

Utilidad en reumatología pediátrica de la Medicina Nuclear



Entrevista

Dra. Fausto Galdo Fenández
Un "Bon Vivant"
en la Reumatología



Simposio SER

Las artritis no tratadas pueden
aumentar el riesgo de
enfermedad cardiaca



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

Editor:

Dr. Fco. Javier Ballina García

Consejo Asesor:

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

Secretario de Redacción:

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

Colaboradores:Dr. José Ivorra Cortés,
Dr. José Luis Fernández Sueirowww.ser.eswww.ibanezyplaza.com**ibáñez & Plaza** Asociados, S. L.
EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN**Coordinación Editorial,
Diseño y Maquetación:**
Ibáñez&Plaza AsociadosC/ Bravo Murillo, 81 (4º C)
28003 Madrid
Teléf.: 91 553 74 62
Fax: 91 553 27 62ediciones@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

Artritis Reumatoide: *tratar a tiempo y con tiempo*

El IV Simposio de Artritis Reumatoide de la SER ha recordado un problema epidemiológico de relevancia a la hora de enfocar el manejo global de la enfermedad: el incremento de la mortalidad cardiovascular en pacientes con AR. Se ha observado que muchos de estos pacientes, que en principio no presentan factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, diabetes, hipercolesterolemia...), ni tampoco historia de episodios como infartos o ictus, terminan, sin embargo, acusando en ocasiones complicaciones cardiovasculares graves.

Como ha señalado el Dr. Jesús Tornero, presidente de la SER, las causas pueden ser muy diversas, desde el sedentarismo inducido por la propia enfermedad, hasta un efecto directo de la inflamación articular mantenida sobre los vasos sanguíneos, sin olvidar que algunas de las citoquinas que se liberan desde las articulaciones inflamadas pueden promover cambios que favorecen la arterioesclerosis, el aumento de estrés oxidativo y factores trombóticos.

**El diagnóstico
precoz sólo podrá
conseguirse si se
aplica el
documento de
estándares de
tiempo y calidad
asistencial**

Por fortuna, en los últimos años se ha logrado reducir la estadística de morbi-mortalidad por enfermedad cardiovascular en estos pacientes, debido a un control más exhaustivo y eficaz de la inflamación articular y a un diagnóstico precoz propiciado por las nuevas técnicas y por los nuevos fármacos capaces de cambiar el curso y ritmo de la enfermedad. En este sentido, el nuevo consenso de la SER sobre utilización de fármacos biológicos determina que los pacientes con artritis reumatoide deben iniciar cuanto antes el tratamiento FAMEs y, si falla uno de ellos, comenzar la terapia con los fármacos biológicos. Incluso se considera también la posibilidad de que pacientes con una artritis de inicio con mal pronóstico, puedan comenzar directamente con terapia biológica. Y, si es posible, en asociación con metotrexato.

Pero los objetivos de los recientes documentos de consenso, especialmente en lo que se refiere a diagnóstico precoz, sólo podrán conseguirse si, de manera simultánea, se plasma en realidad el documento de estándares de tiempo y calidad asistencial, donde la comunicación médico-paciente se establezca sobre criterios racionales de eficacia, lejos de planteamientos economicistas que de ningún modo encajan en una medicina con criterios sociales de progreso.

**En los últimos
años se ha
logrado reducir
la estadística de
morbi-mortalidad
cardiovascular
en estos
pacientes**



Nuestra Portada

La reumatología pediátrica se beneficia de la medicina nuclear tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, como explica documentada y detalladamente el Dr. Mauricio Mínguez Vega (Hospital San Juan de Alicante) en el reportaje que en esta ocasión merece los honores de abrir portada.

En la sección Entrevista el Dr. Fausto Galdo Fernández nos ilustra tanto con su experiencia de 35 años en el terreno de la reumatología como con su excelente sabiduría gastronómica.

El IV simposio de artritis reumatoide de la SER, con actualización y puesta al día en tratamientos, es asimismo obligada referencia de primera página.

1 Editorial **Artritis Reumatoide: tratar a tiempo y con tiempo** El IV Simposio de Artritis Reumatoide de la SER ha recordado...

3 Entrevista **Dr. Fausto Galdo Fernández** Jefe del Servicio de Reumatología del Hospital 1 Juan Canalejo, La Coruña

6 Simposio SER **IV Simposio de Artritis Reumatoide de la SER** Las artritis no tratadas pueden aumentar el riesgo de enfermedad cardíaca

17 Documentos SER **30 minutos para la primera visita del paciente** Cerca de 70 especialistas han participado en el documento

20 Medicina Nuclear **Utilidad de la medicina nuclear en Reumatología Pediátrica**

27 Bibliografía comentada Artritis, artrosis, osteoporosis, vasculitis, síndrome antifosfolipídico, polimialgia, vacunas

34 Los pacientes preguntan Síntomas de gota · Enfermedad de Paget · Fenómeno de Raynaud · psoriasis cutánea...

38 Noticias Infiltraciones articulares con infliximab · El ejercicio moderado evita la pérdida de capacidad funcional · Anakinra · Metotrexato...

44 Humanidades **Una espondiloartritis anquilopoyética juvenil en un cuadro de Joaquín Sorolla**

47 Recursos de reumatología en Internet **Reum@tismos:** Sociedad Argentina de Reumatología · Dr. Koop.com



DR. FAUSTO GALDO FERNÁNDEZ

JEFE DE SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL JUAN CANALEJO, A CORUÑA

Un “bon vivant” en la Reumatología

Texto Carmen Salvador

EL DR. Fausto Galdo Fernández

es gallego desde hace 61 años y reumatólogo desde hace más de 35. Se considera un viajero del mundo que sabe apreciar lo que de verdad vale la pena allá donde va. Habla en catalán si tiene ocasión, sus pacientes se le quejan en gallego y es un excelente gastrónomo que no entiende cómo países como Estados Unidos o Inglaterra pueden comer tan mal. Ocupó una de las primeras plazas que se clasificaron como Reumatología, y hoy es el jefe de Servicio de la especialidad del Hospital Juan Canalejo de La Coruña.

“ Si se nace en Viveiro como él, “en el mar de Lugo, con 64 kilómetros de costa, criadero de mariscos de casco, como centollas, nécoras, langostas o bogavantes, y los mejores percebes del mundo” y además se tiene un padre con una fábrica de chocolate, no queda más remedio que ser un “bon vivant”.

Especializado con el profesor Rotés Querol en Barcelona, ciudad en la que estuvo cinco años. Allí no sólo aprendió catalán, un idioma que le gusta practicar cada vez que se reúne con los “buenos amigos catalanes”, también se aficionó a la pintura. De vuelta a Galicia, su mujer, Fernanda, estuvo de marchante en una galería, lo que le dio la oportunidad de introducirse en una faceta que le llevaría, años después, a escribir un libro sobre los pintores de Viveiro, entre otros Maruja Mallo, y que ayudó a recuperar a esta pintora gallega, uno de los mejores exponentes del surrealismo español. “En Barcelona todo el mundo sabía que yo no competía por ninguna plaza, porque me quería venir a Galicia”. Y así lo hizo. En el año 75 obtuvo uno de las primeras plazas clasificadas como Reumatología, “no como medicina interna o trauma”.

LA REUMATOLOGÍA DEBE OBEDECER A LA DEMANDA

Hoy su servicio es uno de los más equilibrados en cuanto a clínica, docencia e investigación. Ocho reumatólogos en plantilla, nueve biólogos en la Unidad de Investigación, una de las más importantes del país, y dos investigadores de campo. Piensa que el equilibrio de este Servicio está en “saber delegar”

“Soy de la teoría –dice- de que la reumatología tiene que obedecer



a una demanda, motivada por las enfermedades que son más numerosas, aunque resulte que las minoritarias son más graves”

En su trabajo habla habitualmente en gallego, “los gallegos somos la gente que más habla su idioma en la vida diaria. ¿Cómo voy a contestar si a mí se me quejan en gallego”

Y no por ser Galicia una zona más húmeda hay más pacientes con enfermedades reumáticas. “El clima no influye, lo que influye, y mucho, es la calidad de vida. Si un paciente cuenta con una casa acondicionada con buena calefacción y no tiene un trabajo de esfuerzo en el campo por ejemplo, su enfermedad es más tolerable que si tiene que trabajar fuera o cuando su

casa no está habilitada para vivir adecuadamente. Y en esta última situación hay mucha gente en Galicia”.

TIEMPO PARA HABLAR CON EL PACIENTE

De no ser reumatólogo, dice que quizás le hubiera gustado ser radiólogo: “Es una especialidad que me atrae mucho, pero le falta el cuerpo a cuerpo con el enfermo. Soy una persona muy curiosa, que gusta de preguntar mucho a sus pacientes. Mis consultas son económicamente poco rentables porque hablo mucho con ellos. Sería incapaz de hacer productiva una consulta de Mutua. Necesito un cierto tiempo para convencer al enfermo y para hablar con él, para transmitirle su

“A mí que soy gordo, me cuesta horrores transmitirle a un paciente que tiene que bajar peso para que le deje de doler la rodilla...”



“Me gusta la cocina natural que trata de potenciar el producto, y no me refiero al marisco, que como está mejor es sencillamente crudo, cocido o a la plancha”

me cuesta horrores transmitirle a un paciente que tiene que bajar peso para que le deje de doler la rodilla...”

“Otra faceta que también lleva tiempo es la exploración. Con una buena exploración se ahorran muchas resonancias. Si la exploración es minuciosa, se pueden ahorrar un montón de pruebas diagnósticas.”

GASTRÓNOMO Y CRÍTICO

Como “bon vivant” no deja pasar la ocasión de conocer nuevos sitios, o de visitar los ya conocidos allá donde va, y los congresos y reuniones de Reumatología le ofrecen una buena posibilidad. Es un gastrónomo muy conocido en su tierra. Tiene nada menos que una página todos los domingos en El Ideal Gallego, “escrita en mi lengua, por eso no sale en la página web, así que estoy pensando en hacer mi propia página para poder contestar a todos los que me escriben”. Además de esta sección que lleva desde hace 10 años, ha recibido varios galardones, el último premio de periodismo gastronómico Alvaro Cunqueiro, al mejor libro “Biblioteca gastronómica de Galicia”, escrito junto a Guillermo Escrigas.

situación, la enfermedad, lo que le vamos a hacer, el tratamiento...”

“El año pasado tuve que dar un curso en la Universidad Pompeu Fabra sobre comunicación del médico con la prensa, y buscando datos, mirando lo que hacen los demás, me encontré con una teoría americana que dice que el médico debería recibir clases de técnica teatral para poder transmitir al enfermo lo que se quiere, desde cómo cumplir con el tratamiento, a dar malas noticias. Creo que es realmente importante que sepamos cómo hacerlo, tener un mayor poder de convencimiento para explicarles los nuevos fármacos, pero también otras técnicas, de rehabilitación, de dietas... Por ejemplo yo, que soy gordo, pues

Juan Luis Arsuaga, del equipo de investigación de los yacimientos de Atapuerca, ha señalado que el hombre evolucionó al poder andar de pie. Es más que probable, pero el doctor Fausto Galdo, recogiendo la frase de Faustino Cordón, otro colega médico, también acierta al decir que “cocinar hizo al hombre”.

Señala que más que gastronomía pura gusta de la “gastrosofía”, filosofía de la gastronomía, búsqueda y mezcla de nuevos sabores; una cocina más refinada. “Siempre hubo cocineros más o menos ocultos, como Leonardo da Vinci, o más conocidos por otras facetas, como Vázquez Montalbán”.

No entiende que en países tan desarrollados como Estados Unidos o Inglaterra se coma tan mal. “Francia marcó escuela, pero hoy en día me quedo con la cocina de Cataluña y el País Vasco, aunque siempre hay sitios excelentes en todas las comunidades Extremadura o Murcia por poner otros ejemplos. A mí me gusta esa cocina sofisticada, nueva, pero para unos días, después me cansa. Me gusta la cocina natural que trata de potenciar el producto, y no me refiero al marisco, que como está mejor es sencillamente crudo, cocido o a la plancha”.

Reconoce que el mundo de la gastronomía le ha dado muchas satisfacciones, y que la alimentación es un mundo mal estudiado: “Somos víctimas de la comida rápida, de las dietas falsas... y aunque la humanidad es capaz de fabricar alimentos para que todos estemos bien alimentados, un 30% está infraalimentado o muriéndose de hambre y otro 30% presenta problemas de obesidad. Ya nadie ignora que la alimentación está relacionada con las enfermedades, entre ellas algunas reumatológicas, como la gota o la osteoporosis”.

“La Reumatología tiene que obedecer a una demanda, motivada por las enfermedades más numerosas, aunque resulte que las minoritarias son más graves”

IV SIMPOSIO DE ARTRITIS REUMATOIDE DE LA SER

Las artritis no tratadas pueden incrementar el riesgo de enfermedad cardiaca

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica que produce una hinchazón de las articulaciones. Origina dolor, deformidad y dificultad de movimiento de las zonas afectadas, pero también puede dañar otras partes del organismo, como el corazón. “Se ha observado un aumento del riesgo cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide, pacientes que no presentan factores de riesgo propios de esa enfermedad, como hipertensión, diabetes o hipercolesterolemia, ni tampoco historia de episodios

como infartos o ictus, y sin embargo terminan teniendo una grave complicación por una enfermedad cardiovascular”, ha señalado el doctor Jesús Tornero, presidente de la Sociedad Española de Reumatología (SER) que ha celebrado el IV Simposio de Artritis Reumatoide en Murcia.

El incremento de la mortalidad cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide ha sido uno de los temas de este IV Simposio, “las causas pueden ser muy diversas, por llevar una vida más sedentaria por la propia enfermedad, por un efecto directo de la inflamación

articular mantenida sobre los vasos sanguíneos, pero también parece ser que algunas de las citoquinas que se liberan desde las articulaciones inflamadas, puede promover cambios que favorecen la arterioesclerosis, el aumento de estrés oxidativo y de factores trombóticos”, señala el doctor Tornero. Estos cambios se ha observado sobre todo en las artritis con una actividad y una progresión más agresivas.

“Sin embargo, en los últimos años se registra un menor número de casos de morbi-mortalidad por enfermedad cardiovascular en





Fármacos que modifican y detienen la enfermedad permiten que los pacientes puedan llevar una vida cercana a la normalidad

Hasta hace poco se decía que a los 10 años de comenzar la enfermedad, un porcentaje bajo de pacientes iba a continuar trabajando

estos pacientes, debido a un control más exhaustivo y eficaz de la inflamación articular, ahora se puede detectar más precozmente e instaurar un tratamiento efectivo que detenga la enfermedad."

"LA ARTRITIS NO ESPERA"

La remisión de la artritis reumatoide en las fases tempranas está cambiando el panorama de la enfermedad en los últimos años, tanto por las nuevas técnicas diagnósticas, como el eco doppler y la resonancia –otro de los aspectos tratados en el simposio-, como por los nuevos fármacos que modifi-

can y pueden detener la enfermedad. Estas técnicas permiten un diagnóstico más precoz, antes de que la enfermedad empiece a ser destructiva y haya erosiones en las articulaciones. "Ahora estamos en condiciones de alterar de forma significativa el curso natural de la enfermedad y es nuestra obligación que nuestros pacientes se beneficien de todo ello. El diagnóstico precoz y el tratamiento con los fármacos adecuados, mejoran de forma significativa el pronóstico de estos pacientes y ayudan a detener la progresión de la enfermedad de forma mucho

más eficaz", señala el presidente de la SER.

Hasta hace poco se decía que a los 10 años de comenzar la enfermedad, un porcentaje bajo de pacientes iba a continuar trabajando, mientras que el resto iba a tener una discapacidad e incapacidad para atender sus obligaciones laborales y familiares. Sin embargo, este futuro es hoy modificable, según los reumatólogos, "aunque no hay un tratamiento curativo, sí se puede retrasar su evolución y permitir al paciente que lleve una calidad de vida muy aceptable", señala el doctor

Tornero. Precisamente para diagnosticar cuanto antes esta enfermedad la SER está llevando a cabo la campaña "La artritis no espera", y es que "en sus fases tempranas, debe ser considerada como una emergencia médica, en el sentido de que cuanto primero se trate esta enfermedad, mayores serán las posibilidades de hacerla remitir".

FÁRMACOS QUE MODIFICAN LA ENFERMEDAD

El nuevo consenso de la SER sobre utilización de fármacos biológicos fue presentado por el Profesor Vicente Rodríguez-Valverde, Jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Marqués de Valdecilla, de Santander, quien señaló que "los pacientes con artritis reumatoide deben iniciar cuanto antes el

La artritis reumatoide en su fase temprana debe ser considerada una urgencia médica

tratamiento con los llamados fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), y si falla uno de ellos, comenzar la terapia con los fármacos biológicos". El anterior consenso señalaba que había que esperar al menos que con dos FAME no se consiguieran resultados.

Los fármacos biológicos, o anti-TNF, son fármacos de uso hospitalario y actúan bloqueando unas citoquinas responsables de la inflamación de las articulacio-

nes. Aunque hay numerosas moléculas implicadas en la inflamación, la más estudiada es la llamada factor de necrosis tumoral (TNF), sobre la que se dirigen la mayoría de estos fármacos, infliximab, etanercept, adalimumab.

"El nuevo consenso considera también la posibilidad de que pacientes con una artritis de inicio con mal pronóstico, puedan comenzar directamente con terapia biológica. Y si es posible asociado con metotrexato."

Este mismo consenso señala, según el profesor Rodríguez-Valverde, que anakinra, un antagonista de la interleukina 1, puede convertirse en el tratamiento de elección para la enfermedad de Still, un tipo de artritis, más frecuente en niños, que se caracteriza por un cuadro agudo de fiebre





Dr. J. Ballina



Dr. J. Tornero



Dr. J. L. Andreu

elevada, erupción cutánea, artritis... que en la mayoría de los casos no responde a los FAME ni a otros anti-TNF.

A pesar de la experiencia demostrada en los últimos años con los fármacos que modifican la enfermedad y detienen su progresión, todavía hay cierta "inercia clí-

En su forma severa la enfermedad disminuye la esperanza de vida entre cinco y diez años

nica y están poco difundidos entre los pacientes", señala el doctor Rodríguez-Valverde e insiste en la necesidad de un diagnóstico precoz y un tratamiento intensivo, "hay que llevar un mayor control del enfermo al inicio del tratamiento para ver si de verdad es efectivo o hay que cambiarlo por otro".

Algunos datos

■ **La más incapacitante.** La artritis reumatoide es la enfermedad reumatológica más incapacitante, provocando algún grado de incapacidad en el 76% de las personas que la sufren.

■ **No es lo mismo artritis reumatoide que artrosis.** La artrosis es una enfermedad degenerativa que se produce por el desgaste del cartilago articular, mientras que la artritis reumatoide es una manifestación articular que produce una inflamación en las articulaciones.

■ **Afecta más a las mujeres.** Afecta a 3 mujeres por cada un varón.

■ **La mayoría amas de casa.** La mayoría de los casos de artritis reumatoide identificados en el estudio EPISER 2000, realizado por la SER, eran amas de casa (27%) o jubilados (18%).

■ **El clima húmedo no provoca**

artritis reumatoide. Existe en todos los países, tanto en los más fríos, como en los más cálidos. El clima no empeora la enfermedad, ni la desencadena. Lo que ocurre es que los cambios de presión asociados a variaciones o empeoramientos del tiempo pueden hacer que los síntomas como el dolor o la rigidez se acusen más.

■ **La alimentación no influye en el curso de la enfermedad.**

No hay ninguna evidencia científica de que un alimento mejore o empeore a las personas con artritis reumatoide: la dieta de este paciente debe ser equilibrada y con las mismas recomendaciones que para el resto de la población.

No existe el reuma. Como tal no existe este concepto en medicina. En general la opinión pública agrupa bajo este nombre a todo el conjunto de dolencias o molestias rela-

cionadas con el aparato locomotor. Lo correcto es hablar de enfermedades reumáticas entre las cuales hay más de 200 manifestaciones distintas.

■ **También afecta a niños (artritis idiopática juvenil).** Afecta a 1 de cada 1.000 menores de 16 años.

Un 30% de estos niños permanece más de una década con la enfermedad y una cifra similar puede presentar secuelas. También es más frecuente en niñas.

■ **Reumatólogos y médicos generales, los más visitados.**

El 73% de los pacientes con artritis reumatoide han acudido en el último año al médico por problemas osteomusculares, comparado con el 33% de la población general. Los especialistas visitados fueron: reumatólogos (63,6%), médicos generales (27,3%) y traumatólogos (9,1%).



Para el reumatólogo José Luis Andreu, del hospital Puerta de Hierro de Madrid, el manejo farmacológico de la artritis reumatoide en la actualidad sigue basándose en la utilización de fármacos químicos, como el metotrexato, la sulfasalazina, la leflunomida o las sales de oro parenterales. “Durante los dos primeros años de la artritis reumatoide la progresión de las lesiones articulares es mayor que

en cualquier otra fase de la enfermedad. Los numerosos estudios nos han demostrado que los fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) instaurados desde el momento del diagnóstico retrasan el deterioro articular y que su efecto permanece durante la evolución de la enfermedad”. Señala también este especialista que es poco frecuente que un solo fármaco controle la enfermedad, y que las tera-

pias combinadas, “con metotrexato o glucocorticoides a bajas dosis, ralentizan el deterioro”.

LAS MUJERES SON LAS MÁS AFECTADAS

Todas las personas, independientemente de la edad o sexo, pueden padecer artritis reumatoide, aunque la incidencia es mayor en mujeres, con una proporción de 3 a 1, entre los 30 y los 50 años.

Optimización del tratamiento clásico de la AR

DR. JOSÉ LUIS ANDREU **SERV. DE REUMATOLOGÍA. H. U. PUERTA DE HIERRO. MADRID**

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune, sistémica y crónica, que conduce a la destrucción articular, a la pérdida de la función y a la reducción de la esperanza de vida. Es una enfermedad que carece de tratamientos curativos o uniformemente eficaces.

Aunque en los últimos años los agentes biológicos, fundamentalmente los agentes dirigidos a bloquear la acción del factor de necrosis tumoral alfa, han representado un enorme avance en el control de la actividad inflamatoria de la enfermedad y de la evolución radiológica de la misma, el manejo farmacológico de la artritis reuma-

toide en la actualidad sigue basándose en la utilización de fármacos químicos, como el metotrexato, la sulfasalazina, la leflunomida o las sales de oro parenterales.

DIAGNÓSTICO PRECOZ

Diversos estudios han demostrado que la lesión radiológica articular y el compromiso funcional aparecen precozmente durante la evolución de la artritis reumatoide. De hecho, durante los dos primeros años de la enfermedad, la velocidad de progresión de las lesiones radiológicas es mayor que en ninguna otra fase del proceso. Se ha demostrado que el uso precoz de fármacos modificadores de enfermedad ya desde el

momento del diagnóstico retrasa el deterioro radiológico. Este hecho ha sido corroborado en diversos estudios y, lo que es también de gran relevancia, la ventaja evolutiva alcanzada con la instauración precoz de los fármacos modificadores de enfermedad permanece y se proyecta a lo largo de todo el curso evolutivo de la artritis reumatoide.

TERAPIAS COMBINADAS Y GLUCOCORTICOIDES

Otro punto de especial relevancia es la utilización de terapias combinadas en la artritis reumatoide. Ya que era infrecuente que un único agente químico controlara la enfer-

Todas las personas, independientemente de la edad o sexo, pueden padecer artritis reumatoide, aunque la incidencia es mayor en mujeres, con una proporción de 3 a 1, entre los 30 y los 50 años

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



medad de una manera clínicamente significativa y con una duración prolongada a lo largo de la evolución de la enfermedad, a principios de los años 90 se comenzaron a ensayar terapias combinadas en la artritis reumatoide, fundamentalmente basadas en el metotrexato, al que se añadía sulfasalazina, antipalúdicos, o ciclosporina, fundamentalmente. En la conferencia presentada en el Simposio se han revisado los datos publicados sobre la relevancia clínica de la terapia combinada con agentes químicos en la artritis reumatoide, tanto en la enfermedad de inicio como en la artritis reumatoide evolucionada, prestando especial énfasis a la terapia combinada con metotrexato, hidroxicloroquina, y sulfasalazina;

a la pauta combinada del estudio holandés COBRA, consistente en la combinación de sulfasalazina, metotrexato y dosis altas de prednisona; y la combinación de metotrexato y leflunomida.

Por último, se ha revisado el papel de los glucocorticoides a bajas dosis como auténticos agentes modificadores de curso evolutivo de la enfermedad. Tradicionalmente se había supuesto que los glucocorticoides eran meros agentes antiinflamatorios, y que su utilización era, en cierta medida, un fracaso de reumatólogo a la hora de controlar la actividad inflamatoria de la enfermedad con fármacos modificadores de evolución. Desde el año 1995 se ha acumulado evidencia que sugiere que los glucocorticoides a dosis

bajas en la artritis reumatoide son auténticamente fármacos modificadores de enfermedad.

CONCLUSIONES

Las conclusiones de la conferencia son que es necesario realizar un esfuerzo para diagnosticar lo antes posible la artritis reumatoide, que tras el diagnóstico de artritis reumatoide, se debe comenzar un tratamiento con fármacos modificadores de enfermedad lo antes posible, que, en ciertas circunstancias, la utilización de terapia combinada con agentes químicos puede ser de utilidad y que en la artritis reumatoide de inicio la adición de glucocorticoides a dosis bajas a la terapia con fármacos modificadores de enfermedad puede ralentizar la evolución radiológica.



CERCA DE 70 ESPECIALISTAS HAN PARTICIPADO EN EL DOCUMENTO DE ESTÁNDARES DE TIEMPO Y CALIDAD ASISTENCIAL

Los reumatólogos quieren 30 minutos para la primera visita del paciente

Los reumatólogos quieren disponer de 30 minutos para la primera visita del paciente (posiblemente más del doble de lo que se dispone ahora), de 19 minutos para las revisiones, contar al menos con tres especialistas en las Unidades de Reumatología y contar con 3 camas por cada 100.000 habitantes de área, según el documento de estándares de

tiempo y calidad asistencial, realizado por la Sociedad Española de Reumatología, y en el que han participado cerca de 70 especialistas.

Las enfermedades que maneja el reumatólogo son muy numerosas, unas 250, al igual que los procedimientos para el diagnóstico y tratamiento. Alrededor de la mitad de la población padece una enfermedad reumática aguda o crónica. Estas

enfermedades están consideradas las de peor calidad de vida, más que las enfermedades pulmonares y las cardíacas y más frecuentes, incluso, que la hipertensión arterial. La mitad de las incapacidades laborales en nuestro país se deben a problemas músculo-esqueléticos, y un 14,4% del total de las bajas laborales se deben a enfermedades reumáticas, ocupando el segundo

lugar después de las afecciones respiratorias y el primer lugar por número de días de trabajo perdidos.

MEJORAR LA ASISTENCIA Y OPTIMIZAR LOS RECURSOS

El diagnóstico y tratamiento de cualquier enfermedad puede variar de forma considerable ya no sólo entre países, también entre distintas zonas de un mismo país, e incluso entre centros o médicos de la misma zona geográfica. La Sociedad Española de Reumatología (SER) consciente de que este hecho puede tener consecuencias no deseables para el paciente y que también puede comprometer la calidad asistencial y alargar la espera de forma innecesaria, ha elaborado este documento, donde se recogen los estándares de estancia media hospitalaria, de tiempo de consulta, así como los estándares de realización y calidad de las pruebas diagnósticas y tratamientos.

El documento contribuirá, según señala el doctor Jesús Tornero, presidente de la SER, "a mejorar la calidad asistencial, a acortar los tiempos de los procesos y a utilizar los recursos disponibles de una forma más efectiva que evite diferencias inaceptables en el acceso o en la calidad de los procedimientos clínicos en reumatología".

El documento que comenzó a elaborarse hace más de un año pretende ser una herramienta para una mejor planificación de los Servicios de Reumatología, para la negociación con los gestores sanitarios y un documento base para la relación con las asociaciones de pacientes. Según el coordinador del documento, el doctor Alberto Alonso, del hospital de Cruces de Baracaldo (Vizcaya) "da respuestas a preguntas que nos hemos planteado muchas veces los reumatólogos, respuesta lógicas y sensatas, en cuanto a diagnósticos y tratamientos, tanto en el hospital como en la consulta". Además, añade, "este



Proponen que las unidades de Reumatología cuenten con al menos tres especialistas

documento va muy en relación con la ley de cohesión y calidad del sistema nacional de salud de 2003".

30 MINUTOS PARA EL PACIENTE EN LA PRIMERA VISITA

El tiempo de duración de la primera visita, a juicio de más de los 70 reumatólogos que han intervenido en el documento, debe ser de 30 minutos -posiblemente más del doble de lo que se dispone en estos momentos-, y de unos 19 minutos para visitas sucesivas. Las segundas visitas no pueden superar los 11 pacientes y el reumatólogo no debería pasar consulta más de 4 días a la semana. "El reumatólogo -señala el doctor Javier Ballina, vicepresidente de la SER-, no sólo debe hacer asistencia, necesita más tiempo para la docencia de pregrado y postgrado y para la investigación, lo que también se traduce en calidad asistencial."

El documento indica que el número máximo de habitantes por cada reumatólogo debería estar entre 40.000 y 50.000 habitantes, y que entre el 95 y el 98% de los pacientes con enfermedades sistémicas e inflamatorias articulares (artritis reumatoide y espondiloartritis), deben ser seguidos por el reumatólogo, al igual que la mitad

de los pacientes con osteoporosis artropatías microcristalinas (como el ácido úrico). También al menos un 25% de los pacientes con artrosis y síndromes dolorosos locales, como tendinitis, deben ser seguidos por el reumatólogo.

"Las enfermedades sistémicas necesitan un control casi completo por parte del reumatólogo -señala el doctor Javier Ballina- porque tienen una capacidad mayor de producir impacto sobre la calidad de vida y sobre la capacidad funcional. Hay un deterioro articular importante y el uso de fármacos para su tratamiento requiere de una capacidad y habilidad que solo tienen los reumatólogos. Para controlar la inflamación articular, para evitar un daño irreversible, se tienen que usar fármacos potencialmente peligrosos (como el oncólogo utiliza los quimioterápicos) que hay que conocer muy bien. Además, en el caso de las terapias biológicas, hay una restricción legal que hace que sólo puedan ser los reumatólogos los que prescriban estos tratamientos."

OTROS ESTÁNDARES DE CALIDAD

Señala también el documento que cada Unidad debe contar al menos con 3 reumatólogos, con una enfermera por cada 3 consultas, un auxiliar por cada 2 consultas y 1 administrativo por cada 4 médicos.

La estancia media hospitalaria debería estar entre los 7,3 días en un hospital comarcal, los 9,2 días en un hospital de referencia y los 9,5 en un hospital universitario. El documento indica otros estándares de calidad, como la estancia media de hospitalización, la primera visita al paciente hospitalizado, tiempo para la realización de las biopsias, artroscopias, ecografías, densitometrías, solicitud de medicaciones especiales, número máximo de primeras consultas al día (entre 5-y 6 pacientes).

Según los participantes en el documento, "la reumatología es una especialidad que debe contem-

plarse en el organigrama asistencial hospitalario como servicio dependiente directamente de la dirección médica y con el mismo nivel jerárquico que traumatología y medicina interna”, señala del doctor Jesús Tornero.

LOS JEFES DE SERVICIO SON LOS QUE MÁS TIEMPO DEDICAN A LA GESTIÓN

La sobrecarga de la gestión recae en los jefes de servicio que dedican hasta una tercera parte de su tiempo

a estas tareas, seguidos por los jefes de sección. Según el documento estándares de tiempo de proceso y calidad asistencial, quienes deben dedicar mayor parte de su tiempo a la asistencia son los reumatólogos sin actividad hospitalaria (en opinión del 67%), los adjuntos (60%) y los residentes (58%). Los jefes de sección deberían dedicar un 44% y los jefes de servicio un 30%.

El porcentaje de tiempo a dedicar a la investigación debería ser semejante para todos los estamen-

tos (en torno a un 15%). “Hay formación, capacidad y hasta fondos para poder hacer investigación, - señala el doctor Jesús Tornero-, pero no hay tiempo por la gran sobrecarga asistencial y la gran presión asistencia que se ejerce sobre la profesión médica. La SER va a poner en marcha un plan de formación entre sus afiliados para fomentar la investigación básica y confiamos que se le pueda dedicar más tiempo del que se dispone en estos momentos.”



Según el coordinador del documento, el doctor Alberto Alonso, “da respuestas a preguntas que nos hemos planteado muchas veces los reumatólogos, respuesta lógicas y sensatas, en cuanto a diagnósticos y tratamientos”

En el área de la formación el documento asigna un porcentaje de tiempo semejante a todos los estamentos (11%), salvo en el caso de los residentes, a los que se les asigna un 23%.

Jefes de servicio, de sección y adjuntos, deberían destinar algo más de la décima parte de su tiempo a la docencia. Concretamente, en relación con la docencia MIR, los jefes de servicio, de sección y adjuntos deberían dedicar a ella un 15% de su tiempo, mientras que los tutores de residentes deberían emplear en esta actividad la cuarta parte de su tiempo”.

DR. MAURICIO MÍNGUEZ VEGA

SECCIÓN REUMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SAN JUAN. ALICANTE

Utilidad de la **medicina nuclear** en Reumatología Pediátrica

La reumatología pediátrica se beneficia de la medicina nuclear tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Las técnicas diagnósticas se basan en la detección de la emisión gamma que emite un radiotrazador que introducimos en el organismo y que detectamos desde el exterior con un aparato especialmente diseñado para ello, llamado gammacámara.

El radiotrazador o radiofármaco es una molécula que carece de actividad biológica y cuyos componentes son un isótopo -que emite la radiación- y un vector -que transporta el isótopo hacia el órgano que queremos estudiar.

A diferencia de la radiografía o el TAC, en los que las imágenes que obtenemos nos dan información sobre la estructura, la gammagrafía es una imagen funcional, tanto del flujo sanguíneo como de la actividad metabólica del hueso, siendo capaz de detectar anomalías antes de que aparezcan las alteraciones estructurales o morfológicas, lo que hace de la gammagrafía una técnica más precoz y sensible que la radiografía, aunque más inespecífica.

Al igual que ocurre con estas otras técnicas de imagen, el paciente es sometido a una pequeña irradiación, por lo que la única precaución que se debe tener es el minimi-



Como tratamiento - habitualmente en articulaciones muy inflamadas y con derrames de repetición - se utiliza la infiltración de un isótopo emisor beta dentro de la articulación, para que esclerose la membrana sinovial hiperplasiada

zar el número de exploraciones. Normalmente al paciente se le inyecta el isótopo y debe volver unas horas o días después para obtener las imágenes. Una vez terminada la exploración y dado que la mayoría de isótopos se eliminan por orina, es importante que el niño beba mucho y vacíe muchas veces su vejiga. Suele desaparecer todo rastro de material radiactivo a las 12 horas aproximadamente (78 horas

en el caso de galio), no precisándose durante ese tiempo ningún otro cuidado ni precaución especial. Tampoco existen riesgos adicionales para el paciente.

TIPOS DE IMÁGENES GAMMAGRÁFICAS

Gammagrafía ósea estática

Se puede considerar la gammagrafía de rutina, en la que obtenemos



Gammagrafías óseas normales del adulto y del niño. Obsérvese el mayor número de captaciones fisiológicas en los niños por la presencia de cartílago de crecimiento.

imágenes cuando el radiotrazador ya se ha acumulado en hueso, normalmente a las 2-4 horas de su administración. Las proyecciones habituales son las anteriores y posteriores, aunque ocasionalmente pueden ser útiles las proyecciones oblicuas y el empleo de técnicas de magnificación.

Gammagrafía ósea en tres fases o dinámica

Consiste en la obtención de imágenes en diferentes periodos tras la administración del radiotrazador.

Consta de una fase angiográfica en la que se obtienen imágenes durante el primer minuto postinyección a intervalos de 2 a 5 segundos, proporcionándonos información de la vascularización de la región. La segunda fase, de vascularización temprana o pool, consiste en obtener una sola imagen aproximadamente a los 5 minutos, y nos da información sobre la distribución vascular de la zona. La tercera fase, la ósea, se obtiene a las 2-4 horas y es la equivalente a la gammagrafía estática ya mencionada.

SPECT (Single Photon Emission Computed Tomography)

La gammacámara gira alrededor del paciente 180°-360° obteniendo múltiples imágenes planas a partir de las que se genera una imagen tridimensional, con lo que se logra mejor definición y precisión anatómica.

RADIOTRAZADORES

Para el estudio del tejido óseo se utiliza fundamentalmente el ^{99m}Tc unido a bifosfonatos, por la ventaja de ser un radiotrazador

Aunque más inespecífica, la gammagrafía es una técnica más precoz y sensible que la radiografía y es capaz de detectar anomalías antes de que aparezcan



Sacroileitis infecciosa. Aumento captación en fase ósea y vascular con ^{99m}Tc en sacroilíaca izquierda.

Normalización de la captación en gammagrafía con citrato de galio al mes, indicativo de buena respuesta al antibiótico



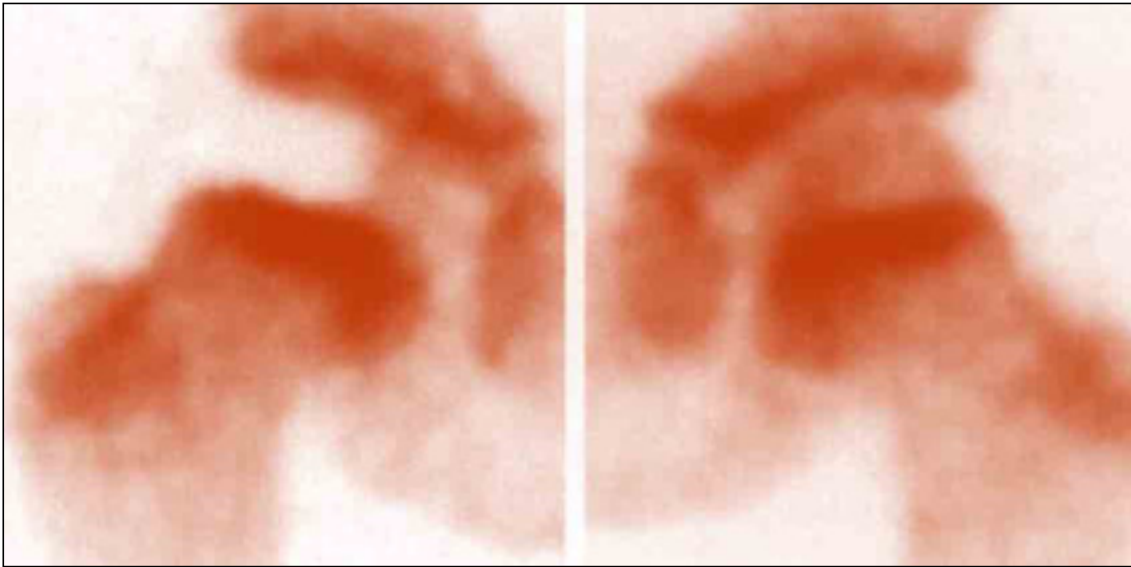
En el caso del galio, su vida media es de unas 78 horas, debiendo transcurrir al menos 48 horas desde su administración para que se detecte en la lesión

En cuanto a los leucocitos marcados, es una técnica compleja, que requiere la manipulación de la sangre del paciente –se utilizan leucocitos autólogos- y cuya sensibilidad baja si la sospecha es una osteomielitis vertebral por la captación fisiológica de la médula ósea

de una vida media corta (aproximadamente 6 horas) y emitir radiación de baja energía (140 KeV). Se incorpora a los cristales de hidroxapatita, de forma que el grado de captación será proporcional a la actividad osteoblástica del hueso. En los niños la dosis administrada se calcula según diferentes protocolos existentes, siendo la dosis mínima recomendada de 2 milicurios.

Cuando sospechemos un proceso infeccioso, utilizaremos otros radiofármacos, fundamentalmente el citrato de ^{67}Ga o el ^{99m}Tc unido a leucocitos o a inmunoglobulinas.

En el caso del galio, su vida media es de unas 78 horas, debiendo transcurrir al menos 48 horas desde su administración para que se detecte en la lesión. Este retraso puede ser uno de sus inconvenientes. Otro inconveniente es la interpretación de las imágenes en la región abdominal, pues tiene afinidad por hígado, bazo e intestino. A diferencia de



Enfermedad de Perthes. Obsérvese el defecto de captación con ^{99m}Tc en epífisis derecha respecto al izquierdo

los leucocitos marcados, el galio lo podemos utilizar en pacientes leucopénicos y, además, es un radiofármaco oncotropo, por lo que, la gammagrafía con ^{67}Ga es el método de referencia para los estudios con radionúclidos en pacientes con fiebre de origen desconocido, por su capacidad para detectar procesos inflamatorios y neoplásicos.

En cuanto a los leucocitos marcados, es una técnica compleja, que requiere la manipulación de la sangre del paciente –se utilizan leucocitos autólogos– y cuya sen-

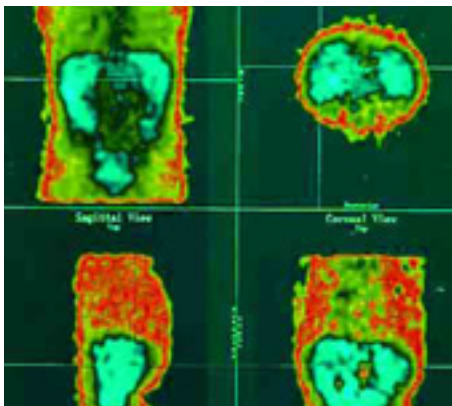
sibilidad baja si la sospecha es una osteomielitis vertebral por la captación fisiológica de la médula ósea.

TÉCNICAS TERAPÉUTICAS

Nos referimos a la radiosinoviolitosis, o lo que es lo mismo, la infiltración de un isótopo emisor beta dentro de la articulación, para que esclerose la membrana sinovial hiperplasiada. Habitualmente lo empleamos en articulaciones muy inflamadas y con derrames de repetición, con frecuencia refractarios a otros tratamientos y

muchas veces, como alternativa o complemento a la cirugía.

En pediatría se suele emplear en artritis idiopáticas juveniles, sinovitis villonodulares y artropatía hemofílica. Tiene la ventaja de no precisar ingreso hospitalario y carecer de efectos secundarios importantes, aunque debemos avisar al paciente de la posibilidad de sufrir una sinovitis transitoria, cualquier complicación propia de una punción articular (hemorragia o infección) o una necrosis de la piel si se extravasa el fármaco.



INDICACIONES GAMMAGRAFÍA

- Búsqueda de metástasis óseas
- Diagnóstico de osteomielitis
- Valoración de dolor de prótesis o injerto óseo
- Detección y evaluación de artritis
- Diagnóstico de fracturas de estrés u otras lesiones traumáticas
- Diagnóstico de osteonecrosis o enfermedad de Perthes.
- Otras: distrofia simpática refleja, valoración repuesta terapéutica de tumores óseos...

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES DE LA GAMMAGRAFÍA PEDIÁTRICA

- Diagnósticos específicos en la edad pediátrica
- Peculiaridades del trato con niños
- Ajuste del cálculo de la dosis
- La interpretación de las imágenes óseas en los niños es compleja debido al crecimiento óseo.

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
- ARTROSIS
- OSTEOPOROSIS
- VASCULITIS
- SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDO
- SINTOMAS POLIMIALGICOS
- VACUNAS

ARTRITIS

¿Influye la dieta en la aparición de poliartritis?

FACTORES DE RIESGO DIETÉTICOS PARA EL DESARROLLO DE POLIARTRITIS: EVIDENCIAS SOBRE EL ALTO CONSUMO DE CARNE ROJA.

Pattison DJ, Symmons DPM, Lunt M, et al. Arthritis Rheum 2004;50:3804-3812.

Se acepta que factores no-genéticos, como el estilo de vida, podrían explicar hasta el 40% del riesgo de artritis reumatoide (AR). En la actualidad hay datos que apuntan que tanto el consumo de tabaco como el de café, pueden ser un factor de riesgo para la artritis reumatoide y en cambio el consumo de pescado, especialmente los ricos en ácidos grasos omega-3, puede ser un factor protector. En los últimos años ha aumentado el interés por conocer la influencia de la dieta en las enfermedades reumáticas.

El objetivo de los autores de este trabajo, era investigar la asociación entre el consumo de carne roja y otros componentes de la dieta en la predicción del desarrollo de poliartritis. Se trata de un estudio de casos y controles prospectivo anidado, dentro de una población en seguimiento para

conocer la incidencia de cáncer en Norfolk (EPIC-Norfolk). De la población de 25.630 sujetos, de 45 a 75 años, en seguimiento desde 1993, se obtuvo la dieta diaria durante una semana completa y se recogieron los casos aparecidos de poliartritis.

Desde 1993 a 2002 se identificaron 88 casos de poliartritis y se compararon con un grupo control de 176 personas sin poliartritis. Entre el grupo de pacientes, el nivel de consumo de carne roja fue mayor ($P = 0.04$) y el de vitamina C fue menor ($P = 0.03$), comparado con el grupo control, aunque no hubo diferencias en el consumo energético total entre ambos grupos. Sin embargo, entre los pacientes con poliartritis predominaban los fumadores.

Después de ajustar entre factores de confusión dietéticos o no, los sujetos con mayor nivel de consumo de carne roja (OR: 1.9. IC: 0.9-4.0), de productos cármicos (OR: 2.3. IC: 1.1-4.9), y de proteínas (OR: 2.9. IC: 1.1-7.5), presentaban un mayor riesgo de padecer poliartritis.

Los autores concluyen que un alto nivel de consumo de carne roja puede ser un factor de riesgo para la aparición de poliartritis, o puede actuar como marcador para el grupo de per-

sonas con riesgo elevado por la presencia de otros aspectos de estilo de vida.

Una de las preguntas más frecuentes que hoy en día nos realizan los pacientes con artritis, es sobre aspectos de la dieta y su posible influencia en la enfermedad reumática que padecen.

Hay datos que señalan que una dieta rica en vegetales cocinados, no en crudo, y de frutas, especialmente que aporten vitamina C, pueden tener un efecto protector sobre la aparición de AR y en cambio no se ha demostrado de forma clara, efecto en pacientes que ya la padecen.

También hay datos que correlacionan de forma positiva el consumo per capita de carne roja y la prevalencia nacional de AR. Uno de los mecanismos implicados parece estar en relación con que la carne roja es una fuente de ácido araquidónico, que se transforma en varios tipos de eicosanoides con actividad proinflamatoria. A diferencia de la dieta mediterránea, con menor nivel de ácido araquidónico, por ser rica en pescado y carne blanca como el pollo y el cordero. Otro aspecto patogénico apunta a que la carne roja es rica en hierro y este al depositarse en la membrana sinovial puede

causar algún tipo de lesión. Finalmente, el colágeno de la carne puede provocar un estado de sensibilización en estos pacientes a dicho colágeno.

Respecto a este trabajo, los resultados no deben tomarse como definitivos, no sólo porque los datos nutricionales están basados en el consumo dietético de 7 días, que se acepta como apropiado, sino por el escaso número de sujetos que finalmente sufren poliartritis y la posibilidad de la existencia de otros factores de confusión. Como comentan los propios autores, el consumo elevado de carne roja podría señalar o marcar a un grupo de pacientes que presentan además otros factores de riesgo ambientales y que asimismo tienen una predisposición genética para ello, pero este hecho para nosotros es desconocido... por el momento.



Dr. José Rosas

ARTROSIS

¿Es una enfermedad localizada?

¿PUEDE PREDECIR LA ARTROSIS DE MANOS LA FUTURA APARICIÓN DE ARTROSIS DE CADERA O RODILLAS?

Dahaghin S, Bierma-Zeinstra M, Reijman H, et al. Arthritis Rheuma 2005;11:3520-3527.

La artrosis u osteoartrosis (OA) es la enfermedad reumática más común en las personas de edad avanzada y constituye una causa importante de discapacidad en la población mundial. A pesar del creciente interés en el estudio de la OA en los últimos años, existen muchas áreas desconocidas, tanto en su patogenia como en su tratamiento. Una de los temas más interesantes acerca de la patogenia de la OA es definir si ésta es una enfermedad localizada o, por el contrario, es una enfermedad sistémica. Aunque existen estudios que lo sugieren, este aspecto no ha podido ser demostrado.

Los autores del presente trabajo intentan evaluar varios aspectos: el riesgo OA de cadera (OAc) y rodillas (OAr) en personas que tienen OA de manos, comparar el riesgo de OAc y OAr en personas que tienen OA en diferentes articulaciones de las manos y evaluar si el riesgo se incrementa por la presencia de otros factores asociados a la OA o a biomarcadores.

El grupo objeto del estudio consistió en una cohorte prospectiva poblacional en las que se evaluaban factores

determinantes y pronósticos de enfermedades crónicas. De un total de 7.983 participantes, 1.235 fueron incluidos en este estudio. En todos ellos se disponía de forma basal radiografías de las manos, rodillas y caderas. Al finalizar el estudio sólo se realizaron radiografías de rodillas y caderas. El periodo comprendido entre las primeras y las últimas radiografías fue de 6.6 años.

Las radiografías fueron puntuadas de acuerdo a la clasificación de Kellgren/Lawrence. La OA de manos fue definida por una puntuación de K/L 2-4 en 2 de tres grupos de articulaciones en las manos (IFD, IFP, 1ª CMC/escafotrapezoidea). La OA de rodillas y caderas fue definida con un K/L de 2-4, en una o en ambas articulaciones.

Se recogieron datos acerca del índice de masa corporal, dolor en la cadera o rodilla, historia familiar, trabajos pesados. Se realizaron determinaciones de CTX-II, el cual es un producto de degradación del colágeno.

En los resultados se observó que el 12,1% de la población del estudio desarrolló OAc/r, y la presencia de esta OA fue más frecuente en aquellas personas que tenían una OA de manos basal. El OR de presentar una OAc/r fue de 2,2 y esta fue mayor para la OAc que la OAr.

En el análisis de diferentes grupos de articulaciones de las manos con OA basal (IFP, rizartritis, MCF) se observó que el OR para desarrollar OAc/r fue mayor. Con respecto a los niveles de CTX-II se observó que independientemente de la presencia o no de OA de manos basal, sus niveles elevados predecían una OAc/r, OR 2.4, con OA de manos basal OR 4.2.

En la discusión los autores resaltan la asociación que existe en su estudio entre la OA de manos y el desarrollo futuro de OA de cadera o de rodillas, la presencia de OA de manos confiere un riesgo para el desarrollo de OA en estas localizaciones. Este riesgo es independiente de factores ya conocidos como el trabajo o el peso.

Un dato interesante en este estudio es el riesgo que confiere la alteración de los niveles de CTX-II. Aunque la medición de marcadores biológicos en la OA es un tema complejo, es de esperar que en el futuro dispongamos de marcadores no sólo diagnósticos sino también que puedan indicar actividad y progresión de la enfermedad.

En nuestra opinión este trabajo establece de manera razonada la posible asociación de la OA de manos con otro tipo de artrosis y permite avanzar en la hipótesis que considera a la OA como una enfermedad sistémica, dadas las dificultades metodológicas que conllevan la realización de estos estudios, consideramos que las aportaciones de este trabajo son muy interesantes.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

OSTEOPOROSIS

Fractura de cadera osteoporótica: la prevención es lo principal

FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD Y A INCAPACIDAD FUNCIONAL TRAS FRACTURA DE CADERA: UN ESTUDIO DE COHORTES DESDE EL INICIO.

J. Alegre López, J. Cordero Guevara, J. L. Alonso Valdivieso y J. Fernández Melón. *Osteoporosis Int* 2005;16:729-736.

La osteoporosis es una enfermedad frecuente de distribución universal, que afecta en nuestro país alrededor de 2.500.000 personas (6.5% de la población). Sin duda, la complicación más importante de esta enfermedad es la aparición de fracturas, especialmente a nivel de cadera y vértebras, por el aumento de la morbilidad y mortalidad asociadas.

El riesgo general de sufrir una fractura de cadera a lo largo de la vida, en mayores de 50 años se estima en el 16% de las mujeres y en el 5% de los varones. Se calcula que cada año en España sufren una fractura de cadera entre 130 a 260 personas por cada 100.000 habitantes. Respecto a la fractura de cadera, el 15% al 30% de los pacientes fallecen durante el primer año y sólo el 25% recobran la funcionalidad previa a la fractura.



El equipo de reumatología del Hospital General Yagüe de Burgos ha evaluado, mediante este estudio de cohortes prospectivo, qué factores están asociados a mortalidad e incapacidad funcional durante el primer año tras sufrir una fractura de cadera. En este artículo aportan los resultados de 218 pacientes mayores de 50 años, que ingresaron durante un año por fractura de cadera.

Al año de haber sufrido la fractura de cadera, habían fallecido el 22.5% de los pacientes que fueron dados de alta. Sin embargo, el 65% de las defunciones sucedieron durante los primeros 3 meses tras sufrir la fractura de cadera.

Los factores asociados a un aumento significativo de la mortalidad fueron: estado mental disminuido (RR: 6.96, IC: 1.73-28.00), capacidad funcional disminuida previa a la fractura (RR: 4.35, IC: 1.32-14.36), traslado al alta a una institución o residencia (RR: 2.92, IC: 1.02-8.38) y ser varón (RR: 2.44, IC: 1.01-5.93).

Por otro lado, los factores asociados a incapacidad funcional postfractura fueron: existencia de incapacidad antes de la fractura de cadera (RR: 34.14, IC: 3.13-372.33), estado mental disminuido (RR: 9.71, IC: 1.57-59.82), edad > 80 años (RR: 4.03, IC: 1.48-11.00) y sexo femenino (RR: 3.57, IC: 0.08-0.98).

Los autores concluyen, que estos factores pronósticos deberían de tenerse en cuenta al alta hospitalaria de este tipo de pacientes.

La mayoría de los estudios que han analizado factores pronósticos en pacientes con fractura de cadera, están realizados en países del norte de Europa. Este trabajo, junto con el publicado por el grupo de Pages M, et al (*Medicina Clínica* 1998), es de los pocos estudios que analizan estos factores y aportan datos pertenecientes a nuestro país, de forma consistente, reflejando la realidad de nuestro propio entorno.

De la lectura del artículo merece la pena resaltar algunos datos generales, que podrían ser aplicables a la población española. El hospital General Yagüe atiende a una población de 230.000 habitantes, de los que 85.100 (37%), tienen más de 50 años. En el periodo de un año ingresaron por fractura de cadera 230 personas mayores de 50 años (incidencia: 2.7%). Doce pacientes (5%) fallecieron durante el ingreso y de los 218 pacientes restantes, 49 pacientes (21%) fallecieron durante el primer año tras el alta hospitalaria. La edad media de la población estudiada era de 81 años (DE: 8.8 años. Rango: 54-101 años) y el 76% eran mujeres. El 75% de los pacientes presentaban al menos algún tipo de comorbilidad asociada, siendo la más frecuente la disminución del estado mental (36%), que como demuestran los autores, es un factor potente y de los más importantes para predecir mortalidad e incapacidad funcional en estos pacientes.

De nuevo este estudio nos recuerda que la osteoporosis y especialmente su complicación más temida, la fractura de cadera, es una enfermedad potencialmente grave que lleva asociada mortalidad precoz, además del dolor y la incapacidad que puede provocar. Sin embargo, llama la atención (al menos en el estudio publicado) que no se aporten datos acerca de la probable osteoporosis que padecen gran parte de estos pacientes: factores de riesgo, densidad mineral ósea, tratamientos previos de fármacos antiresortivos, duración de tratamiento, etc.

Sin duda, estudios como éste, realizados en población española, son de interés para conocer la realidad en nuestros pacientes y de ahí poder diseñar actuaciones concretas.

SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

Debate sobre anticoagulante en ictus y síndrome antifosfolípido

¿ES NECESARIA LA ANTICOAGULACIÓN ORAL EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO QUE HAN SUFRIDO UN ICTUS?

G. Ruiz-Irastorza, M.A. Khamashta. *Rheumatology* 2005; 44:971-974.

El síndrome antifosfolípido es una de las trombofilias adquiridas más frecuentes. Se define por el desarrollo de trombosis y/o alteraciones obstétricas en presencia de anticuerpos antifosfolípido.

La circulación cerebral se ve particularmente afectada en el síndrome antifosfolípido, lo que conlleva alta morbimortalidad, dejando con frecuencia importantes secuelas invalidantes. Por este motivo, evitar los accidentes cerebrovasculares recurrentes es uno de los principales objetivos terapéuticos en el síndrome antifosfolípido. Por otro lado, los tratamientos antiagregantes y anticoagulantes no están exentos de importantes efectos secundarios, por lo que no sorprende que se genere un intenso debate en la búsqueda del tratamiento óptimo para el paciente con síndrome antifosfolípido e ictus.

Ruiz-Irastorza y Khamashta, en el artículo que nos ocupa, realizan una revisión crítica de este tema. Aceptan que los estudios retrospectivos tienen importantes limitaciones; sin embargo, todos los estudios retrospectivos tienen la fuerza de haber incluido solamente pacientes con síndrome antifosfolípido probable o definido, en consonancia con los últimos criterios de clasificación aceptados. Además, se debe tener en cuenta que todas las series retrospectivas coinciden en demostrar que la incidencia de recurrencias es menor en los pacientes tratados con warfarina que en los tratados con aspirina, encontrándose un riesgo bajo-moderado de complicaciones hemorrágicas. Por otro lado, en los pacientes en los que se ha producido una recurrencia y se ha documentado el INR en ese momento, se constata que prácticamente todos tienen INRs por debajo de 3.0.

Por otra parte, el estudio APASS (JAMA 2004; 291:576-84), único estudio prospectivo con un tamaño muestral suficiente, concluye que en la profilaxis secundaria de recurrencias de ictus en pacientes con síndrome antifosfolípido, el tratamiento con aspirina o warfarina tiene resultados similares. Sin embargo, el estudio tiene muchos puntos importantes por discutir. La población elegida para el estudio tenía un riesgo menor de sufrir recurrencias de trombosis que las series de los estudios retrospectivos, ya que se excluyeron los pacientes con ictus recientes, y no se aplicaron de forma estricta los criterios de clasificación para el síndrome antifosfolípido. Además, en el grupo tratado con warfarina la anticoagulación se mantuvo por debajo de los niveles deseados más del 40% del tiempo.

Tras esta revisión se concluye que los pacientes que tengan un síndrome antifosfolípido definido, y hayan padecido un accidente isquémico cerebral, deben ser considerados pacientes de alto riesgo de recurrencia. En cambio, los pacientes con ictus, que no cumplen criterios de clasificación de síndrome antifosfolípido, como los que tengan títulos bajos o transitorios de anticuerpos antifosfolípido, no deben tratarse de forma diferente al resto de la población con isquemia cerebral.

En cualquier caso, los datos publicados muestran una incidencia baja de complicaciones hemorrágicas en estos pacientes cuando se anticoagulan. Por otro lado, las recurrencias de trombosis son excepcionales con INRs por encima de 3.0, y en cambio, se han documentado muchos casos con INRs entre 2.0 y 3.0. Por todo esto, asumir que la anticoagulación "intermedia", o la antiagregación sola, son suficientes para la profilaxis secundaria de pacientes con síndrome antifosfolípido definido e ictus, parece injustificado con la evidencia disponible en la actualidad. Es necesario individualizar los niveles de riesgo entre los pacientes con síndrome antifosfolípido, teniendo en cuenta la gravedad del primer episodio trombótico, la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular y el riesgo estimado de hemorragia por edad, antecedentes hemorrágicos, y tratamientos concomitantes.

N. Fernández-Llanio.H. U. Dr. Peset. Valencia

SÍNTOMAS POLIMIALGICOS

¿Polimialgia reumática o enfermedad por cristales de pirofosfato?

ENFERMEDAD POR DEPÓSITO DE CRISTALES DE PIROFOSFATO CÁLCICO (DCPC) QUE SIMULA UNA POLIMIALGIA REUMÁTICA: ESTUDIO DE SEGUIMIENTO PROSPECTIVO PARA DETERMINAR LOS FACTORES QUE PREDICEN ESTA SITUACIÓN EN PACIENTES CON SÍNTOMAS DE POLIMIALGIA.

Pego-Reijosa JM, Rodríguez-Rodríguez M, Hurtado-Hernández Z et al. *Arthritis Rheum* 2005; 53(6): 931-938.

El objetivo de los autores es el de estudiar las características de los pacientes con enfermedad por DCPC con afectación proximal simulando una polimialgia reumática, y valorar que factores predicen la presencia de esta enfermedad en pacientes con síntomas de polimialgia reumática (PM).

Para ello se realiza un estudio prospectivo en el que se sigue al menos durante 12 meses a pacientes diagnosticados de PM o enfermedad por DCPC desde 1997 hasta el año 2003 en el Servicio de Reumatología del Hospital de Meixoeiro (Vigo).

Treinta y seis (30%) de los 118 pacientes diagnosticados de PMR cumplían también criterios de enfermedad por

DCPC. Los pacientes con DCPC con síntomas de polimialgia eran de mayor edad ($p=0,02$), presentaban artritis periférica ($p=0,004$), signos radiográficos de artrosis en manos y rodillas, calcificaciones tendinosas y estadio radiográfico de artrosis más avanzado en rodillas con mayor frecuencia que los que tenían una PMR pura ($p<0,001$). La presencia de artrosis tibiofemoral avanzada, la mayor edad de inicio, las calcificaciones tendinosas y la artritis de tobillos en pacientes con síntomas de polimialgia son los factores que más predicen que nos encontremos ante una enfermedad de cristales de pirofosfato.

El presente trabajo tiene el atractivo de ser un instrumento de aplicación inmediata en nuestra práctica clínica. El abordaje del paciente con polimialgia reumática tiene dos vertientes contrapuestas. Por una parte es una entidad en la se obtiene una buena respuesta clínica con el tratamiento con corticoides en la mayoría de los casos. Sin embargo, por otra parte nos movemos dentro de la incertidumbre diagnóstica, no hay una prueba diagnóstica. El diagnóstico diferencial es muy amplio, desde enfermedades endocrinológicas, síntoma de inicio de otras conectivopatías, síndrome paraneoplásico o simple asociación temporal con neoplasias en pacientes de edad avanzada.

La enfermedad por DCPC, por su parte, también puede simular muchas entidades y su diagnóstico a veces no es fácil. La presencia de cristales de pirofosfato cálcico en las articulaciones a veces tiene un significado incierto en el contexto de otras enfermedades reumáticas. Por ello es útil tener presentes los datos clínicos que puedan hacernos sospechar la presencia de enfermedad por DCPC en pacientes con síntomas polimialgicos. Por otra parte el presente trabajo muestra que un abordaje terapéutico similar con bajas dosis de corticoides es bastante eficaz en ambas entidades.

Dr. José Ivorra Cortés

VACUNAS

¿Se deben vacunar los pacientes con enfermedades autoinmunes?

INFLUENCIA DEL METOTREXATO, FÁRMACOS BLOQUEANTES DEL TNF Y PREDNISOLONA EN LAS RESPUESTAS DE ANTICUERPOS CONTRA UNA VACUNA NEUMOCÓCICA DE POLISACÁRIDOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE.

Kapetanovic M, Saxne T, Sjöholm, et al. Rheumatology 2006;45:106-111.

La infección por el *Streptococo pneumoniae* es la causante de una gran morbimortalidad en la población mundial. Por este motivo se recomienda la vacunación en todas las personas con edad igual o mayor de los 65 años o en aquellas que presentan enfermedades crónicas, con independencia de la

edad. Los pacientes con artritis reumatoide (AR) presentan una mayor morbimortalidad asociada a procesos infecciosos y esto puede ser debido a la propia enfermedad, enfermedades concomitantes o a los medicamentos que se utilizan para su control. El incremento en la utilización de los fármacos bloqueantes del TNF ha modificado el patrón de infecciones en la AR. De esta manera se ha observado un aumento de las infecciones del tracto respiratorio.

A pesar de la controversia existente acerca de la utilidad de la vacuna contra el neumococo en pacientes inmunosuprimidos, se tiende a considerar que su beneficio potencial justifica su uso. En este estudio se evalúa el efecto de distintos fármacos en la respuesta de anticuerpos en pacientes con AR vacunados contra el neumococo.

En el diseño del estudio se establecieron cuatro grupos para realizar las comparaciones en la respuesta de anticuerpos (Ac): a) pacientes tratados con fármacos anti-TNF sin metotrexato (MTX): 62 pacientes, b) pacientes tratados con anti-TNF y MTX: 50 pacientes, c) grupo tratado solo con MTX: 37 pacientes, d) controles sanos: 47. Todos los participantes en el estudio recibieron una vacuna comercial formada por polisacáridos del neumococo, 23V (Pneumovax: Merck). La cuantificación de los niveles de IgG específicos para los polisacáridos capsulares del neumococo fueron medidos mediante un ELISA estandarizado por la OMS, midiéndose la IgG serotipo específica frente al 23F y 6B.

Participaron un total de 149 pacientes con AR: 48 de ellos tratados con etanercept, 64 con infliximab, 37 tratados solo con MTX y 46 personas sanas. La dosis de MTX fue similar en todos los pacientes tratados, al igual que el número de pacientes en tratamiento con prednisolona. Previo a la vacunación todos los participantes presentaban niveles detectables de Ac contra 23F y 6B, la concentración de Ac postvacunación se incrementó en todos los grupos; sin embargo existieron diferencias de acuerdo a los grupos estudiados, las respuestas inmunes (proporción post/prevacunación de Ac) fueron mayores en los grupos tratados solo con anti-TNF que en aquellos tratados sólo con MTX. El número de pacientes que duplicaron la concentración de Ac mostró unos resultados similares. El uso de prednisolona no influyó en estos resultados.

En la discusión los autores destacan que la terapia con anti-TNF no modifica la respuesta de Ac frente a la vacuna del neumococo mientras que el MTX reduce esta respuesta.

La causa que origina esta disminución es desconocida puesto que las respuestas de Acs fueron mayores en el grupo tratado con MTX y anti-TNF que en el tratado con solo MTX. El estudio llama la atención sobre un tema importante en las enfermedades reumáticas, quizás no suficientemente bien conocido por el reumatólogo. Con independencia de los resultados obtenidos en este estudio, creemos que los pacientes con enfermedades reumáticas deben vacunarse siguiendo los protocolos actualmente recomendados para enfermedades crónicas.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

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

¿Un dolor de rodilla puede ser síntoma de gota?

Tengo 55 años y hace un mes se me hinchó la rodilla con mucho dolor y calor en la zona. Fui a urgencias, me dieron un antiinflamatorio y al día siguiente me visitó un reumatólogo, que tras sacarme líquido de la rodilla y examinarlo me diagnosticó de gota. Yo no acabo de comprenderlo porque creía que para tener gota había que tener dolor en el dedo gordo del pie. Además yo creía que para saber si alguien tiene gota se tiene que hacer un análisis de sangre y ver cómo está el ácido úrico.

J. Reyes Valencia

Cuando hay un nivel elevado de ácido úrico en sangre éste se deposita en forma de cristales en las articulaciones. En un momento dado este depósito de cristales provoca una inflamación y es lo que denominamos ataque de gota. Es verdad que la gota se manifiesta típicamente como una inflamación del primer dedo del pie, pero no necesariamente. De hecho, cualquier articulación puede hincharse durante un episodio de gota, por ejemplo la rodilla, porque



los cristales se depositan en cualquier articulación. Cuando los reumatólogos extraemos el líquido sinovial de las articulaciones, buscamos con un microscopio especial (de luz polarizada) la existencia de cristales y, si los encontramos, diagnosticamos al paciente de gota con independencia de los niveles de ácido úrico en sangre. Es más, durante los ataques de gota algunos pacientes pueden tener el ácido úrico normal y no los diagnosticaríamos si nos basásemos en los niveles de ácido úrico en sangre. Por eso es importante extraer el líquido para examinarlo.

Dr. José Ivorra

¿En qué consiste la enfermedad de Paget?

Tengo 45 años; recientemente a mi padre, que tiene

75 años, le han diagnosticado una enfermedad ósea que se llama de Paget. Como es una enfermedad del hueso, y aunque nuestro médico así nos lo dijo, yo tengo mis dudas de que esta enfermedad no sea un cáncer óseo. Por otro lado ésta debe de ser una enfermedad muy extraña ya que nunca había oído hablar de ella.

¿Podría explicarme en que consiste esta enfermedad?, ¿es o no es realmente un cáncer de los huesos?, ¿es tan rara que por eso no oímos hablar de ella?

Pedro (Finisterre)

La enfermedad de Paget es una enfermedad que se presenta fundamentalmente en personas mayores de 50 años, siendo rara por debajo de los 40 años. Si duda es una enfermedad poco frecuente. Afecta al hueso y se caracteriza por un proceso de destrucción

del mismo, lo que conlleva a la vez a un proceso de formación, que al estar desorganizado, provoca la formación de un hueso anómalo que puede llegar a deformarse.

Aunque existe la sospecha de que esta enfermedad puede ser causada por ciertos agentes infecciosos como son los virus, su causa no está esclarecida actualmente. La enfermedad de Paget tiende a presentarse de forma agregada en las familias. De esta forma un 40 % de los pacientes tienen al menos otro miembro de la familia con la enfermedad. Sin embargo, no ha podido ser demostrado que esta enfermedad tenga una base genética.

Generalmente esta enfermedad no suele producir síntomas clínicos. Si éstos se presentan, pueden variar, dependiendo de su localización: dolor óseo, deformidades, fracturas o síntomas neurológicos. En general, el diagnóstico se realiza mediante radiografías simples de hueso que presentan las lesiones características de la enfermedad. En ocasiones, pueden realizarse gammagrafías óseas u otras pruebas de imagen.

En general, el pronóstico de la enfermedad es bueno y no es una enfermedad maligna. Sin embargo, sólo

en menos del 1% de los casos la enfermedad puede presentar una degeneración sarcomatosa o maligna.

El tratamiento sólo se realiza cuando existe dolor, fracturas o complicaciones neurológicas por compresión, o en aquellos casos en los que la localización puede comprometer el correcto funcionamiento de una articulación. El tratamiento se realiza generalmente con bifosfonatos a las dosis adecuadas para esta enfermedad (superiores a las utilizadas para la osteoporosis), que de alguna manera regulan la formación alterada del hueso pagético.

Con respecto a sus preguntas: la enfermedad de Paget es una enfermedad ósea y no un tumor óseo. Por otro lado, efectivamente es una enfermedad infrecuente, aunque se suele controlar de forma adecuada con los tratamientos de que disponemos en la actualidad.

Dr. J. L. Fernández Sueiro

Fenómeno de Raynaud: ¿problema reumático o de la circulación?

Tengo una hija de 18 años que me tiene preocupada. Siempre tiene las manos frías, pero desde hace unos meses con frecuencia se le ponen las manos pálidas y a veces incluso los dedos azulados, sobre todo últimamente que

hace más frío. Yo creía que era algo de la circulación, pero nuestro médico de cabecera nos ha dicho que hay que descartar una enfermedad reumática y estamos a la espera de que la vea el reumatólogo. Al menos ha conseguido que deje de fumar, porque parece que para esto también es perjudicial. No entiendo bien la relación de esto de mi hija, que es joven, con el reumatismo y me gustaría tener más información.

M. Gómez (Xátiva)

Por los datos que comenta, su hija presenta el denominado fenómeno de Raynaud (FR). Se caracteriza por la aparición de cambios de color habitualmente en manos, aunque también puede aparecer en los pies, en relación con el frío o el agua fría y también con el estrés o nerviosismo. Como usted pensaba, en realidad tiene que ver con la circulación, porque su aparición está en relación con un vasoespasmo o disminución de la circulación excesiva o mayor a la normal, en respuesta a la exposición al frío.

El FR es frecuente, pues afecta al 5% de la población general, sobre todo a mujeres, con mayor frecuencia jóvenes. En general, el FR no está asociado a otra enfermedad (FR primario) y se considera una característica más del paciente. En estos casos no deja de ser un problema estético y suele controlarse evitando su aparición, no utilizando agua



fría o protegiéndose del frío con guantes adecuados. Además se debe evitar el tabaco y ciertos fármacos como las píldoras anticonceptivas o los betabloqueantes (utilizados para la hipertensión arterial), porque sabemos que lo empeoran.

Sin embargo, su médico tiene razón. Lo más importante cuando se descubre el FR es descartar la presencia o su asociación a ciertas enfermedades reumáticas (FR secundario) llamadas inflamatorias o sistémicas, como la escleroderma o el lupus eritematoso sistémico, para un diagnóstico y tratamiento precoz y así evitar las posibles complicaciones. Por otra parte, estas enfermedades también son más frecuentes en mujeres jóvenes. En la actualidad el diagnóstico de estas enfermedades está claramente establecido y no suele representar gran problema. Por tanto, es muy adecuado que su hija sea evaluada por un reumatólogo y valore el alcance del FR.

Dr. José Rosas

¿Qué relación tiene la psoriasis cutánea con la artritis psoriásica?

Soy una mujer de 32 años y en mi familia mi padre tiene una artritis psoriásica desde hace unos 20 años. Recientemente he ido al dermatólogo porque comencé con una erupción en la piel y me fue diagnosticada una psoriasis. Como mi padre tiene una artritis psoriásica, estoy bastante preocupada porque tengo miedo de que llegue a tener la misma enfermedad que mi padre, ¿podría explicarme en qué consiste la artritis psoriásica y qué relación tiene la enfermedad de la piel con la de los huesos?

Ana (La Coruña)

La psoriasis es una enfermedad que afecta única y exclusivamente a la piel, mientras que la artritis psoriásica se caracteriza por la presencia de la enfermedad cutánea y la inflamación de

las articulaciones. Por lo tanto aunque estas dos enfermedades están estrechamente relacionadas el hecho de tener psoriasis no implica necesariamente que se tenga o se vaya a tener artritis.

Desde el punto de vista de la enfermedad cutánea la psoriasis tiene una base genética, aunque ésta no está perfectamente establecida. Sí se sabe

concretos que en la psoriasis cutánea. De este modo, aunque algunos datos sugieren que los familiares de primer grado de los pacientes con artritis psoriásica presentan mayor riesgo para padecer esta enfermedad, los resultados son mucho menos consistentes y por lo tanto es algo que no podemos afirmar en la actualidad.



que las personas que tienen un familiar con psoriasis están expuesta a riesgo mayor de desarrollar la enfermedad. Sin embargo, como ésta no se desarrolla en el cien por cien de los casos, tienen que existir más factores además de los genes para el desarrollo de la enfermedad.

Aunque este es un tema en constante discusión, actualmente para poder decir que una persona tiene una artritis psoriásica, la psoriasis debe estar siempre presente, pero además debe constatarse la inflamación en las articulaciones y, por supuesto, descartar otras causas que produzcan artritis. En el caso de la artritis psoriásica los datos que se conocen son menos

Por otro lado no todos las personas que tienen psoriasis desarrollan una artritis psoriásica; se estima que entre el 7% y el 34% de las personas que tienen una psoriasis cutánea desarrollan una artritis psoriásica.

Con respecto a la pregunta que usted nos hace, creemos que no existe ningún motivo por el deba de estar preocupada. Lo que le sugerimos es que consulte con su dermatólogo para que éste lleve un control adecuado de la enfermedad de la piel que presenta, ya que en ocasiones la psoriasis puede ser una enfermedad grave. Pero como no existe ninguna prueba que pueda predecir si usted desarrollará o no una artritis psoriásica,

debe realizar una vida normal. Solo si existiese un cuadro de dolor articular con inflamación, debe consultar al reumatólogo.

Dr. J. L. Fernández Sueiro

¿Qué es el reumatismo palindrómico?

Soy una mujer de 40 años y desde hace 6 meses me duelen de forma ocasional las articulaciones. Por ejemplo, el dolor me empieza en una rodilla, se me hincha, y me duele durante dos días y luego desaparece. Puedo pasar semanas sin molestias y un buen día me duele una muñeca y, lo mismo, en dos días como nueva, si bien a veces me ha durado sólo varias horas. Hasta el momento me han dolido de esta forma las rodillas y la muñeca. Mi médico de cabecera me ha hecho muchos análisis que han sido normales, aunque en alguna ocasión he tenido la velocidad alta. Al final me mandó al reumatólogo que me ha diagnosticado un reumatismo palindrómico. Yo no acabo de comprender bien qué tipo de enfermedad es y si puede ir a más.

C. Sarrión, Valencia

El reumatismo palindrómico es un síndrome que se caracteriza, como usted muy bien ha descrito, por dolor intenso en una o varias articulaciones (no suelen ser más de dos o tres

a la vez) que desaparece espontáneamente en horas o varios días. El dolor puede acompañarse de hinchazón y enrojecimiento de la articulación afectada. Después el paciente se restablece completamente, y tras un periodo variable de tiempo reaparecen los síntomas en la misma u otra articulación, y de nuevo las molestias se autolimitan. La escasa duración de los dolores y el carácter migratorio hacen que sea difícil el diagnóstico. Además, los análisis suelen ser normales en los periodos sin dolor, e incluso en los periodos con molestias, si bien como en su caso pueden estar elevados la velocidad de sedimentación u otros indicadores de inflamación.

Más de la mitad de los pacientes siguen con estos síntomas intermitentes sin evolucionar a otra enfermedad. Si no son muy frecuentes y duran poco, no requieren más tratamiento que intentar controlar el dolor cuando aparece. En otras ocasiones sí que damos un tratamiento continuo para prevenir los ataques, sobre todo cuando los brotes son muy reiterados o por su intensidad llegan a interferir en las actividades habituales de los pacientes.

En otras ocasiones estos síntomas son el inicio de otra enfermedad, fundamentalmente una artritis reumatoide y con el tiempo la tumefacción articular se hace continua y se afectan más articulaciones. Muchas veces en estos pacientes sí que se detectan anomalías en los análisis desde el principio,

como la presencia de factor reumatoide o anticuerpos antinucleares.

Dr. José Ivorra

¿Tengo riesgo de osteoporosis porque mi madre la padece?

Tengo 32 años y trabajo como auxiliar de clínica en un hospital público. Hasta ahora no he tenido problemas de salud importantes. Hago algo de ejercicio, aunque no todo el que yo quisiera. Mi madre tiene osteoporosis desde hace años, con algunas fracturas en las vértebras que le producen incapacidad y sufrimiento. Estoy preocupada, porque su médico me ha comentado que yo tengo riesgo de poder sufrir esta enfermedad, porque la tiene mi madre. ¿Es cierto que tengo riesgo de padecer osteoporosis?, ¿qué puedo hacer para evitarla?

A. Paredes (Benidorm)

Plantea un problema de interés en la actualidad: el abordaje de la osteoporosis (OP) en la mujer premenopáusica. A diferencia de la época de la postmenopausia, donde los riesgos de la población y pautas de tratamientos de esta enfermedad están aceptadas, antes de la menopausia el riesgo general de padecer OP es bajo y las pautas de comportamiento terapéutico no están totalmente establecidas.

En lo que nos comenta hay varias cuestiones, que vamos a separar. En primer lugar, conocer el riesgo que usted tiene por padecer su madre OP. Al tener su madre fracturas



vertebrales, hay que considerar que ella padece una OP grave. Sin saber si tiene otros factores de riesgo de OP, efectivamente usted tiene también riesgo de padecer esta enfermedad. La carga genética es un factor importante a tener en cuenta; como en otras enfermedades, también lo es en la OP.

En segundo lugar, usted pregunta si puede evitar padecer OP. Por su edad, suponemos que usted no ha comenzado la menopausia. Esto tiene interés, puesto que sabemos que antes de la menopausia la pérdida de masa ósea es baja, a diferencia de la menopausia, especialmente en los primeros años de esa etapa, donde la pérdida de masa ósea es mayor, incluso de forma natural. Por tanto, en personas como usted, premenopáusica y sin otros factores de riesgo presentes para padecer OP, hoy en día se aconseja realizar ejercicio de forma regular y evitar factores de riesgo conoci-

dos; como hábito tabáquico, baja ingesta de productos lácteos y derivados o vida sedentaria. Sólo se contempla iniciar tratamiento específico ante la presencia de enfermeda-

des (por ejemplo enfermedades de malabsorción intestinal), o fármacos que ya conocemos que pueden aumentar la pérdida de masa ósea y por tanto la aparición de OP, como los corticoides.

Dr. José Rosas

¿Cuándo tengo que hacerme una densitometría?

Tengo 36 años y mi madre está diagnosticada de osteoporosis. Parece ser que por tenerla mi madre, yo también puedo padecerla. He hablado con mi médico para intentar saber si ya la tengo haciéndome la prueba llamada densitometría, pero me dice que no es necesaria antes de que empiece la menopausia. A mí me gustaría prevenir. Desearía información acerca de esto.

T. Olmo (Altea)

La osteoporosis es una enfermedad que sin duda predomina en mujeres después de la menopausia. Su aparición antes de la menopausia ha recibido menor atención. Algunos datos estadísticos pueden ayudar a centrar este tema; se detecta (prevalencia) en el 17% de las mujeres entre los 50 y 60 años y, sin embargo, sólo en el 0.5% de las mujeres antes de la menopausia. El diagnóstico se realiza habitualmente mediante una densitometría ósea o por la aparición ya de fracturas de origen osteoporótico.

Antes de la menopausia, en general no se suele indicar la realización de la densitometría ósea de forma general. En la práctica, se contempla su realización en casos en los que la paciente padece alguna enfermedad (períodos de desaparición de la menstruación de cualquier causa, como la anorexia nerviosa, etc) o tratamiento con fármacos que provocan disminución de la masa ósea (por ejemplo la cortisona).

Por tanto en su caso, no parece que tenga otros riesgos de osteoporosis, excepto los supuestamente genéticos, por lo que estamos de acuerdo con su médico en no realizar la densitometría antes de la menopausia. Como probablemente le habrá aconsejado, debe hacer ejercicio de forma regular y mantener una dieta adecuada de productos que contengan calcio como los lácteos, así como evitar el tabaco.

Dr. José Rosas

Infiltraciones articulares con infliximab: mejoría rápida y completa

■ LR.- Dr. José Rosas.

Conocemos que el TNF alfa juega un papel fundamental en la inflamación de la sinovial de los enfermos con artritis crónicas. De hecho, el nivel de TNF está elevado en las articulaciones inflamadas. Se han descrito recientemente algunas experiencias con infliximab intrarticular en pacientes con artritis reumatoide (AR) (Nikas NS. Ann Rheum Dis 2004).

El grupo de Conti ha publicado el caso de un paciente con espondiloartropatía indiferenciada, que presentaba dolor lumbar inflamatorio, uveítis recurrente y artritis de rodilla refractaria de rodilla, que obtuvo mejoría tras inyección intrarticular con infliximab.

Inicialmente el paciente había recibido diversos tratamientos con sulfasalazina asociado a metotrexato, AINE e infiltración en rodilla con corticoide, mejorando el cuadro axial, aunque persistía la artritis en rodilla. La ecografía demostraba, proliferación sinovial, derrame articular y signos positivos con el Doppler. Se realizó una gammagrafía con infliximab marcado con terencio-99, que mostró intensa captación en rodilla y por tanto la presencia de niveles elevados de TNF-alfa.

Finalmente, con estos datos se realizó una única inyección intrarticular con 100 mg de infliximab, obteniéndose mejoría rápida y completa, que mantenía 8 meses después. Además, una

nueva gammagrafía con infliximab, marcada con terencio-99, no evidenció captación.

Si bien en casos seleccionados este tipo de tratamiento puede ser una opción atractiva, sin duda se necesitan estudios controlados con placebo antes de un uso más amplio.

Artículo origen: Conti F, Priori R, Climenti MS, et al.

Tratamiento con infliximab intrarticular en un paciente con espondiloartropatía y monoartritis de rodilla refractaria.

Papel de la gammagrafía con infliximab marcado con Tecnecio-99. Arthritis Rheum 2005;52:1224-1226.

El ejercicio moderado durante el tiempo libre evita la pérdida de capacidad funcional

■ LR.- Dr. José Ivorra

En un reciente artículo publicado en Arthritis and Rheumatism (Arthritis Care and Research) 2005; 53(6): 879-885, se hace hincapié en el valor del ejercicio moderado durante el tiempo libre para mantener la capacidad funcional de pacientes con artritis. Ejemplos de ejercicio moderado serían: caminar, cuidar el jardín, bailar, practicar el golf o jugar a los bolos. Con sólo reali-

zarlo entre 10 y 30 minutos durante dos días a la semana puede servir para mantener la capacidad funcional. Si el ejercicio es más intenso como correr, nadar o el ciclismo durante tres días a la semana puede incluso mejorar modestamente esta capacidad. En este artículo el ejercicio realizado durante el trabajo parece no influir en la capacidad funcional, si bien es difícil de valorar porque muchos pacientes con

patología osteoarticular no son activos.

Nuestra sociedad envejece y muchas personas mayores presentan disminución de su capacidad funcional por problemas osteoarticulares, fundamentalmente artrosis. Medidas baratas como insistir en la realización de ejercicio moderado, de forma individual o bien en grupo, puede ayudar a mantener la capacidad funcional de grupos importantes de población.

Anakinra, tratamiento de elección en la forma sistémica de la AIJ

■ **LR.-** Dr. José Rosas.

La artritis idiopática juvenil (AIJ) es la causa más frecuente de artritis en la infancia. Cada año aparecen alrededor de 10 nuevos casos por cada 100.000 niños. La forma sistémica de la AIJ o enfermedad de Still, que afecta al 10% de niños con AIJ, es una enfermedad potencialmente grave, que se caracteriza por fiebre remitente, leucocitosis muy marcada, rash cutáneo, artritis y en ocasiones pericarditis.

En general, el tratamiento se basa, como en otras formas de AIJ, en el uso de metotrexato y con frecuencia precisan corticoides. Sin embargo, en un número relevante de niños la enfermedad no responde a los diversos tratamientos, que incluyen inmunosupresores, citostáticos e incluso los modernos anti-TNF como etanercept.

Recientemente el grupo de la Dra. Virginia Pascual, en Dallas, ha publicado un esperanzador estudio realizado en 9 niños con AIJ sistémica que habían sido refractarios a los tratamientos habituales (J Exp Med. 2005;201:1349-50.) y que respondieron al bloqueo de la interleukina-1 (IL-1) con anakinra.

En primer lugar, demostraron que el suero de estos pacientes induce en sanos la producción de IL-1 en las células mononucleares de sangre periférica y por tanto que esta citoquina está implicada en la patogenia de la enfermedad. Posteriormente administraron en el grupo anterior de pacientes un antagonista del receptor de IL-1 recombinante (anakinra) y obtuvieron los siguientes resultados: 1) Todos los niños quedaron sin fiebre en la primera semana de tratamiento.

2) De los 8 niños que tenían artritis al inicio del tratamiento, a los 2 meses de tratamiento, en 6 de ellos había desaparecido por completo y los 2 restantes habían mejorado. 3) A los 2 meses de tratamiento todos los niños habían normalizado la velocidad de sedimentación, la cifra de leucocitos y de plaquetas. Por tanto, el antagonista de IL-1 o anakinra se convierte en la actualidad en el tratamiento de elección de los niños con AIJ sistémica y una verdadera esperanza para los niños y sus familias.

Artículo origen: *Papel de la interleukina-1 (IL-1) en la patogénesis de la forma sistémica de la artritis idiopática juvenil y la respuesta clínica al bloqueo de IL-1.* Pascual V, Allantaz F, Arce E, Punaro M, Banchereau J. J Exp Med. 2005;201:1349-50.

Aumento de la enfermedad celíaca entre pacientes con osteoporosis

■ **LR.-** Dr. José Rosas.

La enfermedad celíaca es una enteropatía del intestino delgado, provocada por la gliadina de los alimentos de trigo. Estudios epidemiológicos poblacionales de los últimos años, apuntan a una prevalencia de alrededor de 1:200. Aunque el cuadro clínico con malabsorción es bien conocido, existen muchos pacientes con enfermedad subclínica.

Desde hace tiempo, sabemos que el riesgo de osteoporosis es mayor entre los pacientes con enfermedad celíaca. Recientemente el grupo de Stenton y cols, de St Louis han publica-

do un estudio para evaluar la presencia de celiaquía entre 266 pacientes con osteoporosis y 574 sin osteoporosis, mediante pruebas serológicas anti endomisio y antitransglutaminasa. A los pacientes con estas pruebas positivas, se les realizó biopsia intestinal.

El 4.5% de los pacientes con osteoporosis y el 1% de los pacientes sin osteoporosis tenían pruebas serológicas positivas para enfermedad celíaca. La prevalencia de celiaquía fue mayor entre los pacientes con osteoporosis (3.4%), que entre los pacientes sin osteoporosis (0.2%).

Por tanto, entre los pacientes con

diagnóstico de osteoporosis, sería conveniente recordar la posibilidad de la celiaquía y por ello investigar la presencia de síntomas abdominales como los citados. Los pacientes con sospecha de esta enfermedad deben ser evaluados por un Servicio de Aparato Digestivo.

Artículo origen: *aumento de la prevalencia de enfermedad celíaca y necesidad de búsqueda de la enfermedad, entre los pacientes con osteoporosis.* Stenson WF, Newberry R, Lorenz R, Baldus C, Civitelli R. Arch Intern Med 2005;165:393-399.

El coste medio por paciente con AR asciende a 3.845 euros al año

■ LR.- Dr. José Ivorra

Un nuevo estudio de infliximab frente a placebo ha demostrado la buena tolerancia y eficacia de infliximab en una amplia cohorte de pacientes con espondilitis anquilosante (EA) durante un periodo de 24 semanas. El estudio, llevado a cabo en Holanda, Alemania y EE.UU., ha sido publicado en "Arthritis & Rheumatism" (vol.52, 2, 582-591). Los autores señalan como motivación del ensayo la evidencia de que los signos y síntomas de la EA no responden adecuadamente a los AINE, los corticoides y los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad en un gran número de pacientes, mientras que los anti-TNF han demostrado éxito en reducir la actividad de la EA en un número

limitado de ensayos clínicos.

Este nuevo ensayo, que utiliza doce escalas y cuestionarios estándar para criterios de valoración, demuestra eficacia y buena tolerancia de acuerdo con todos los criterios.

Al cabo de 24 semanas, el 61,2% de los pacientes en el grupo infliximab respondieron al ASAS20, mientras que sólo lo hicieron el 19,2% de los pacientes en el grupo placebo. Los tratados con infliximab comenzaron a observar beneficio clínico ya a la semana 2, y el beneficio se mantuvo tras el periodo de 24 semanas del estudio.

EFICACIA EN AIJ

Por otra parte, infliximab, en combinación con metotrexato, ha demostrado alta eficacia y seguri-

dad en el tratamiento a corto y medio plazo de la artritis idiopática juvenil crónica, no respondedora a metotrexato, de acuerdo con los resultados de un estudio prospectivo abierto, desarrollado por especialistas italianos del Instituto G. Pini, Milán.

El estudio, publicado también en el órgano portavoz del American College of Rheumatology, analizó a 24 jóvenes adultos, que recibieron infliximab intravenoso en dosis de 3 mg/kg de peso en las semanas 0, 2 y 6 y cada 8 semanas posteriormente, junto a metotrexato subcutáneo administrado semanalmente.

Los resultados indican que el porcentaje de pacientes que alcanzaron los criterios de mejora ACR-20 osciló entre 54,2% y 86,7%.



Lanzamiento de Fosavance para la osteoporosis

El fármaco más utilizado en el mundo para prevenir las fracturas de cadera y de columna, alendronato, sale al mercado en su dosis semanal con vitamina D, Fosavance. Al efecto del bisfosfonato hay que añadir ahora el de la vitamina D,

esencial para absorber el calcio y mineralizar el hueso. Un déficit de esta vitamina se asocia también a una reducción de la función muscular y el equilibrio, lo que aumenta el riesgo de caída y fractura osteoporótica. La vitamina D está normalmen-

te recomendada para todos los pacientes con tratamiento para la osteoporosis, enfermedad que afecta a una tercera parte de las mujeres de edades entre los 60 y los 70 años y a dos terceras partes de aquellas de más de 80 años.

Resultados prometedores de adalimumab en artritis reumatoide y en espondilitis anquilosante

El tratamiento con adalimumab (Humira) de los afectados por artritis reumatoide (AR) en los que ha fracasado un tratamiento previo con otros fármacos anti-TNF (etanercept o infliximab), ha ofrecido resultados prometedores tras las primeras 12 semanas. Una mayoría (61 %) presentó una respuesta clínica con adalimumab, según los datos del estudio ReAct (Research in Active Rheumatoid Arthritis) en más de 800 pacientes. Los datos fueron presentados en la reunión anual del American College of Rheumatology (San Diego, noviembre 2005).

“Este estudio ha demostrado que el fracaso de un anti-TNF no tiene por qué ser indicativo del fracaso a otro bloqueante del TNF”, declaró el Dr. Stefano Bombardieri, investigador del estudio ReAct y catedrático de reumatología del Departamento de Medicina Interna de la Universidad de Pisa, Italia.

ReAct era un estudio abierto en el que participaron 6.610 pacientes con AR moderada a severa y una respuesta insuficiente a los tratamientos antirreumáticos habituales. De los 819 pacientes en los que había fracasado el tratamiento previo con etanercept y/o infliximab, casi dos tercios (61 %) alcanzaron la ACR 20, y un tercio (33 %) alcanzó la ACR 50 tras 12 semanas de tratamiento con 40 mg de Humira en semanas alternas. Un 13 % de

los 819 pacientes en los que había fracasado el tratamiento previo con etanercept y/o infliximab alcanzaron remisión clínica tras 12 semanas de tratamiento con 40 mg de Humira.

Un tercio de los pacientes experimentó una mejora de al menos un 50 % en los signos y síntomas de la artritis reumatoide tras 12 semanas de tratamiento

SIGNIFICATIVA MEJORÍA EN ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

En cuanto a los resultados del estudio ATLAS (Adalimumab Trial Evaluating Long-Term Efficacy and Safety in AS), expuestos también en San Diego, muestran que en los pacientes con espondilitis anquilosante (EA) tratados con adalimumab se producen reducciones significativas de los signos y los síntomas, incluyendo el dolor y la inflamación, y mejoras de la calidad de vida relacionada con la salud. Los resultados se registraron tras 12 y 24 semanas de tratamiento.

La EA está clasificada como

una espondiloartritis, término que se aplica a un grupo de enfermedades reumáticas estrechamente relacionadas, que pueden afectar a la columna y las articulaciones y que también pueden provocar inflamación de los ojos, el intestino y la piel. En su forma grave, la EA puede provocar la fusión de la columna, lo que supone una limitación física extrema.

ÚNICO ANTICUERPO MONOCLONAL COMPLETAMENTE HUMANO

Adalimumab es el único anticuerpo monoclonal completamente humano aprobado por la FDA para reducir los signos y síntomas, inducir una respuesta clínica importante, inhibir la progresión de la lesión estructural y mejorar la función física en pacientes adultos con artritis reumatoide activa moderada a severa. Puede utilizarse solo o en combinación con metotrexato (MTX) o con otros FAME (fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad). Además, está indicado para reducir los signos y síntomas de artritis activa en pacientes con artritis psoriásica, y se están realizando ensayos clínicos para evaluar su potencial en otras enfermedades autoinmunes.

Los tratamientos anti-TNF se enfocan a la inhibición y el bloqueo de la actividad de las citoquinas inflamatorias, incluyendo el TNF-alfa, molécula implicada directamente en la patogenia de la AR.

PREMIO NACIONAL DE INVESTIGACIÓN FAES

Test genético para predecir la baja masa ósea

Un método para determinar genéticamente los niveles de insuficiencia de vitamina D ha sido el ganador del Premio Nacional de Investigación FAES 2005, convocado por la Sociedad Española de Investigación Ósea y Metabolismo Mineral (SEIOMM).

El trabajo, cuyo autor principal es el Dr. José Manuel Quesada, ha sido realizado por un equipo formado por Rafael Cuenca-Acevedo, Antonio Casado, Carmen Díez, Javier Caballero y Gabriel Dorado de la Unidad de I+D+I de Sanyres XXI (Grupo PRASA) de la Unidad de Metabolismo Mineral del Hospital Universitario Reina Sofía y del Departamento. Bioquímica y Biología Molecular, Universidad de Córdoba (España).

El trabajo consistió en medir los niveles de vitamina D a un grupo de mujeres postmenopáusicas sanas utilizando un modelo denominado COSTERI (acrónimo de "Córdoba Osteoporosis TEst Risk") que incluye los niveles séricos de 25OHD3 (vitamina D), la evaluación del polimorfismo Cdx-2 del gen del receptor de la vitamina D, la edad de la paciente, el índice de masa corporal (IMC) y los años de vida fértil, entre otros el cual permite seleccionar a mujeres sanas posmenopáusicas recientes, con mayor riesgo de padecer osteoporosis a las que indicar estudio DEXA para confirmar el diagnóstico de osteoporosis.

Los autores demostraron con el nuevo método genético que más de un 80% de mujeres posmenopáusi-

cas sanas tenían insuficiencia en vitamina D y que un 5% tenían deficiencia grave, lo que confirma que la elevada prevalencia de la insuficiencia de vitamina D en el mundo se da también en España, a pesar de los niveles de sol de los que gozamos en nuestro país

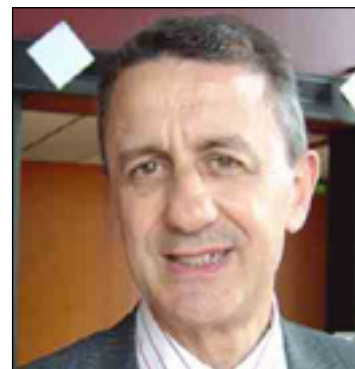
Según el principal autor del proyecto las expectativas que ha generado este método son grandes, puesto que se trata una prueba fácil y barata de realizar, desarrollada íntegramente por un grupo de investigadores españoles. Su empleo para el cribado de osteoporosis en mujeres posmenopáusicas se podría llevar a cabo masivamente, una vez se valide por agencias evaluadoras independientes.

Identificado el gen plat asociado con la protección de la artrosis

Un equipo de investigadores de la Universidad de Santiago ha identificado un gen relacionado con la protección de la artrosis de rodilla y de cadera. La identificación del gen plat, un gen que todas las personas tienen, pero que parece proteger sólo a algunas, es el resultado de un proyecto de epidemiología genética de la artrosis, comenzado en el año 2002 por un convenio entre la Universidad y la Fundación Pedro

Barrié de la Mata, coordinado por el doctor Juan José Gómez Reino, del servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Santiago y el catedrático de Medicina Legal, Ángel Carracedo. Participaron en el estudio unos 670 pacientes y se analizaron alrededor de 64 genes.

Según los autores, la artrosis es una enfermedad genéticamente compleja y son varios los genes que controlan la estructura del cartílago. La artrosis es una enfermedad



Doctor Juan José Gómez Reino

de gran impacto social, personal y económico. Se calcula que en España el 70% de la población de más de 80 años sufre en distintos grados esta enfermedad. El hallazgo de este gen relacionado con la artrosis abre la posibilidad de diseñar fármacos más eficaces.

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

C En el discurso de ingreso en la Academia Española de Médicos Escritores y Artistas que presido, la doctora Victoria Gándara Adán, prestigiosa especialista de Anestesiología y Reanimación, se refirió a la "Aportación de Sorolla a la pintura española".

Entre los muchos ejemplos con los que ilustró su conferencia, citó "Triste herencia", uno de los cuadros que contribuyeron a crear la fama internacional del pintor levantino, del que ya me he ocupado en otra ocasión, pero que estimo que por su interés reumatológico vale la pena dedicarle este trabajo.

Nacido en 1860, Sorolla, que inició sus estudios en Valencia, deseó, como la mayoría de los pintores jóvenes de la época, hacer méritos para trabajar en Roma. Para ello presentó un cuadro de gran tamaño, de tema historicista, el "Dos de mayo", o "Defensa del Parque de Monteleón", por el que le es concedida una beca para estudiar en Italia y, además, le fue otorgada una Segunda Medalla en la Exposición Nacional de Bellas Artes. Permaneció allí durante cinco años, desde 1.885 a 1.890, casándose en 1888.

De regreso a Italia, se instala en Madrid, en la Plaza del Progreso, hoy Tirso de Molina, pero con frecuentes estancias en Valencia, dedicándose especialmente a pintura con argumento realista y social, como "Aún dicen que el pescado es caro", "Aquella otra Margarita" acerca de una detenida por abortar, "Trata de blancas" donde una celestina lleva carne fresca a los burdeles valencianos, "El

Una espondiloartritis anquilopoyética juvenil en un cuadro de Joaquín Sorolla



padre Jofré protegiendo a un loco" al que querían lapidar, germen del primer hospital psiquiátrico del mundo, o "Triste herencia", título sugerido, como tantos otros, por Vicente Blasco Ibáñez, y no porque los niños fueran inválidos, sino por la creencia de que muchas de aquellas enfermedades eran de origen sifilítico, herencia de los padres.

EL SOROLLA QUE PINTA EL MEDITERRÁNEO

Joaquín Sorolla "descubre el mediterráneo" en 1.894, con la luminosidad que muestra en las escenas de "la

vuelta de la pesca" y sobre todo, la sinfonía del blanco en "Remendando redes" del año siguiente. Así, descubierto el sol, la luz y el blanco, Sorolla va a quedar fiel a su estilo, pese a que por esas fechas, finales del XIX y principios del XX, se van a desarrollar movimientos pictóricos tan importantes como el Neopresionismo, el Fauvismo, el Expresionismo Alemán, la Secesión Vienesa, el Cubismo y el comienzo del Arte Abstracto.

Sorolla no va a cambiar y, siempre fiel a sí mismo, busca en la claridad la expresión de su alma abierta, sin preocupaciones sociales ni políticas

Bibliografía

Abril, Marcelo. "Sorolla". Edit. Joaquín Gil. Barcelona S/F (¿1.950?) Bozal, Valeriano. Pintura y Escultura Españolas del siglo XX (1.900-1.939). Tomo XXXVI. Summa Artis. Espasa Calpe, Madrid, 1.992 · Castillo-Ojugas, Antonio, "Historia de la Reumatología y de las Enfermedades reumáticas", en "Tratado Iberoamericano de Reumatología", Sociedad Española de Reumatología. Madrid, 1.999



existenciales o estéticas. Su éxito mundial fue apoteósico. Nunca se había pintado así el sol de España, el sol de Levante que, con diferencia, ganaba en luminosidad a las obras de otros artistas europeos que por entonces coincidían con los postulados del maestro valenciano, como el sueco Andreas Zorn, o el norteamericano que vivió en Inglaterra, John Sargent.

"Triste herencia" fue el último cuadro de tema social que pintó, pero totalmente iluminado de la luz de la playa. Obtuvo la Medalla de Honor de la Exposición Nacional de Madrid en 1901. Pintado dos años antes, en 1899, tras un buen número de apuntes al natural y al menos cuatro bocetos que conozco, formó parte con otros 16 cuadros en la Exposición Internacional de París en 1.900, obteniendo el Gran Prix.

En 1909 expone 305 cuadros en Nueva York, Boston, Buffalo y San Luis, vendiendo más de la mitad. Dos años después firma con Mr. Huntington el contrato para la realización de la monumental "Visión de España" con destino a la Hispanic Society de Nueva York, trabajo que le ocupó siete años, viajando constantemente por pueblos y rincones de España. El resultado, un enorme panel de 72 metros de largo por 3,5

de alto... y su vida, ya que después de aquel esfuerzo, mientras pintaba en 1.919 el retrato de la señora del escritor Pérez de Ayala, sufrió una hemorragia cerebral que le inutilizó para siempre. Murió en Cercedilla el 10 de agosto de 1.923. Su entierro en Valencia fue una manifestación pública colosal.

"TRISTE HERENCIA"

"Triste herencia" fue pintado en la playa de El Cabañal, en Valencia. Un hermano de la Orden de San Juan de Dios, con su hábito negro que contrasta con la luminosidad de la arena y el mar, lleva al baño a unos niños. Ayuda a caminar a un muchacho que tiene la columna rígida, sin lordosis lumbar, ni cifosis dorsal, con la cadera y la rodilla derecha en flexión que origina un acortamiento del miembro, lo que le obliga a llevar una burda muleta axilar y todo su cuerpo sufre una importante atrofia muscular generalizada. No hay duda de que se trata de una espondiloartritis anquilopoyética juvenil.

Junto a él, y un poco más atrás, un niño de unos ocho años también con la cadera derecha en marcada flexión, marcha con dos muletas, pero tiene una acusada lordosis lumbar y no presenta atrofia muscular. Puede ser una coxitis tuberculosa, mientras

El título de "Triste herencia" surgió de la creencia de que muchas de aquellas enfermedades eran de origen sifilítico, herencia de los padres

que el niño vecino, tiene el pie izquierdo supinado, con la pantorrilla atrofada, lo que sugiere una secuela poliomiéctica.

En un boceto que Sorolla regala a su amigo el pintor Sargent, aparece un niño con la posición del espondilítico, pero no es ni parecido. Prácticamente es un niño normal, con la región lumbar flexionada, pero no rígida, puesto que la columna dorsal y cervical muestran las curvas fisiológicas y no hay atrofias ni rigideces articulares.

El cuadro, de considerables proporciones, 2,10 por 2,65, tiene una historia muy movida. Fue comprado por el marchante Jesús Vidal en 1.902 y lo vende en Nueva York dos años después al millonario John E. Berwind, quien lo donó en 1.909 a la Iglesia de la Asunción de esa misma ciudad, hasta que, precisando dinero para reparaciones, fue subastado por la Casa Sotheby en 1.981 y adquirido por la Caja de Ahorros de Valencia.

Así vuelve el cuadro a la ciudad donde se concibió y se pintó, pero el arte luminoso de Sorolla pervive sobre todo en el Museo de su nombre, situado en la Calle Martínez Campos de Madrid, donde se hizo construir un verdadero palacete que, su viuda y sus hijos, con numerosísimas pinturas, dibujos, obras artísticas y decorativas donaron al Estado español, inaugurándose el 11 de julio de 1.932.

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



SOCIEDAD ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA

<http://www.reumatologia.org.ar/>

Web oficial de la Sociedad Argentina de Reumatología, con sede en Buenos Aires. Entre sus actuaciones destacan la publicación de trabajos reumatológicos de interés científico y formativo; congresos, conferencias y reuniones científicas; relaciones con sociedades científicas; y cooperación con entidades relacionadas con la reumatología para contribuir al progreso científico. Pueden descargarse resúmenes de Congresos y las Primeras Guías Argentinas de Práctica Clínica en el Tratamiento de la Artritis Reumatoidea.

EN DETALLE: ABSTRACTS CONGRESOS

(Click en "Resúmenes de Congresos de la SAR")

En este apartado se puede consultar los trabajos expuestos en eventos como el 35, 36 o 37 Congreso Argentino de Reumatología, III Convención Nacional de Reumatología, y CONAR 99.



DR. KOOP.COM

<http://www.drkoop.com>

Completo portal de medicina (en inglés) con información sobre variadas dolencias y especialidades. En "Visit Our Health Centers" seleccionamos una de las opciones (Arthritis, Psoriasis, Rheumatoid Arthritis...) para acceder al apartado temático que nos interese. Los contenidos principales de la Web son noticias, información sobre medicamentos, enciclopedia de términos, e interesantes elementos interactivos sobre procedimientos, herramientas de diagnóstico, animaciones 3D, videos...

EN DETALLE: ENCICLOPEDIA

(Dentro del apartado temático elegido, seleccionar los contenidos de "Encyclopedia")



Si, por ejemplo, hemos seleccionado el Health Center "Arthritis", nos aparecerán las subsecciones Arthritis, Chronic gouty arthritis, Non-gonococcal (septic) bacterial arthritis, o Psoriatic arthritis. En cada una se pueden ver diversos temas ilustrados con imágenes y analizados en cuanto a síntomas, tratamiento y prevención.

