmann SM, et al. *The Lancet* 2005;366:1359-1366.

Etanercept mejora la **calidad de vida** en **espondilitis anquilosante**

■ LR.- Dr. José Ivorra

La espondilitis anquilosante es una enfermedad crónica que provoca un deterioro funcional progresivo por la inflamación y fusión de las articulaciones de la columna. Estos hechos llevan a una rigidez y limitación funcional progresiva. Se considera que la anquilosis articular es una lesión irreversible y por ello siempre se pone en duda la utilidad de los diversos tratamientos para mejorar la situación de los enfermos cuando esta lesión se ha producido. En un estudio realizado por Davis JC y colaboradores y publicado en el número de agosto de la prestigiosa revista *Arthritis and Rheumatism*, los autores usan el

cuestionario genérico de salud SF-36 para evaluar los cambios en la medida de la salud de los pacientes con espondilitis anquilosante cuando son tratados con etanercept. En el estudio se muestra que cuando el tratamiento habitual no controla la actividad de la enfermedad, los pacientes con espondilitis anquilosante no solo tienen una peor calidad de vida relacionada con la salud que la población general, sino que también se encuentran en peor situación que los pacientes con otras enfermedades crónicas en aspectos específicos como de dolor corporal o la función física. Cuando se introduce el tratamiento con etanercept los aspectos de la cali-

dad de vida relacionada con la salud que estaban peor valorados mejoran sustancialmente. Por lo tanto el tratamiento con este fármaco logra revertir parte del deterioro de la calidad de vida que presentan estos pacientes.

TRATAMIENTO ALTERNATIVO

Hasta hace poco no se disponía de un tratamiento alternativo cuando los antiinflamatorios no esteroides (AINES) no eran eficaces. Los anti-TNFs suponen una opción que mejora los parámetros de actividad de la enfermedad, la función física y la calidad de vida de los pacientes con falta de respuesta adecuada a los AINES.

Las mujeres con AR tardan **más tiempo** en ser remitidas al reumatólogo

■ LR.- Dr. José Ivorra

En un reciente estudio realizado por investigadores noruegos (*Ann Rheum Dis* 2005; 64: 1227-29), se observa que los médicos de atención primaria remiten al reumatólogo de forma diferente a los pacientes con artritis reumatoide dependiendo del sexo. Para el 50% (mediana) de los enfermos varones se solicita consulta al especialista en las primeras 3 semanas de ser atendidos por el médico de familia. En cambio la mediana de tiempo para las mujeres se sitúa en 10 semanas.

En el estudio no se analizan las

posibles causas de esta distinta demora, tal vez puedan influir diferencias en el tipo de trabajo, de

Para el 50% (mediana) de los enfermos varones se solicita consulta al especialista en las primeras 3 semanas de ser atendidos por el médico de familia

prevalencia de otras enfermedades del aparato locomotor que lleven a confusión en el diagnóstico, o las distintas formas para expresar dolor o discapacidad entre los sexos. Aunque este hecho ya era conocido, sería interesante conocer que sucede en España y analizar las posibles causas. La artritis reumatoide es más frecuente en mujeres, por lo que es importante que estas diferencias se corrijan teniendo en cuenta la importancia que tiene la rápida introducción de fármacos modificadores de la enfermedad en el pronóstico de la misma.

Una puerta a la esperanza se ha abierto para los afectados por la enfermedad de Crohn tras los resultados de eficacia obtenidos en un ensayo clínico con el anticuerpo monoclonal adalimumab (Humira).

La enfermedad de Crohn es un proceso inflamatorio crónico grave del aparato digestivo que afecta a más de 100.000 personas en España y se diagnostica característicamente antes de los 30 años. Los síntomas comunes son diarrea, calambres, dolor abdominal, pérdida de peso, fiebre y, en algunos casos, hemorragia rectal. El 75 % de los afectados de Crohn pueden precisar cirugía en algún momento. Hasta el momento no hay cura para esta enfermedad.

Adalimumab, el fármaco de Abbott iniciado para artritis reumatoide y artritis psoriásica, ha sido ensayado en 55 pacientes de Crohn activa moderada a severa y ha conseguido remisión clínica mantenida de esta enfermedad a lo largo de un año en el 74 % de los pacientes que tomaban el fármaco en semanas alternas

Humira demuestra eficacia en la enfermedad de Crohn, hasta ahora incurable

durante un año y en el 83 % de quienes lo recibían semanalmente. Los resultados del estudio de extensión de fase III han sido presentados en la reunión anual del American College of Gastroenterology (ACG).

SUPRIMIR LA RESPUESTA INFLAMATORIA

“No existe cura para la enfermedad de Crohn, y el objetivo inmediato del tratamiento es suprimir la respuesta inflamatoria para posibilitar la cicatrización del tejido intestinal. El paso crítico siguiente es mantener la remisión clínica, previniendo así las exacerbaciones de la enfermedad que pueden perturbar la vida de los enfermos”, ha explicado el Dr. William J. Sandborn (Clínica Mayo, Rochester,

Minnesota, EE UU). “Los nuevos datos sobre adalimumab son prometedores para los cientos de miles de pacientes que sufren enfermedad de Crohn moderada a severa.”

“Las exacerbaciones de la enfermedad de Crohn pueden causar una necesidad inmediata y urgente de ir al cuarto de baño, lo que obliga a muchos de estos pacientes a planear sus actividades pensando en los servicios más próximos”, ha comentado por su parte Rodger DeRose, presidente y director ejecutivo de la Crohn's and Colitis Foundation of America. “El descubrimiento de un tratamiento eficaz que ayude a mantener la enfermedad en remisión clínica puede permitir a los enfermos de Crohn un mayor control de su vida diaria.”

Adecuado suministro de vitamina D, factor básico para prevenir nuevas fracturas

La prevención secundaria de la osteoporosis es aquella que se realiza entre las personas que ya han sufrido una primera fractura con el objetivo de que no vuelvan a aparecer nuevas fracturas, según explicó el Dr. Pedro Carpintero (Hospital Reina Sofía de Córdoba) en la II Reunión Nacional de Prevención Secundaria de la Fractura Osteoporótica.

Esta forma de prevención supone un importante beneficio para las pacientes con osteoporosis ya que el porcentaje de segundas fracturas es muy elevado y también lo es la mortalidad asociada a estos even-

tos. Sólo en el primer año después de una una fractura vertebral el riesgo de sufrir una fractura de cadera se multiplica por 2 y el riesgo de sufrir una nueva fractura vertebral se multiplica por 5.

Un programa consistente en la implantación de medidas de prevención secundaria por parte de los especialistas que tratan la osteoporosis ha conseguido que siete de cada diez pacientes fracturadas se beneficien de una recomendación de tratamiento farmacológico para su enfermedad. En los hospitales donde no está implantado este programa, menos de un 10% de las

pacientes reciben una recomendación de tratamiento al alta.

ELEGIR FÁRMACOS EFECTIVOS

El tratamiento debe incluir obligatoriamente calcio y vitamina D y los fármacos que hayan probado una mayor excelencia clínica. “Las mujeres que han sufrido una fractura osteoporótica deben ser tratadas con fármacos efectivos frente a la osteoporosis que, según su edad y tipo de fractura, pueden ser de diferente tipos pero siempre asociados a una toma adecuada de calcio y vitamina D”, señala el Dr. Carpintero.

Cadozos: Placer para el gusto, alivio para la inflamación

A medio camino entre Villamor de Cadozos y Almeida de Sayago, en plena dehesa zamorana acariciada por brisas agrestes de los Arribes del Duero, se encuentra la finca Dehesa de Cadozos, que regenta con cariño y acierto Ignacio Herrero. La finca tiene capacidad sobrada para albergar a quinientas cabezas de ganado y una viña de tinta fina y pinot noir, con las que Herrero ha consolidado en los últimos años un tinto excepcional, bien equilibrado y sin aristas, bautizado como "Cadozos" y amparado bajo

la denominación de origen de "Vinos de la Tierra de Castilla y León".

Pero, aparte de elogiar la excelencia del "Cadozos", no podemos menos de traer a colación las opiniones del Dr. Luis Bajanda Fernández de Pierola, especialista en Aparato Digestivo, del Hospital San Eloy de Baracaldo, respecto a las virtudes antiinflamatorias del resveratrol. Esta sustancia pertenece a la familia de los polifenoles, presentes en vegetales, especialmente la uva, y reconocidos antioxidantes contra los radicales libres



que envejecen y destruyen las células. Pues bien, el Dr. Bujanda ha realizado un análisis comparativo de la concentración de resveratrol en vinos tintos, expresada en miligramos/litro y establece la siguiente clasificación en varias castas más frecuentes: pinot noir (6,25), merlot (5,05), tempranillo (4,14), garnacha (2,86), cabernet sauvignon (1,71).

Lo que significa que "Cadozos" es un placer para los sentidos y, sin pretenderlo, posiblemente también un bálsamo eficaz para los síntomas reumáticos.

La raíz de harpagofito actúa como agente antiinflamatorio y analgésico

Las plantas medicinales como el harpagofito actúan como coadyuvantes en el manejo de las enfermedades reumáticas al frenar el proceso inflamatorio y degenerativo del cartílago y controlar el dolor del paciente, con una menor incidencia de efectos secundarios asociados.

Según el doctor Miguel Bernad, especialista del servicio de Reumatología del Hospital La Paz, "dentro del proceso de dolor articular, además de analgésicos tradicionales, como los AINEs o el paracetamol, se pueden asociar plantas medicinales como tratamiento coadyuvante dado que parecen tener efectos analgésicos y antiinflamatorios, unido a un elevado perfil de seguridad".

En el mismo sentido se expresa la doctora Teresa Ortega, profesora de Farmacología de la Universidad Complutense y vicepresidenta del Centro de Investigación sobre Fitoterapia (INFITO) quien señala que "la fitoterapia ha demostrado su eficacia en el control de los síntomas de la enfermedad reumática o articular, de forma similar a como lo hacen los AINEs u otros fármacos tradicionales, pero con una menor incidencia de efectos adversos. Este elevado nivel de seguridad de plantas medicinales como el harpagofito, se adapta a las características de cronicidad y exigencia de tratamientos prolongados que definen a las enfermedades reumáticas."

La capacidad antiinflamatoria y analgésica del harpagofito se debe a la actividad conjunta de sus principios activos, principalmente los iridoides (harpagósido) que tienen una acción periférica (respuestas musculares sensitivas y vasculares) más que a una acción analgésica central, hecho que le convierte en especialmente activo en pacientes de edad avanzada. Según los resultados, los principios activos de esta raíz son capaces de inhibir la producción de diversas citoquinas que intervienen en la inflamación (IL1-beta, TNF alfa). Además, reducen la síntesis de PGE2 y de óxido nítrico al inhibir la expresión de enzimas como LO, COX2 e iNOS.

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

Una tesis doctoral sobre reumatismos infantiles de 1891 A propósito de la Enfermedad de Still

Conocemos por enfermedad de Still la forma sistémica de la artritis reumatoide juvenil, descrita por el médico del Great Ormon Street Hospital for Children, George Frederic Still, quien durante dos años de residencia había logrado recopilar 19 casos y otros tres conocidos previamente, lo que le sirvió para definir aquella "forma de enfermedad crónica juvenil", pronunciar una comunicación en la Real Sociedad de Medicina y Cirugía de Londres en 1896 y publicarla un año después.

Cinco años antes, un médico del Hospital Rothschild de París, Meyer Saul Diamant-Berger, presenta su tesis doctoral en la Facultad de Medicina sobre el "Reumatismo Nudoso (poliartritis deformante) en los niños", resultando un librito de 148 páginas con tres fotografías y cinco dibujos de sus casos, además de unos esquemas de las deformidades de las manos que años antes había publicado Charcot en su libro "las enfermedades de los ancianos". Los editores fueron Lecrosnier et Babé, en la Plaza de la Escuela de Medicina número 1 de París. Por cierto, el apellido Diamant-Berger aparece unido en esa publicación, lo que hace que su nombre citado en la bibliografía así suele ser conocido.

El acto académico resultó tan protocolario y solemne como era costumbre entonces y, como curiosidad, recordaremos que el laureando presentó unos vaciados en yeso de manos reumáticas para dar mayor verosimilitud a sus explicaciones y asimismo mostró las foto-

grafías de tres pacientes. Ni que decir tiene que la tesis, juzgada por el profesor Gaucher, fue laureada con la máxima puntuación.

"REUMATISMOS DEFORMANTES" EN NIÑOS

Durante el siglo XIX y sobre todo a partir de la segunda mitad, se fueron publicando casos de "reumatismos deformantes" en niños y en personas adultas que habían comenzado sus padecimientos muy jóvenes. Especialmente dramáticos fueron el caso de una mujer de 27 años que comenzó su padecimiento a los 13, cuyas deformidades aparecen dibujadas en el libro de Robert Adam, "Rheumatic Gout", y el espantoso de Woodcut, de inicio a los 7 años, según vemos en el trabajo de Bywaters. Destaca Diamant-Berger las descripciones del francés Cornil, de 1864, la de Moncovo de 1880, que utiliza el término de "Reumatismo nudoso" y la Tesis de Pellisié de 1889 para apoyar sus estudios.

El trabajo de Diamant-Berger es una recopilación de 38 casos, de los cuales tres son personales y un cuar-

to, estudiado con el Profesor Sergiu, de Bucarest. De ellos, 24 niñas, 11 muchachos y tres sin especificar género.

El primer caso, número XX y el de aparición más tardía de la serie, era una chica de 17 años con bocio que hoy encasillaríamos como hipertiroideo, deformidades en las manos, dolores en rodillas y hombros. En la familia había varios casos de posible Basedow.

El caso XXI es un muchacho de 19 años, con retraso mental, afectación de manos, rodillas y pies. En las manos había deformidad y anquilosis de las interfalángicas y "nudosidades de Heberden en todas las falanges distales", lo que no deja de sorprendernos. Como el individuo padecía del aparato digestivo, Diamant-Berger cita tres casos juveniles de la literatura médica con trastornos gastrointestinales graves con estas deformidades.

La observación XXXII, es la mejor estudiada y presenta fotografía de esta niña de 17 años que vivía habitualmente en Viena y que desde los 8 años presentó ataques poliarticula-

Bibliografía

Bywaters, E., G. – Juvenile Chronic Arthritis. History. En "Rheumatology" de Klippel J.H. y Dieppe, P.A., 3-16. 1-4. The Mosby, Saint Louis, 1995
Castillo Ojugas, A. "Historia y desarrollo de la Reumatología", En "Tratado de Reumatología", Pascual Gómez, E., Rodríguez Valverde, V.; Carbonell Abelló, J.; Gómez-Reino Carnota, J.J., 3-11. Edit. Arán, Madrid, 1998



Paciente de 9 años estudiada en Bucarest y luego en París, donde fue fotografiada.

La desdichada palabrita “idiopática” proclama nuestra ignorancia; por favor, no volvamos al barullo de las denominaciones de tiempos pasados

Las articulaciones no eran dolorosas en el momento de la estancia en el hospital, lo que permitió hacer un tratamiento fisioterápico intenso. Diamant-Berger explica lo que hicieron:

■ 1) Sesiones de electricidad con corrientes alternas durante 15 minutos en las articulaciones y 45 minutos de corriente continua a lo largo de los músculos.

■ 2) Baños sulfurosos de 20 minutos en días alternos.

■ 3) Régimen tonificante a base de aceite de hígado de bacalao.

Patética resulta igualmente la figura de la búlgara Safta Jona, de 9 años, estudiada por el Profesor Sergiu, de Bucarest (caso XXXVII) con sus articulaciones muy inflamadas, dolorosas y deformadas, y una desnutrición evidente. No es de extrañar que a pesar de los modestos tratamientos con yoduro de hierro, baños sulfurosos, electroterapia y pensamos que una alimentación mejor de la que tendría en su casa, lograron una “mejoría progresiva”.

En la revisión bibliográfica encuentra alguna vez afectación cervical y padecimientos oculares, señalando la efectividad y sobre todo la buena tolerancia del salicilato sódico a dosis altas de 2 a 4 gramos por día. También constata que en bastantes pacientes disminuye la actividad de la enfermedad al llegar a la pubertad.

EL BARULLO DE LAS DENOMINACIONES

Al comentar este libro nos preguntamos ¿qué futuro nos espera?. La clasificación inglesa de formas sistémicas (Still), poliarticulares y oligoarticulares, se vió completada con sencillos datos de laboratorio, factor reumatoide, anticuerpos antinucleares y antígeno B27, de modo que en la antigua artritis reumatoide de los americanos, o la artritis crónica juvenil de los ingleses, se pudieron desgajar otras artropatías crónicas como la espondiloartritis y Reiter, el lupus de los niños, las artropatías psoriásicas y otras más raras como el angioedema.

Vemos también que se van aclarando conceptos con el estudio de los antígenos DR (4,7,8,11) que permiten diferenciar formas de artritis juveniles sobre todo, buscando eficacia en los tratamientos inmunomoduladores e inmunosupresores, pero complican la terminología con la reciente “artritis idiopática juvenil”, que lleva la desdichada palabrita “idiopática”, que proclama nuestra ignorancia.

Por favor, no volvamos al barullo de las denominaciones de los tiempos pasados, cuando Diamant-Berger señalaba otros términos que se usaban para señalar su “Reumatismo nudoso poliarticular deformante”, como “Reumatismo crónico óseo multiarticular de Vencer”, “Gota asténica primitiva de Landré-Beauvais”, “Nudosidades de Haygarth”, “Artritis reumática de Garrod”, “Reumatismo gotoso de Fowler”, “Poliartritis deformante o nudosa” “Gota senil de los pobres”, etc.

res con fiebre, inflamación articular y ganglionar, y progresiva atrofia muscular. Las deformidades de las manos eran muy marcadas y existía flexión de rodillas y codos. Dos detalles señala el autor con énfasis. El primero, la atrofia del maxilar inferior, que ha visto en todos sus casos, pero en éste más que en ninguno. También hay un retraso óseo general, con talla muy baja para su edad. Y segundo, un exoftalmos. No existiendo enfermedad de Basedow, tal vez fuera una de esas formas familiares, pero el caso es tan raro que entre los centenares de artritis juvenil del hospital londinense de Taplow, sólo una niña tenía los ojos saltones. Sin embargo, en la descripción clínica aparece un dato mucho más importante: desde el inicio de la enfermedad, hasta los 12 años, había padecido diversos procesos inflamatorios oculares y el autor cree que a partir de entonces es cuando ha presentado el exoftalmos y nunca más las iritis.

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

Próximos 6 números ----- 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

Próximos 6 números ----- 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

ERNESTO PLAZA
SOCIÓLOGO

Reum@tismos



ÁREAS TEMÁTICAS - DOLOR MUSCULOESQUELÉTICO

<http://dme.areastematicas.com/>

Página dedicada al dolor musculoesquelético, perteneciente a la web AreasTemáticas (iniciativa de la Sociedad Española del Dolor, SED). Se hace una recapitulación de los conocimientos actuales sobre la enfermedad por medio de definiciones, imágenes, noticias de prensa, artículos originales y revisiones. Por otro lado, en la sección Revistas pueden descargarse trabajos, comunicaciones, ponencias y otros textos de contenido científico de la revista de la SED.

EN DETALLE: ARTÍCULOS ORIGINALES

(Ver "Artículos Originales")

En este apartado pueden consultarse artículos originales de actualidad publicados en diferentes revistas de habla inglesa. Para buscar la temática que más interese, los artículos se listan según hagamos Click en "Artritis", "Dolor Miofascial", "Osteoporosis", "Bursitis" o "Tendinitis".



MEDICINENET.COM - ARTHRITIS

<http://www.medicinenet.com/arthritis/focus.htm>

Página sobre Artritis de Medicinenet.com, medio creado por la U.S. Board Certified Physicians and Allied Health Professionals.

Contiene reportajes descriptivos sobre cada enfermedad reumatólogica, glosario de términos relacionados, varios artículos ("la ayuda de las proteínas", "combatiendo el dolor", etc.), archivos de sonido de médicos en conferencias, medicamentos para las diferentes dolencias, consulta on-line para responder preguntas de pacientes y recomendaciones para mejorar el estilo de vida de los mismos.

EN DETALLE: DISCURSOS MÉDICOS

(En "Medical Podcasts")



Zona de descarga de archivos de audio MP3 con intervenciones de médicos en últimas conferencias (también están disponibles discursos de años anteriores, en "Search", al pie de la página). Artritis Reumatoide, Osteoartritis, Lupus, Fibromialgia, Gota... son algunos de los temas abordados.

