



Entrevista

Dr. Jordi Monfort Faure:
"La investigación básica
está necesitada de apoyo
público y privado"



Proyecto 3e

Una iniciativa de 10 países para
mejorar el tratamiento en la
espondilitis anquilosante

Técnicas de Reumatología

Capilaroscopia Periungueal

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. José Vicente Moreno Muelas

Consejo Asesor:

Dr. Josep Blanch i Rubió, Dr. Jordi Carbonell Abelló, Dr. Eliseo Pascual Gómez, Dr. Fco. Javier Paulino Tevar, Dr. Pere Benito Ruiz.

Secretario de Redacción:

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

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

Sociedad Española de Reumatología

www.ser.eswww.ibanezplaza.com

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

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

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

ediciones@ibanezplaza.com
reumatismos@ibanezplaza.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 18/05-R-CM

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

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

Luchando contra viejas inercias e insuficiencias

Una paciente, que ha tenido acceso a la revista de forma indirecta, nos escribe para preguntarnos si es normal el caso que le atañe. Tiene cerca de 50 años y desde los 14 padece artritis. Su médico de cabecera viene recetándole AINEs, que a estas alturas no resuelven ni siquiera los síntomas de dolor. Entendemos que el caso de nuestra comunicante no es habitual, ya que por fortuna la intercomunicación entre Atención Primaria y Reumatología ha ido progresando especialmente a lo largo de la última década. Sin embargo, sí pone de relieve que ambas especialidades deben seguir esforzándose por alcanzar puntos de encuentro y perfeccionar los protocolos para que los pacientes con patología específicamente reumática sean atendidos por los especialistas.

El dolor debería ser inexistente si hubiese mayor destreza en el manejo de los medios disponibles para evitarlo

El excelente nivel de investigación de la reumatología española parece caer con frecuencia en saco roto

Es triste tener que admitir a día de hoy que nuestra comunicante es sólo la punta de un iceberg de tratamiento inadecuado de una enfermedad crónica progresiva y de falta de atención a un dolor que hoy debería ser inexistente si hubiese mayor destreza en el manejo de los medios disponibles para evitarlo. Como señala el doctor Jordi Monfort Faure en su entrevista, "hemos de actuar para aliviar el dolor y para que la enfermedad avance lo más lenta posible, tanto con tratamientos farmacológicos como no farmacológicos".

Por desgracia, el excelente nivel de investigación de que hoy goza la reumatología española parece caer con frecuencia en saco roto por culpa de las viejas inercias e insuficiencias del sistema sanitario. Estas insuficiencias, además, adquieren tintes de agravio comparativo cuando se analizan situaciones de distintas comunidades autónomas. Desgraciadamente, no parece que el documento de estándares de calidad elaborado por la SER vaya a ser satisfecho a corto plazo. Que las unidades de Reumatología cuenten con al menos tres especialistas o que los reumatólogos lleguen a disponer de 30 minutos para la primera visita del paciente, por poner dos ejemplos, seguirán en terreno de "desideratum" durante mucho tiempo si los responsables sanitarios no atienden el clamor de la reumatología. Clamor que, como suele decirse, llega al cielo, cuando se ponen sobre la mesa casos como el que hemos comentado al inicio.



Editorial
Dr. Jordi Monfort Faure:
"La investigación básica
está necesitada de apoyo
público y privado"

Proyecto 3e
Una iniciativa de 10 países para
mejorar el tratamiento en la
espondilitis anquilosante

Nuestra Portada

La capilaroscopia periungueal, técnica tradicional aunque poco conocida por el gran público para el diagnóstico de las esclerodermias y, muy concretamente, del síndrome de Raynaud, ocupa la portada de este número. La imagen simbólica escogida, líquenes en un hayedo, alude a la importancia de la red capilar para la detección de enfermedades. Los líquenes, asociación de un hongo y un alga, se consideran bioindicadores de la contaminación atmosférica y la salud de un bosque. Cuando falta oxígeno o acumulan sustancias tóxicas su crecimiento se retarda y pueden llegar a destruirse. Destacamos también de entre los numerosos argumentos de esta nueva entrega la entrevista con el Dr. Jordi Monfort, cuya brillante trayectoria pone de relieve el excelente nivel de la investigación reumatológica española en el plano mundial. El escaparate de la revista se completa con el Proyecto 3e, iniciativa internacional auspiciada desde España en busca de consenso para establecer protocolos que ayuden a mejorar el manejo de la espondilitis anquilosante.

1 Editorial **Luchando contra viejas inercias e insuficiencias** Una paciente, que ha tenido acceso a la revista de forma indirecta...

3 **Dr. Jordi Monfort Faure**
La investigación básica está necesitada de apoyo público y privado

12 **SER Proyecto 3e:** una iniciativa de diez países para mejorar el tratamiento en la espondilitis anquilosante

14 **SER Épica**
El programa ÉPICA, elegido una de las "Mejores ideas del 2006"

15 **SER Escuela de Ecografía**
Diez años de la Escuela de Ecografía de la Sociedad Española de Reumatología

18 **REPORTAJE Capilaroscopia periungueal**
herramienta importante en el diagnóstico del Fenómeno de Raynaud

27 **CONGRESO SORCOM**
Análisis de la situación de Reumatología en la Comunidad de Madrid

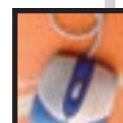
30 **CONGRESO SAR**
XVII Congreso de la Sociedad Andaluza de Reumatología

31 **Bibliografía comentada**
Anti-TNF · Anticuerpos antifosfolipídicos · Artritis reumatoide · Artrosis · Túnel Carpiano

36 **Los pacientes preguntan**
Velocidad elevada en la sangre · Riesgo cardiovascular · Uveítis · Factor reumatoide...

41 **Noticias**
Omega-3 en AR · etanercept y espondilitis · abatacept · adalimumab · gripe y neumonía...

47 **Nutrición**
Beneficios de la vitamina C en patologías inflamatorias



DR. JORDI MONFORT FAURE

UNIDAD DE ARTROSIS, HOSPITAL DEL MAR DE BARCELONA

La investigación básica está necesitada de apoyo público y privado



Texto Carmen Salvador

EL DR. **Jordi Monfort Faure**

miembro de la actual Junta Directiva de la SER, investigador y clínico, reconoce que desde siempre ha querido ser médico, “lo de reumatólogo vino después”. Le gustan la lectura, los deportes, en especial el fútbol, y sobre todo dedicarle tiempo a la familia. En el último Congreso de la Organización Mundial de Artrosis (2005), celebrado en Boston, fue elegido el mejor investigador joven, menor de 40 años, por querer desentrañar el papel que juegan los proteoglicanos en la degeneración del cartílago.

Un prestigioso premio, que viene a recompensar el trabajo iniciado en los dos años que estuvo en el hospital Notre Dame de Montreal en Canadá, con Jean Pierre Pelletier y Johanne Pelletier. Una línea de trabajo que continúa desarrollando en la Unidad de Artrosis del Hospital del Mar de Barcelona, con el doctor Pere Benito, y la participación de la doctora Natalia García, como bióloga, y el doctor Francisco Montañés, como médico de familia.

“La investigación se centra en el estudio de la degeneración del cartílago, en concreto en el papel que juegan los proteoglicanos en esta degeneración. Dentro de ellos hay una subfamilia los llamados pequeños proteoglicanos ricos en leucina, los SLRPs. Estudiamos en concreto cómo las metaloproteasas - enzimas principales que degradan el cartílago- son capaces de degradar estas moléculas.”

MARCADORES DE LA ARTROSIS

El doctor Jordi Monfort ya ha publicado diversos artículos sobre esta investigación, sobre cómo las metaloproteasa más importante, la llamada colagenasa 3, “es capaz de degradar esos pequeños proteoglicanos en fases muy iniciales de la artrosis. Como consecuencia de este ataque enzimático, se generan fragmentos de degradación y estos fragmentos son potenciales marcadores del proceso artrósico en un momento inicial de la enfermedad. Si todo va bien, en tres años, tiempo que calculamos que durará la investigación, podremos demostrar que estos fragmentos podrían ser marcadores de la enfermedad, probablemente ya en fases muy iniciales. Hay que aislarlos y comprobar que realmente juegan un papel en el proceso artrósico, que pueden detectarse en el líquido sinovial o

en la orina, pero hay que esperar a los resultados, porque los datos del laboratorio no siempre se pueden extrapolar a los seres humanos”.

Señala el doctor Monfort que ésta es una de las líneas de investigación sobre el origen de la artrosis. “Hay distintos grupos en el país que estudian el cartílago desde una perspectiva distinta, como el doctor Francisco Blanco, en La Coruña,

“El dolor es la principal expresión de la artrosis y la principal medida de su calidad de vida, lo que nos hace manejar con más generosidad los analgésicos, tanto los opiáceos, como los que no lo son”

que trabaja en el tema de la apoptosis, es decir, la muerte celular programada del condrocito, y en el papel que juega el óxido nítrico como degradador del cartílago”.

-¿Eso significa que la artrosis no está tan olvidada?

-Creo que está más olvidada de lo que debiera, porque hay que tener en cuenta que estamos hablando de la enfermedad articular más prevalente, que provoca una gran discapacidad. Es la segunda causa de incapacidad laboral transitoria por causa reumática, y la primera causa de enfermedad laboral permanente. El número de pacientes crece a medida que envejece la sociedad, y sorprende la

poca investigación, tanto clínica como básica que hay en nuestro país. Desde luego que hay grupos que trabajan, y muy bien, pero debería haber más grupos, como ocurre en otros países, donde se dedica más recursos económicos y humanos a esta enfermedad.

-Pero seguimos sin muchas novedades terapéuticas para la artrosis...

-Es verdad que no ha habido grandes avances terapéuticos; seguimos con la misma farmacopea, pero la manejamos mejor, porque sabemos muchas más cosas acerca de ella, y damos un tratamiento más individualizado. Los actuales condroprotectores tienen una importancia creciente en el tratamiento a largo plazo, son capaces de aliviar el dolor, pero nos estamos dando cuenta de que también tienen un potencial modificador de la enfermedad, son capaces de ralentizar el proceso artrósico, han sumado seguridad al tratamiento de la artrosis.

Subraya el doctor Jordi Monfort que también hay una mayor sensibilidad ante el dolor, “porque el dolor es la principal expresión de la artrosis y la principal medida de su calidad de vida, lo que nos hace manejar con más generosidad los analgésicos, tanto los opiáceos, como los que no lo son. Hemos sabido ajustar mejor el perfil de enfermo que puede ir con tratamiento antiinflamatorio, teniendo en cuenta las enfermedades de base de cada paciente. Hemos de actuar para aliviar el dolor y para que la enfermedad avance lo más lenta posible, tanto con tratamientos farmacológicos como no farmacológicos”.

-¿Los síntomas de la artrosis son menos agresivos ahora?

-No especialmente. La artrosis es una enfermedad, crónica, degenerativa del cartílago articular bási-

“Sorprende la poca investigación que hay sobre una de las enfermedades más prevalentes, la artrosis”



El estudio del proceso de degeneración del cartílago le valió el Premio al mejor investigador joven, otorgado por la OARSI (Osteoarthritis Research Society International)

camente, en la que también están implicados el hueso subcondral y la membrana sinovial. Por sí misma sí puede considerarse una enfermedad benigna, pero es una enfermedad que lleva asociada una importante comorbilidad. El enfermo artrósico es generalmente de edad avanzada, con otras enfermedades asociadas como hipertensión, obesidad, diabetes, hipercolesterolemia... todos ellos factores de riesgo de los principales eventos cardiovasculares. Si un paciente empeora de su artrosis de rodilla, pierde movilidad, y seguro que por ello empeora su obesidad, su diabetes, su hipertensión... Están aumentan-

do los factores de riesgo para sufrir un problema cardiovascular que, entonces sí, va a limitar no sólo su calidad, sino también su cantidad de vida.

NO PERDER EL CONTACTO CON EL PACIENTE

Considera el doctor Monfort que más que una suerte "es un privilegio" poder investigar, pero también hacer clínica. "No me gustaría perder el contacto nunca con el paciente, que es para lo que inicialmente estamos los reumatólogos."

Señala que la investigación básica está más financiada por fondos públicos, "pero en cualquier caso

está necesitada de más fondos, públicos y privados. "Quizás en España tenemos poca capacidad para atraer a la industria hacia proyectos básicos, no sólo comerciales."

De no ser reumatólogo hubiera sido médico de todas maneras: "Sabía desde pequeño que iba a ser médico, lo de reumatólogo vino después. Ahora me encanta, es la especialidad más bonita. Si hubiera tenido que escoger otra profesión, seguiría siendo médico, en una especialidad que conjuga bien el binomio clínica-investigación y que trata enfermedades que integran diferentes sistemas del organismo."

"La artrosis lleva asociada una importante comorbilidad. Si un paciente empeora de su artrosis de rodilla, tiene menor movilidad, y en consecuencia empeora su obesidad, su diabetes, su hipertensión..."

Proyecto 3e:

una iniciativa de diez países para mejorar el tratamiento en la espondilitis anquilosante

Reumatólogos de diez países, entre ellos España, han puesto en marcha una iniciativa orientada a mejorar el tratamiento de la espondilitis anquilosante. Se trata del denominado "Proyecto 3e", que se presenta como una importante innovación metodológica en el estudio de una patología reumática, ya que permitirá crear una base de conocimiento común entre los diez países participantes para acordar recomendaciones útiles y estandarizadas que mejoren la práctica clínica diaria de la EA. El proyecto, declarado de interés científico por la Sociedad Española de Reumatología, cuenta con la colaboración de Abbott Laboratories.

El punto álgido de arranque de esta iniciativa ha sido una reunión científica en Cádiz de unos 70 entre un centenar de reumatólogos, que han compartido sus experiencias a partir de una serie de cuestiones clínicas sugeridas a nivel nacional e internacional. La reunión tuvo como objetivo el desarrollo de recomendaciones complementarias a las guías ASAS/EULAR, basadas en la evidencia científica publicada, que dieran respuesta a cuestiones fundamentales que todavía se plantean en la práctica asistencial diaria del paciente con EA, y que, al mismo tiempo, sirvieran

para difundir conceptos de epidemiología clínica entre los reumatólogos.

Según los Dres. Eduardo Collantes Estévez (Córdoba) y Juan Mulero Mendoza (Madrid), miembros del comité científico internacional y coordinadores nacionales, la participación de los reumatólogos con aportación de datos muy valiosos ha sido del 100 por 100, lo que da idea del interés despertado por el Proyecto 3e.

ESTABLECER ESTÁNDARES PARA MEJORAR EL MANEJO

"El tratamiento de la Espondilitis Anquilosante (EA) –comentan los Dres. Collantes y Mulero-, como el de muchas otras enfermedades

reumatológicas, viene experimentando cambios notables en los últimos años. El pronóstico de esta enfermedad ha mejorado considerablemente con la llegada de nuevos tratamientos, en particular con los antagonistas del TNF- α (factor de necrosis tumoral alfa). El espectacular resultado clínico obtenido con estos agentes biológicos ha permitido al reumatólogo llegar a definir nuevos objetivos terapéuticos en la EA."

Según los coordinadores, los avances en el tratamiento clínico de la enfermedad hacen necesario el establecimiento de unos estándares en el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento del paciente con EA. "Por eso el Proyecto 3e nace de una iniciativa

Comité nacional

- Coordinadores nacionales: Dres. Eduardo Collantes Estévez (Córdoba) y Juan Mulero Mendoza (Madrid)
- Comité científico nacional: Dres. Jordi Gratacós Masmitjà (Barcelona), Raimón Sanmartí Sala (Barcelona), José Luis Fernández Sueiro (La Coruña), Carlos González Fernández (Madrid), Emilio Martín Mola (Madrid), Pedro Zarco Montejo (Madrid), Juan Carlos Torre Alonso (Oviedo).
- Evaluadores bibliográficos nacionales: Dres. María Betina Nishihina Aquino (Barcelona), Estíbaliz Lloza Santamaría (Madrid), Ramón Mazzucchelli Esteban (Madrid), Enrique Ormilla Larauogoitia (Pamplona), Miguel Angel Abad Hernández (Plasencia).



El proyecto ha sido declarado de interés científico por la Sociedad Española de Reumatología y cuenta con la colaboración de Abbott Laboratories

promovida y auspiciada por la propia comunidad reumatológica a nivel internacional, que busca fundir la evidencia científica con la experiencia de los reumatólogos que tratan a pacientes con EA, desarrollando unas recomendaciones útiles y estandarizadas que mejoren la práctica clínica diaria de la EA."

DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

De acuerdo con la definición establecida por los promotores, el Proyecto 3e es una iniciativa internacional que busca fundir la evidencia científica (evidence) con la

experiencia de los reumatólogos (experts) que tratan a pacientes con Espondilitis Anquilosante (EA), desarrollando unas recomendaciones útiles y estandarizadas que mejoren la práctica clínica diaria (exchange) de la EA.

Las recomendaciones generadas en este proyecto complementarán a las recomendaciones ASAS/EULAR para el manejo de la EA.

Los objetivos concretos del Proyecto 3e son:

Obtener unas recomendaciones específicas que responderán a preguntas concretas sobre la prác-

tica clínica diaria de la EA, y que se basarán en el análisis de la revisión sistemática de la literatura y en la experiencia de los reumatólogos que tratan a los pacientes con EA.

Evaluar la variabilidad de las recomendaciones entre los diez países que participan en este proyecto, a saber: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Grecia, Italia, Noruega y Turquía.

Difundir el conocimiento de la epidemiología clínica en EA entre los reumatólogos, tanto a nivel nacional como internacional.



El doctor Agustín Sellas, de la SER, y el gerente de producto de Remicade, Damián Alba Rodríguez, recogen el premio de Diario Médico al proyecto Épica. (Foto cedida por Diario Médico).

El programa ÉPICA, elegido una de las “Mejores ideas del 2006”

El Programa EPICA ha sido elegido por el periódico sanitario Diario Médico como una de las mejores iniciativas solidarias del año y ha recibido un homenaje entre las páginas de su suplemento especial “Las Mejores Ideas de 2006”.

El Programa EPICA se basa en una revista que publica la SER, junto con la Fundación Española de Reumatología y Schering-Plough. Su principal objetivo es ofrecer información a pacientes con inflamación crónica autoinmune durante su estancia en el Hospital de Día. Con esta selección de ideas, Diario

Médico reconoce “la aportación que distintos proyectos han supuesto para el avance y el progreso de la medicina y de la sanidad españolas”.

La revista EPICA se empezó a editar a principios de año y se ha repartido en 35 centros de día de todo el territorio nacional. Más de 1.000 afectados por enfermedades inflamatorias se han beneficiado del programa que pretende proponer opciones para un mejor control de su dolencia. Entre las virtudes de EPICA, Diario Médico destaca el mérito de una iniciativa que “favorece las relaciones y la comunica-

ción entre pacientes, reumatólogos y personal de enfermería”. Además, hace hincapié en la función solidaria que tiene un programa como éste, destinado a pacientes crónicos, que junto con los síntomas propios de su enfermedad pueden verse afectados por otros psicológicos.

Durante el próximo año el proyecto de la SER continuará su andadura apoyando a los pacientes con artritis reumatoide, artritis psoriásica y espondilitis anquilosante, ofreciéndoles los mejores consejos, ahora con el precedente de un reconocimiento por su labor.

Diez años de la **Escuela de Ecografía** de la Sociedad Española de Reumatología

EN ESTE TIEMPO HA CONSEGUIDO OFERTAR MÁS DE
800 PLAZAS DE FORMACIÓN

La ecografía es una técnica diagnóstica y terapéutica de relativamente reciente introducción en Reumatología, en vertiginoso desarrollo tecnológico y en pleno auge en cuanto a aplicación clínica e investigación. Su aplicación ha sido posterior a la de otras especialidades, como Ginecología y Obstetricia, Cardiología, Digestología o Urología, porque los medios técnicos necesarios para abordar la patología reumática, es decir, para obtener imágenes de suficiente calidad del aparato locomotor, comenzaron a promocionarse a finales de los años 80 y principios de los 90, con el desarro-

llo de las sondas lineales de alta frecuencia-alta resolución que actualmente empleamos.

VER DEBAJO DE LA PIEL

Hasta ahora el reumatólogo en su consulta sólo podía explorar al enfermo con sus manos y con sus ojos que le permitían observar y deducir qué es lo que ocurría debajo de la piel. Con la ecografía la deducción se ha hecho más profunda, porque esta técnica nos permite ver lo que está ocurriendo debajo de la piel, en los tendones, músculos y articulaciones, sin dañar al paciente. Por ello, es una herramienta idónea en la práctica diaria

del reumatólogo ya que se convierte en una extensión de la exploración física en lugar de una exploración complementaria convencional más.

La ecografía es una técnica válida y fiable para el estudio de las estructuras periarticulares e intraarticulares. Es relativamente económica, mucho más económica que la resonancia magnética, técnica, en general, equivalente (y sólo a veces superior) para estudiar enfermedades reumáticas, pero que requiere más tiempo de exploración y que no siempre se puede realizar (pacientes claustrofóbicos, prótesis metálicas, etc).

La ecografía es inocua, no radia ni



Somos el país con **mayor número de reumatólogos capacitados para aplicar la ecografía** al diagnóstico y tratamiento del enfermo reumático, y con unos estándares de calidad por encima de la media

Una herramienta idónea en la práctica diaria, que permite ver lo que está ocurriendo debajo de la piel, en los tendones, músculos y articulaciones, sin dañar al paciente

hace ningún daño al enfermo. Es rápida, cómoda y bien aceptada por el paciente. Se realiza en tiempo real en la misma consulta, permitiendo una correlación inmediata entre los datos clínicos y la imagen del paciente. La exploración dinámica de los músculos, tendones y articulaciones en movimiento añade la valoración de su capacidad funcional. Finalmente, una aplicación esencial a la reumatología es la ecografía intervencionista, en la que podemos guiar las punciones diagnósticas y/o terapéuticas del aparato locomotor mediante la visualización del trayecto de las agujas de punción en la pantalla, con lo que conseguimos el alcance preciso y seguro de la lesión que queremos aspirar o infiltrar.

APOYO DE LA SER A LA ECOGRAFÍA

La Sociedad Española de Reumatología (SER) ha seguido muy de cerca y apoyado siempre el desarrollo de esta nueva técnica. En 1996 la SER creó la Escuela de Ecografía y a principios de 1997 se impartió el primer curso de ecografía para familiarizar a los reumatólogos españoles con esta técnica de imagen.

La Escuela de Ecografía ha sido desde entonces una firme apuesta de la SER que ha conseguido ofertar más de 800 plazas de formación durante estos años, con un fuerte apoyo a los reumatólogos más jóvenes y los residentes en formación; también ha formado más de 20 reumatólogos hispanoamericanos. Casi la totalidad de los reumatólogos que hoy utilizan la ecografía como una herramienta más en la clínica reumatológica han sido formados por la Escuela de Ecografía de la SER.

La Escuela de Ecografía nació en Madrid y en esta ciudad se constituyó el primer núcleo de ecografistas, pronto se expandió a Sevilla y en los

últimos tres años ha funcionado con tres sedes, Madrid, Sevilla y Barcelona, con el fin de acercar la enseñanza a las distintas zonas geográficas y facilitar el aprendizaje.

La Escuela de Ecografía ha impartido durante 9 años tres tipos de cursos para entrenar a los reumatólogos: básico, intermedio y avanzado, con duraciones de una a tres semanas. En ellos se da formación teórica y fundamentalmente práctica de acuerdo con el nivel de aprendizaje de cada curso, así como prácticas en señuelos (pollos) para realizar punciones guiadas.

En el último año, la Escuela ha introducido algunos cambios necesarios para adaptarse a las circunstancias actuales de la ecografía en la Reumatología española y ofrecer un sistema de evaluación de competencias en esta técnica suficiente y competitivo para una probable futura acreditación oficial española y/o europea. Se han establecido cuatro

niveles escalonados de cursos para una mejor homogeneización del entrenamiento de los alumnos y mayor rentabilidad educativa de los cursos, así como un sistema de evaluación de los alumnos previo (basado en material docente aportado antes de los cursos) y posterior para asegurar la adecuación y el cumplimiento de un currículum en Ecografía reumatológica por los participantes.

Durante los años pasados, la incorporación de ecógrafos a las unidades de Reumatología fue demasiado lenta ya que los presupuestos de los servicios de la sanidad pública y privada eran muy restrictivos con nuestra especialidad; esto hizo que, pese que se formaban muchos reumatólogos, pocos conseguían implantar la ecografía en su clínica diaria.

CAMBIO RADICAL FAVORABLE

En los últimos tres años, sin embargo, se ha producido un cambio radical

Profesores de la Escuela de Ecografía de la SER

- Esperanza Naredo, S. de Reumatología, Hospital Severo Ochoa, Madrid
- Eugenio de Miguel, S.de Reumatología. Hospital Universitario La Paz, Madrid.
- Carlos Acebes, S. de Reumatología, Fundación Jiménez Díaz, Madrid
- Juan José de Agustín, S. de Reumatología, Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona
- Lucía Mayordomo, S. de Reumatología, Hospital Universitario de Valme, Sevilla
- Ingrid Möller, S. de Reumatología, Instituto Poal, Barcelona
- Carmen Moragues, S. de Reumatología, Hospital de Bellvitge, Barcelona
- Eduardo Rejón, S. de Reumatología, Hospital Universitario de Valme, Sevilla
- Jacqueline Uson, S. de Reumatología, Hospital de Móstoles, Madrid

favorable: hoy más del 70% de las áreas de la sanidad pública cuenta con, al menos, un ecógrafo, técnicamente apropiado, en su unidad de Reumatología gracias a la participación en proyectos de investigación en ecografía auspiciados por la SER.

Con el fin de fomentar la investigación, la Escuela de Ecografía constituyó en el año 2003 un grupo de trabajo en ecografía dentro de la Sociedad Española de Reumatología (ECOSER) cuyo objetivo es profundizar en el conocimiento y las aplicaciones de la ecografía reumatológica. Además, desde la Fundación Española de Reumatología se ha logrado financiar proyectos de investigación en ecografía desde el 2004 que han

involucrado a numerosos reumatólogos españoles y han permitido la adquisición de ecógrafos por la mayoría de los servicios, secciones o unidades de Reumatología de nuestro país.

En cuanto a la situación en el resto de los países de la Unión Europea, el modelo de nuestra escuela ha facilitado que en la actualidad seamos el país con mayor número de reumatólogos capacitados para aplicar la ecografía al diagnóstico y tratamiento del enfermo reumático, y con unos estándares de calidad por encima de la media. En este sentido, otros países están interesados en imitar nuestro modelo de enseñanza tanto en Europa como en Latinoamérica.

Como conclusión, podemos señalar que la Escuela de Ecografía de la Sociedad Española de Reumatología ha ofertado enseñanza en ecografía del aparato locomotor durante 10 años, ha conseguido introducir la práctica de la ecografía clínica en más del 70% de las unidades reumatológicas de nuestro país, su modelo ha recibido el reconocimiento de otras sociedades europeas y ha puesto las bases para poder participar activamente en la investigación en este campo. Diez años después de su creación, los profesores de la Escuela seguimos entusiasmados por expandir este valioso instrumento clínico y de investigación por toda la Reumatología mundial.

COMUNICADO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA:

La retirada del visado de inspección a Celecoxib, “muy positiva y beneficiosa para los pacientes”

La Sociedad Española de Reumatología hizo público el pasado 21 de noviembre, a través de su página web (www.ser.es), el siguiente comunicado:

“Ante la retirada por parte de las autoridades sanitarias del visado de inspección al fármaco Celecoxib, la SER considera esta medida como muy positiva y beneficiosa para los pacientes aquejados de artritis reumatoide y artrosis en nuestro país. La aplicación de dicho visado durante estos últimos años ha supuesto, como ya denunció la SER en su día, una discriminación para estos enfermos por las incomodidades que la burocratización de esta prescripción ha supuesto para ellos.

Recientes estudios clínicos han

demostrado que el perfil de seguridad cardiovascular de Celecoxib parece ser similar al de los otros AINE clásicos. Este dato, unido a la menor frecuencia de efectos adversos gastrointestinales y a la

El fármaco ha demostrado “un perfil de seguridad y eficacia apropiados para el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide y artrosis”

misma capacidad antiinflamatoria previamente demostradas por Celecoxib frente a los AINE clásicos, hace que este fármaco pueda ser considerado como un AINE con un perfil de seguridad y eficacia apropiados para el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide y artrosis.

Consideramos indispensable que se sigan las recomendaciones expuestas en el Documento de uso racional de los inhibidores de la cox-2, previamente elaborado por la SER conjuntamente con representantes del Ministerio de Sanidad y Consumo, del Instituto de Salud Carlos III y de la Sociedad Española de Medicina de Familia para una correcta utilización e indicación del fármaco.”

Capilaroscopia periungueal: herramienta importante en el diagnóstico del Fenómeno de Raynaud



DRA. SOLEDAD OJEDA BRUNO
MÉDICO ADJUNTO,
SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA DR. NEGRÍN

La capilaroscopia es una técnica utilizada por los reumatólogos para el estudio de los capilares de la dermis papilar in vivo a través de la microscopía óptica. Es un método incruento, muy sencillo y económico, que nos permite visualizar la microcirculación superficial de los dedos. Se utiliza preferentemente en el estudio del fenómeno de Raynaud (FR), como técnica complementaria en la diferenciación entre primario y secundario, aportando un diagnóstico diferencial precoz en el curso de este trastorno.

Se utiliza desde principios del siglo pasado y es una técnica sencilla que debe ser realizada por un reumatólogo entrenado en la misma. La descripción de los hallazgos, que incluye el número, tamaño y alteraciones morfológicas de las asas capilares, la convierten en una técnica semicuantitativa observador-dependiente. La formación en la técnica no precisa de mucho esfuerzo, siendo suficiente el estudio de manuales especializados que poseen una iconografía abundante y de revisiones recientes realizadas sobre este tema (1-5) y el entrenamiento clínico con pacientes, guiado por un reumatólogo que la maneja de forma habitual.

POSICIÓN CORRECTA DEL PACIENTE

Para realizar una capilaroscopia el paciente debe estar en una postura cómoda, apoyando el antebrazo sobre la mesa de exploración para evitar oscilaciones o temblor y los dedos sobre la platina del microscopio. El observador debe sujetar cada dedo a explorar sin presionar, para no interferir en el relleno capilar normal y evitar vibraciones de la mano que dificultan la exploración.

Hay pacientes a los que no se les puede realizar la capilaroscopia por incapacidad para mantener inmóvil la mano o por una mala visualización del lecho capilar que, en ocasiones, se debe a la presencia de una hiperqueratosis. En este caso es necesario realizar previamente una abrasión mecánica pegando y despegando un trozo de papel adhesivo de 20 a 40 veces en la zona a examinar (1). Hay casos en los que, a pesar de esta técnica, no conseguimos observar los capilares o pacientes que presentan dedos con lesiones traumáticas que nos invalidan la exploración. La presencia de una piel oscura dificulta o impide la visualización de los capilares.

La habitación donde se realiza la capilaroscopia debe tener una tem-

peratura cálida con lo que evitaremos alteraciones en el lecho ungueal en los pacientes con fenómeno de Raynaud.

MÉTODO DE EXPLORACIÓN

La capilaroscopia se realiza preferentemente en la piel del borde ungueal de los dedos de las manos, aunque también es posible la visualización del lecho ungueal de los dedos de los pies, la conjuntiva ocular y la mucosa labial. El material necesario es un estereomicroscopio óptico con capa-



Técnica de la capilaroscopia

cidad variable de aumentos según el microscopio y que suele estar en un rango de 20 a 200 veces. Esto nos permite, a pequeños aumentos, una visualización global del campo de manera ampliada y, a grandes aumentos, el estudio de detalles

La capilaroscopia constituye un buen método para el análisis de las alteraciones microvasculares de las enfermedades reumáticas

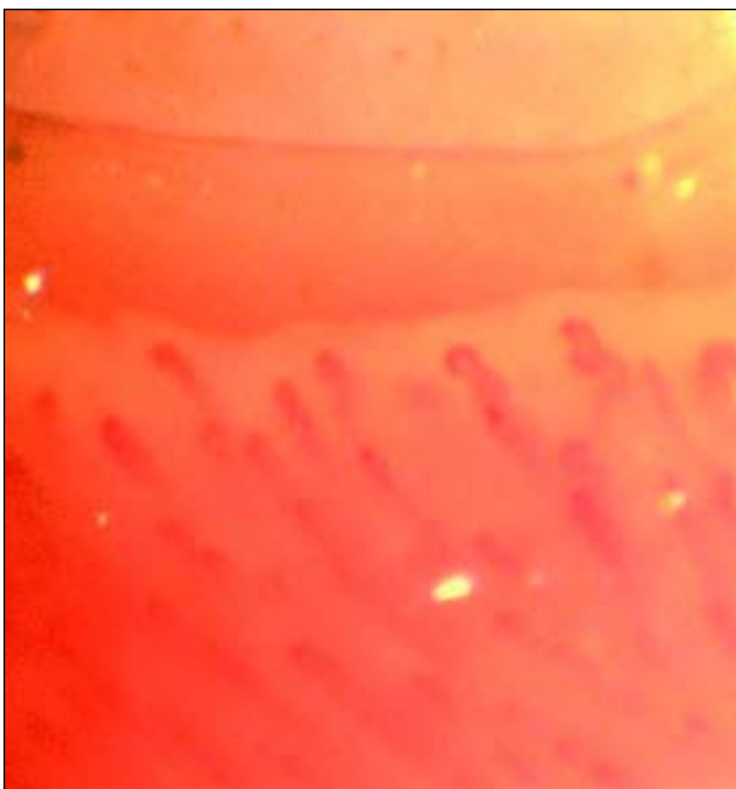


Figura 2. Capilaroscopia normal

como el tamaño del asa capilar que se cuantifica de manera semicuantitativa. El microscopio dispone de un ocular milimetrado que nos permite medir el número de asas capilares por milímetro de lecho ungueal. Se le puede adaptar también una cámara fotográfica para conservar documentos gráficos.

Un aspecto fundamental de la técnica es el uso de una fuente externa de luz fría para evitar la vasodilatación o el aumento de sudoración que alteraría el estudio. La intensidad de esta luz es variable según las necesidades de visualización del campo y se utiliza como epi-iluminación con un ángulo de 45° con respecto a la superficie de la piel. Dicha fuente es un iluminador bifurcado de fibra óptica que se va moviendo según las necesidades de iluminación y para evitar los reflejos de la piel.

Se evalúa de forma independiente del segundo al quinto dedo de ambas manos, excluyendo el primero por la peor visualización capilar y aportan-

do más información el 4º y 5º dedo por la mayor transparencia de la piel. Se aplican previamente unas gotas de aceite de inmersión sobre el dedo para mejorar la visualización capilar.

Al ser una técnica incruenta la capilaroscopia no tiene contraindicaciones, por lo que la podemos repetir con la frecuencia deseada y tener la posibilidad de estudiar los cambios que se producen en un paciente. Esto resulta de interés en aquellos pacientes con fenómeno de Raynaud sin otra clínica de colagenosis que presentan alteraciones leves pero sospechosas de un fenómeno de Raynaud secundario.

Hoy disponemos de videocapilaroscopios que incorporan videocámaras oculares analógicas o digitales que permiten el estudio dinámico de la microcirculación. Recientemente se ha comercializado el VIDEOCAP®; un videocapilaroscopio con una sonda de fibra óptica que añade la fuente luminosa de luz halógena fría conectada a un orde-

nador, con soporte informático que permite el análisis y archivo de las imágenes (3,4).

INDICACIONES DE LA CAPILAROSCOPIA

La capilaroscopia se usa en la clínica fundamentalmente para el estudio de pacientes con fenómeno de Raynaud. Este es un trastorno de origen vascular frecuente que aparece en el 3 al 5% población general. Consiste en un cambio en la coloración de los dedos de las manos y ocasionalmente de los dedos de los pies y zonas acras (punta de la nariz y de la lengua y pabellón auricular). Comienza con una primera fase de palidez, pasando por una segunda fase de cianosis y concluyendo con una tercera fase de eritema para, en un periodo variable de minutos a horas, recuperar la coloración habitual. Los episodios se suelen acompañar de hormigueo, sensación de entumecimiento y pinchazos en los dedos, con dolor en casos graves.

El fenómeno de Raynaud se desencadena por una repuesta de vasoconstricción exagerada al frío o a estímulos emocionales y su importancia radica en su diagnóstico diferencial, pues puede tratarse de un trastorno primario (hasta en el 50% de los casos) o secundario a otra patología o factores mecánicos. El fenómeno de Raynaud primario suele ser una condición benigna que aparece sobre todo en mujeres jóvenes y que suele cursar fundamentalmente con la fase de palidez resolviéndose los ataques sin secuelas.

Dentro de las enfermedades reumáticas asociadas al fenómeno de Raynaud son las de carácter autoinmune las más frecuentes, destacando la esclerodermia, la enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC), el lupus eritematoso sistémico, la dermatomiositis o polimiositis, el síndrome de Sjögren, la artritis reumatoide y las vasculitis.

El fenómeno de Raynaud secundario aparece en personas de edad más avanzada y suele cursar con más de una fase, por lo general la de palidez y la de cianosis. El fenómeno de

Raynaud secundario a la esclerodermia destaca por su frecuencia y gravedad, siendo la primera manifestación de la enfermedad (30-50%) incluso años antes de que aparezca la clínica cutánea. El fenómeno de Raynaud puede ser de carácter severo y prolongado, predominando la fase de cianosis lo que conduce a la isquemia digital y a la aparición de úlceras en pulpejos o lesiones extensas de necrosis que pueden llevar a la amputación del pulpejo o dedo.

La capilaroscopia es un buen método para el análisis de las alteraciones microvasculares de las enfermedades reumáticas y puede ayudar en el diagnóstico diferencial del paciente que acude a consulta con un fenómeno de Raynaud. Como veremos más adelante, se describen unos patrones capilaroscópicos típicos, aunque no patognomónicos, de las enfermedades autoinmunes asociadas al fenómeno de Raynaud fundamentalmente en la esclerodermia.

En el paciente normal o con fenómeno de Raynaud primario la Capilaroscopia muestra un distribución regular de las asas capilares en el lecho ungueal, mientras que en el fenómeno de Raynaud secundario alteraciones como la desestructuración del lecho, la pérdida de capilares y la dilatación severa de los mismos nos orientan hacia la presencia de una enfermedad del tejido conectivo.

La capilaroscopia también tiene utilidad en otras patologías como la artritis psoriásica o la enfermedad de Behçet, aunque las alteraciones son poco específicas. En la fascitis eosinofílica es una técnica de gran interés, pues esta enfermedad no presenta alteraciones capilaroscópicas lo que nos ayuda en el diagnóstico diferencial con la esclerodermia.

En otras patologías que pueden producir alteraciones de la microcirculación como la insuficiencia venosa crónica, acrocianosis, diabetes mellitus, anemia y tromboangitis obliterante, se aprecian alteraciones en la capilaroscopia aunque inespecíficas (3).

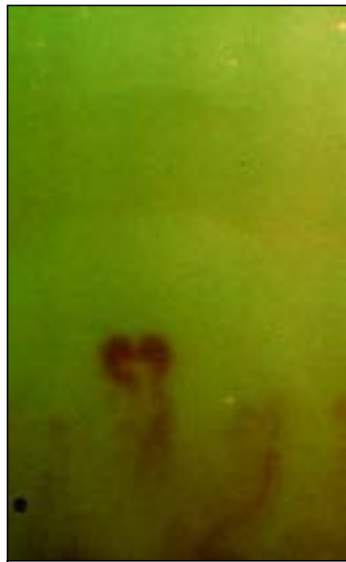


Fig. 3. Megacapilar o capilar gigante

ELEMENTOS DE ESTUDIO EN CAPILAROSCOPIA

Para mejorar su interpretación final las alteraciones en la capilaroscopia se deben recoger según un protocolo de estudio sistemático, identificando anomalías morfológicas (desorganización capilar, áreas avasculares, diámetro y malformación capilar) y funcionales de las asas capilares, la presencia de plexo venoso subpapilar y el entorno tisular (color del fondo, halos y hemorragias).

Estudio morfológico y funcional de las asas capilares

Al hacer una capilaroscopia hay que comenzar observando el lecho ungueal a pequeños aumentos, lo que nos permite obtener una superficie amplia y una idea general de la organización. Los capilares tienen forma de horquilla constituida por una rama aferente arterial delgada, una zona en forma de bucle y una rama eferente venosa más gruesa (figura 2). Se sitúan en dos o tres filas paralelas entre sí y a la superficie cutánea en número de 9 a 13 asas/mm en los adultos, siendo el número menor en niños y adolescentes (5 a 9 asas/mm).

La forma del capilar puede variar desde la normal de horquilla o en U

invertida hasta capilares tortuosos y ramificados. La tortuosidad capilar consiste en uno o más cruzamientos dentro de las dos ramas del capilar que pueden ser únicos o múltiples en forma de sacacorchos, serpenteantes o en ovillos capilares.

Los capilares ramificados tienen aspecto variable por lo que no hay unanimidad a la hora de denominarlos en los diferentes tratados consultados, aunque hay tres formas en las que coinciden la mayoría de los autores; con aspecto de ramo (el capilar se abre en un punto en varias ramas longitudinales en el centro y oblicuas en los lados), de cactus u hojas de helecho (pequeños capilares secundarios nacen a lo largo del trayecto de un capilar principal más ancho) o de redes de capilares (anastomosis múltiples entre capilares vecinos y sinuosos) (1). Estos capilares ramificados se asocian a angiogénesis que se relaciona con patologías autoinmunes. Hay que destacar que podemos encontrar anomalías morfológicas aisladas en sujetos sanos.

Dentro de las alteraciones del tamaño de los capilares destacan los capilares dilatados, valorando tres grados, grado 1 o normal, grado 2 o dilatación moderada (de 4 a 10 veces lo normal) y grado 3 (superior a 10 veces). Estos últimos serían los denominados capilares gigantes o megacapilares (6) (figura 3), muy característicos de la esclerodermia.

Con aumentos pequeños apreciamos la desorganización del lecho ungueal, que se observa fundamentalmente en la esclerodermia, es la pérdida de la distribución normal de los capilares en el borde ungueal, que se disponen de forma anárquica. Cuando aumentamos el campo visual y tenemos la oportunidad de estudiar zonas del lecho con mayor detalle, podemos contar el número de asas capilares por milímetro, la alteración más habitual es la reducción del número de asas. Estas zonas avasculares se gradúan según la ausencia de capilares en grado 0 (cuando no existen áreas avasculares), grado 1 o leve

(una o dos áreas avasculares), grado 2 o moderado (más de dos áreas avasculares) y grado 3 o severo (áreas avasculares extensas y confluentes).

■ El plexo venoso subpapilar

Se sitúa perpendicular a las asas capilares, más alejado del borde ungueal. Puede visualizarse hasta en el 30% de las personas sanas y se ve con mayor frecuencia en niños y ancianos, pues su visualización se relaciona con la transparencia de la piel (3). Esta se gradúa de 0 a 4 (escala de Maricq), desde la no visualización hasta la visualización máxima que corresponde al lecho ungueal y se extiende hasta una porción más proximal. También se puede graduar la dilatación venular como normal, moderada y severa.

■ El entorno tisular

Con la capilaroscopia podemos contemplar los tejidos circundantes y visualizar la coloración del fondo, que puede oscilar entre normal, pálido en los casos de fenómeno de Raynaud en fase sincopal y en la esclerodermia o violáceo en casos de estasis venoso como en la acrocianosis.

La presencia de halos capilares se relaciona con edema pericapilar. Las hemorragias capilares pueden ser traumáticas no organizadas o en relación con lesión vascular en el contexto de una colagenosis. Éstas últimas microhemorragias se organizan en forma de semilunas en número variable, paralelas entre sí, que se sitúan sobre la zona del bucle capilar en dirección hacia el lecho ungueal.

CAPILAROSCOPIA NORMAL Y PATRONES CAPILAROSCÓPICOS

El estudio protocolizado de los hallazgos de la capilaroscopia facilita la recogida de las alteraciones. Hay que valorar las anomalías morfológicas de las asas capilares, la presencia de plexo venoso subpapilar y el entorno tisular para definir patrones capilaroscópicos que ayudan al diagnóstico y a la utilización de un lenguaje unánime.

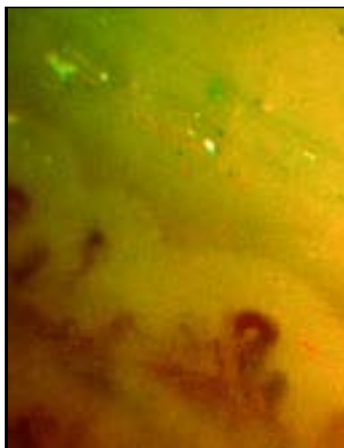


Fig. 4. Patrón de esclerodermia: desorganización, megacapilares y capilares neoformados, áreas avasculares y fondo pálido.

■ Capilaroscopia normal del adulto

Se define como la presencia de asas capilares organizadas en el lecho ungueal en forma de horquillas paralelas, sin ausencia de capilares ni anomalías morfológicas. El plexo venoso puede ser o no visible, pero las venas tienen un calibre normal y no existen hemorragias.

Entre los sujetos sanos hay una gran variabilidad individual de los hallazgos capilaroscópicos, por lo que encontrar alteraciones aisladas se considera inespecífico (3).

■ Capilaroscopia normal del niño

Los capilares son visibles a los seis meses de edad con forma de horquilla y asa corta que se alarga hasta su tamaño normal en la adolescencia (1).

■ Capilaroscopia normal del anciano

Los capilares presentan un aumento de la tortuosidad y el plexo venoso subpapilar es muy visible debido a la atrofia cutánea propia de la edad (1).

■ Fenómeno de Raynaud primario

Puede presentar una capilaroscopia

normal o con alteraciones inespecíficas como una disminución discreta del número de asas capilares, alteraciones del tamaño o de la morfología capilar de carácter leve.

■ Patrón de esclerodermia

Las alteraciones en la capilaroscopia aparecen en más del 90% de los pacientes con esclerodermia. Este patrón es muy característico de la enfermedad y nos ayuda en el diagnóstico de pacientes con FR sin otra manifestación clínica. Sin embargo, las alteraciones que aparecen no son patognomónicas de la esclerodermia, aunque su presencia casi siempre está relacionada con una patología del tejido conectivo como la EMTC, la dermatopolimiositis y los síndromes de superposición con datos de esclerodermia.

El patrón de esclerodermia se define por la presencia de desorganización del lecho capilar, presencia de megacapilares y capilares neoformados, áreas avasculares extensas, palidez del fondo y hemorragias (figura 4).

En la clasificación del patrón de esclerodermia se incluye:

■ Patrón activo, caracterizado por la desorganización del lecho capilar con pérdidas importantes de los mismos y capilares desestructurados. Se asocia a formas difusas de esclerodermia de instauración rápida y presencia de anticuerpos anti Scl-70.

■ El patrón lento, en el que predominan los megacapilares, se asocia a formas cutáneas limitadas y presencia de anticuerpos anticentromero (7).

El patrón de esclerodermia ha sido subclassificado por Cutolo et al en el 2000 (8).

Patrón precoz ("early"), con distribución capilar relativamente bien preservada, no hay pérdida de capilares y los megacapilares y las hemorragias son escasos.

Patrón activo ("active") con desorganización y pérdida capilar moderada, hay numerosos megacapilares y hemorragias con ausencia o escasez de capilares ramificados.

Patrón tardío ("late") con desor-

ganización y pérdida capilar severa, grandes áreas avasculares, ausencia o escasez de megacapilares y hemorragias con numerosos capilares ramificados.

Los autores relacionan estos tres patrones con la progresión de la microangiopatía en la esclerodermia.

LA CAPILAROSCOPIA EN OTRAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Las alteraciones capilaroscópicas observadas en otras enfermedades como la dermatopolimiositis o la EMTC las podríamos definir como un "patrón similar al de la esclerodermia" (9). La dermatopolimiositis incluye dos o más los siguientes hallazgos; pérdida de capilares, desorganización de su distribución, megacapilares y capilares muy ramificados denominados bushy. Es frecuente la presencia de hemorragias. Las alteraciones son más frecuentes y severas en los pacientes con dermatomiositis que con polimiositis.

En la EMTC aparece el patrón de esclerodermia hasta en el 62% de los casos.

El lupus eritematoso sistémico no presenta un patrón capilaroscópico típico, pero en la mitad de los pacientes se observan alteraciones como aumento de la longitud capilar con dilatación de las dos ramas, capilares tortuosos o serpenteantes, con un plexo venoso subpapilar muy visible.

Los pacientes con síndrome de Sjögren y FR presentan cruces de asas capilares, un plexo venoso subpapilar muy visible y hemorragias. En la artritis reumatoide podemos encontrar capilares largos y delgados con alteraciones en la forma (angiogénesis) y un plexo venoso subpapilar muy visible.

Recientemente se han descrito las alteraciones capilaroscópicas asociadas al síndrome antifosfolípido que consisten en hemorragias abundantes y depósitos de hemosiderina (10).

CONCLUSIONES

Cuando realizamos una capilaroscopia, para un mejor análisis de los hallazgos observados proponemos

un estudio protocolizado de las alteraciones, recogiéndolas sobre un soporte de papel o informatizado. En un primer apartado recomendamos la recogida de los datos personales y clínicos del paciente, incluyendo otras patologías y tratamientos, la presencia de FR y sus características (tiempo de evolución, fases, localización y simetría). En un segundo apartado haremos la recogida sistemática de los hallazgos capilaroscópicos (organización de lecho capilar, medidas del número de asas, densidad de las mismas, longitud y diámetro de la rama aferente, bucle y rama eferente), la forma de los capilares, la visibilidad del plexo venoso y las características del entorno (fondo, halos y hemorragias).

Una vez analizados estos factores en conjunto, después de la observación de los ocho dedos o el mayor número de dedos que podamos explorar y basándonos en los patrones preestablecidos, podremos aportar un diagnóstico capilaroscópico. En muchas ocasiones el paciente no se ajusta a un patrón capilaroscópico concreto, en este caso describiremos las alteraciones visualizadas y si es posible estableceremos una orientación diagnóstica. También podremos recomendar en el informe final la posibilidad de repetir el estudio pasado un tiempo determinado.

La capilaroscopia puede ser considerada una técnica para la predicción de la afectación microvascular en las enfermedades del tejido conectivo (9). No debemos establecer el diagnóstico de esclerodermia u otra colagenosis basándonos exclusivamente en los hallazgos de la capilaroscopia sin otros estudios complementarios, como así tampoco podemos desechar el diagnóstico de esclerodermia ante una capilaroscopia normal (5).

La capilaroscopia del lecho ungueal realizada por personal entrenado es una técnica sencilla, inocua y económica que precisa de un equipo no excesivamente caro y que nos puede aportar una información precoz del diagnóstico diferencial del FR

y de la afectación microvascular de las enfermedades autoinmunes.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Carpentier P, Franco A. La capilaroscopia periungueal. Ed. Lafont-Delta. Paris, 1981.
- 2.- Grassi W, Del Medico Patricia. Atlas of capillaroscopy. Ed. EDRA. Milán, 2004.
- 3.- Todoli Parra JA, Calabuig Alborch JR. Manual de capilaroscopia periungueal. Ed. Adalia farma, SL. Madrid, 2006.
- 4.- Martínez Sánchez FG. La capilaroscopia. En: Técnicas de diagnóstico y tratamiento en Reumatología. Monografías SER. Nº1-2004.
- 5.- Juanola X, Sirvent E, Reina D. Capilaroscopia en las unidades de reumatología. Uso y aplicaciones. Rev Esp Reumatol 2004; 31(9): 514-520.
- 6.- Maricq HR, LeRoy EC. Patterns of finger capillary abnormalities in connective tissue disease by "wide-field" microscopy. Arthritis Rheum 1973; 16: 619-28.
- 7.- Maricq HR, Harper FE, Khan MM et al. Microvascular abnormalities as possible predictors of disease subsets in Raynaud phenomenon and early connective tissue disease. Clin Exp Rheumatol 1983;1:195-205.
- 8.- Cutolo M, Sulli A, Pizzorni C, Accardo S. Nailfold videocapillaroscopy assessment of microvascular damage in systemic sclerosis. J Rheumatol 2000; 27: 155-60.
- 9.- Cutolo M, Sulli A, Secchi ME, Paulino S, Pizzorni C. Nailfold capillaroscopy is useful for the diagnosis and follow-up of autoimmune rheumatic diseases. A future tool for the analysis of microvascular heart involvement?. Rheumatology 2006; 45(Suppl 4): IV43-IV46.
- 10.- Sulli A, Pizzorni C, Cutolo M. Nailfold videocapillaroscopy abnormalities in patients with antiphospholipid antibodies. J Rheumatol 2000; 27: 1574-1576.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE REUMATOLOGÍA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Madrid cuenta con 2 reumatólogos por cada 100.000 habitantes

Las principales conclusiones del "Análisis de la situación de Reumatología de la Comunidad de Madrid" fueron presentadas durante el X Congreso SORCOM (Sociedad Reumatológica de la Comunidad de Madrid). Se trata de un proyecto que pretende identificar los recursos disponibles y estudiar la utilización de la demanda en Reumatología en la Comunidad de Madrid, en los distintos niveles de atención. Fue realizado entre 2004 y 2005 y participaron 18 hospitales públicos, de los 19 que cuenta la Comunidad. El estudio ha sido elaborado por los Dres. M^a José López-Pedraza y Francisco Javier Gracia, y coordinado por Indalecio Monteagudo (SORCOM) y Paz Rodríguez (HGUGM).

He aquí las conclusiones básicas del estudio:

- La tasa de reumatólogos en Madrid es de 2 por 100.000 habitantes
- La media de reumatólogos por servicio es de 5,6, y un 37,5% de los servicios cuenta con médicos internos residentes.
- El 51% de los reumatólogos se encuentran ubicados en las consultas hospitalarias.
- En el 72,2% de los servicios de reumatología se realizan guardias de 24 horas en el hospital, todas ellas guardias generales.
- De las pruebas diagnósticas disponibles en los servicios de reu-

matología, las más frecuentes son la artrocentesis (en 100% de los servicios), seguida de la ecografía y la punción articular guiada, en un 77,8% de los servicios.

- Las pruebas diagnósticas que con más frecuencia son derivadas a otros centros hospitalarios son la densitometría ósea (38,8%), y el estudio de anticuerpos (16,6%), y los hospitales que las realizan son Puerta de Hierro, La Paz y La Princesa.
- Los procedimientos terapéuticos que con más frecuencia son derivados a otros centros son la sinovectomía (27,7%), y las técnicas específicas del dolor (22,2%).
- Todos los servicios cuentan con consultas hospitalarias, el 64,7% con extrahospitalarias y el 87,5% con Hospital de Día.

El 80,6% de los pacientes atendidos en primaria que son derivados por primera vez a reumatología, son mujeres, con una media de edad de 56,5 años

- La media de horas de consulta/semana dedicadas a las consultas hospitalarias fue 53,2, a las consultas extrahospitalarias 41,8, y al hospital de día 19,7 horas a la semana.
- Un 55,6% de los servicios tiene camas adjudicadas de hospitalización, y la media por servicio es de 5,6.
- El 38,9% de los servicios de reumatología tiene consulta de reumatología infantil, y el 41,2% de artritis precoz.
- La actividad media de consultas totales realizadas durante 2.005 es de 12.880. La tasa de consultas totales realizadas por cada mil habitantes es de 38.
- La tasa de pacientes ingresados por cada mil habitantes es de 0,5
- La tasa de urgencias por cada mil habitantes es de 1.
- La media de pacientes tratados con terapias biológicas en la consulta extrahospitalaria es de 51, y la mediana 31 pacientes/año, y en la consulta del hospital de día la media es de 75 y la mediana 30 pacientes/año.
- El 22,2% de los Servicios de Reumatología son centros de Referencia
- El 44,4% de los Servicios da formación pregrado y postgrado.
- El 83,3% de los Servicios asiste a los congresos relacionados con *(sigue en la página siguiente)*

“Anales de Reumatología” Nace la revista de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM)

El IX Congreso de la SORCOM ha sido el marco para la presentación de “Anales de Reumatología”, revista oficial de la sociedad madrileña que en este primer número ha recogido las comunicaciones presentadas al Congreso. “En los últimos años hemos publicado nuestras comunicaciones a los congresos con cierta dificultad en diversas revistas y, a veces, en impresiones no registradas que en general se perdían tras el congreso”, señala en el editorial el doctor Eugenio de Miguel, presidente de la SORCOM y coordinador de la Escuela de Ecografía de la SER.

La nueva publicación contribuye a comunicar y difundir los trabajos presentados en el Congreso, “páginas que quedan abiertas a otras sociedades reumatológicas autonómicas y a cuantos reumató-



Los doctores Eugenio de Miguel, presidente de la SORCOM, y Rosario García de Vicuña, presidenta electa de la SER y miembro de la Junta Directiva de la SORCOM, saludan el nacimiento de “Anales de Reumatología”.

logos puedan necesitarlas, para que no choquen con las dificultades de expresión que nosotros hemos tenido a la hora de difundir las comunicaciones a nuestros congresos y nuestra producción institucional”.

Anales de Reumatología nace sin una periodicidad fija: “Responderá a las necesidades y oportunidades de comunicación que surjan con sus socios y con el resto de la

comunidad clínico-científica.” Sin embargo, se compromete a editar tres números en los próximos cinco meses.

El número 2, ya “en la calle” está dedicado de forma monográfica al I Simposio de Ecografía en Reumatología.

La revista también podrá consultarse en la web de la Sociedad: www.sorcom.es.

(Viene de página anterior)

la especialidad. El 60% presenta al menos una comunicación nacional y el 40% al menos una comunicación internacional.

- El 55,6% está desarrollando algún proyecto de investigación; el 51,7% de ellos son ensayos clínicos financiados por la industria farmacéutica.
- El 88,9 de los servicios utiliza terapias biológicas.
- El 80,6% de los pacientes atendidos en atención primaria que son derivados por primera vez a las consultas externas de reumatología, son mujeres, con una

La patología reumática supuso el 7,7% de todas las urgencias

media de edad de 56,5 años.

- La patología más frecuente fue la del sistema osteoarticular y del tejido conjuntivo (93%). De éstas, el motivo más frecuente fueron las artropatías (53%).
- De la patología del sistema mioarticular, los motivos de consulta más frecuentes fueron: trastornos de los huesos y de los cartílagos (13,1%), principalmente osteoporosis; trastornos articula-

res (12,9%), sobre todo dolor articular; trastornos de los tejidos blandos (12,1%), sobre todo dolor de miembros, y osteoartritis (11,7%).

- La patología reumática supuso el 7,7% del total de las patologías atendidas en la urgencia durante un año.
- El perfil de los pacientes que ingresaron fue mujeres (53,8%), con una media de edad de 52,7 años.

ANA I. SÁNCHEZ ATRIO

MÉDICO ADJUNTO DEL SERVICIO DE ENFERMEDADES SISTÉMICAS AUTOINMUNES/
REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO "PRÍNCIPE DE ASTURIAS",
ALCALÁ DE HENARES. PROFESORA ASOCIADA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD DE ALCALÁ.

Novedades terapéuticas en el lupus eritematoso sistémico

El lupus eritematoso sistémico continúa siendo una enfermedad con una morbimortalidad elevada, semejante a la que presentaba en la década de los ochenta. El pronóstico de enfermedades autoinmunes con gran peso socioeconómico, como la artritis reumatoide, ha cambiado radicalmente en estos últimos seis años con el uso estandarizado de los agentes biológicos. Parecería, por tanto, que el lupus está jugando el papel de "gran olvidado" en estos tiempos de enorme cambio en el enfoque de estas enfermedades. Pero si hacemos una revisión de las publicaciones de los últimos tres años, advertimos que tenemos en puertas grandes posibilidades terapéuticas para esta potencialmente devastadora enfermedad.

La introducción de la ciclofosfamida, junto con los corticoides, supuso un gran avance para el tratamiento de manifestaciones graves como la enfermedad renal; la cual continúa siendo la manifestación clínica más frecuente en el lupus activo y una de las máximas responsables de la morbimortalidad de esta enfermedad. Pero la toxicidad de la ciclofosfamida es considerable incluso en aquellos pacientes que responden bien; principalmente la infección, la insuficiencia gonadal y su potencial

oncogénico. Ello hace que no haya habido descanso en cuanto a la búsqueda de un inmunosupresor al menos tan eficaz como la ciclofosfamida, pero menos tóxico. En este sentido se utilizan el micofenolato mofetilo y la azatioprina, que van a jugar su papel principalmente en el mantenimiento de la remisión.

NUEVAS VÍAS DE INVESTIGACIÓN

Un amplio abanico de posibilidades se abre según se van conociendo los distintos pasos de la complicada red de reacciones celulares y bioquímicas que se producen en el proceso inflamatorio. Así, la elección de distintas posibilidades terapéuticas requiere el reconocimiento de dos aspectos bien diferente de la enfermedad: la iniciación de la autoinmunidad y la inflamación ocurrida sobre los órganos diana. La meta terapéutica ideal consistiría en reducir la autoinmunidad y el daño tisular y, conseguir un mantenimiento de la competencia inmune; todo ello a largo plazo y con el menor coste tóxico posible.

Se están ensayando una considerable cantidad de fármacos en modelos de lupus murino, bloqueando distintos pasos del proceso autoinmune. Están en distintas fases de ensayo varias terapias bloqueantes del desarrollo antigénico con DNAsa humana

recombinante, con péptidos nucleosomales, con abetimus sódico, etc. También existen líneas de tratamiento que intentan disminuir la activación de la respuesta inmune. Algunas son tan conocidas como el tamoxifeno, bromocriptina, atorvastatina y la vitamina D; y otras están en desarrollo como abatacept (CTLA-4lg), rituximab (anti-CD20), epratuzumab (anti-CD22) o belimumab (anti-BAFF).

Otros posibles caminos son los que interfieren la migración de células inmunes con efalizumab (anti LFA-1) y eculizumab (anti-C5b); o bien, mediante fármacos que intentan mitigar el daño a los órganos diana como el infliximab (anti-TNF).

Mención especial merecen los primeros resultados de los ensayos con rituximab (anticuerpo monoclonal quimérico anti CD20) publicados en los últimos meses. Si bien son pequeñas series con un seguimiento corto, muestran resultados espectaculares de remisión en pacientes con manifestaciones graves, la mayoría renales, refractarias a las pautas habituales de ciclofosfamida y corticoides. Todo ello además con una baja toxicidad y aceptable tolerancia. En estos momentos existen estudios más amplios en curso que nos aportarán más datos sobre la eficacia real de este agente biológico.

La meta terapéutica ideal consistiría en reducir la autoinmunidad y el daño tisular y, conseguir un mantenimiento de la competencia inmune; todo ello a largo plazo y con el menor coste tóxico posible

XVII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE REUMATOLOGÍA

Hay que descentralizar la Reumatología y extenderla a toda Andalucía

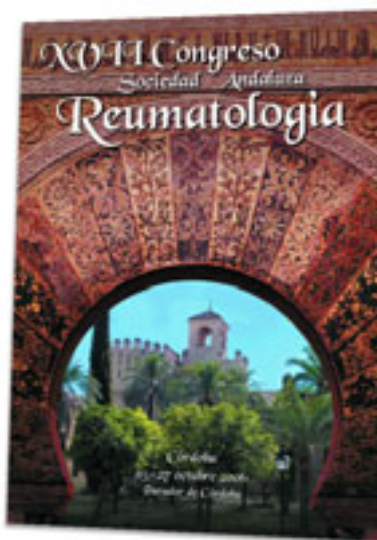
Reumatología en edades" fue el lema elegido por La Sociedad Andaluza de Reumatología (SAR) para celebrar su XVII Congreso, que reunió en Córdoba a más de 200 especialistas de toda la comunidad andaluza y de otras comunidades.

Según el doctor Miguel Ángel Caracuel, presidente del Comité organizador y presidente electo de la Sociedad Andaluza de Reumatología, el diagnóstico precoz y los nuevos tratamientos han cambiado el panorama de las enfermedades reumáticas, "en todo grupo de pacientes", de ahí el tema de este Congreso. "Aunque la prevalencia de las enfermedades reumáticas es menor en la población infantil, es necesario saberlas diagnosticar cuanto antes. La más prevalente es la artritis idiopática juvenil con varias formas clínicas de presentación que, a veces, pueden confundirse con otros muchos cuadros clínicos, incluidos los procesos infecciosos, ya que la fiebre continuada es el síntoma inicial de alguna de ellas".

"Los tratamientos son muy eficaces si se aplican en los primeros estadios de la enfermedad, antes de que se desarrollen lesiones irreversibles del cartilago articular."

UNIDADES DE ARTRITIS

En los últimos años se han creado unidades específicas de artritis en diversos hospitales, precisamente para conseguir un diagnóstico precoz e instaurar el tratamiento cuan-



El diagnóstico precoz y los nuevos tratamientos han cambiado el panorama de las enfermedades reumáticas

do más efectivo es. Andalucía cuenta con en la mayoría de sus hospitales de tercer nivel con unidades de artritis reumatoide y de artritis de reciente inicio.

En cuanto al lupus -tremas analizado también en profundidad en el congreso- hace unos treinta años la supervivencia de quienes lo padecían era del 50% a los 5 años, pero gracias a un mayor conocimiento de la enfermedad y a los tratamien-

tos, en la actualidad puede considerarse una enfermedad crónica, y los pacientes pueden llevar una vida normal. "Si bien el diagnóstico de LES (lupus eritematoso sistémico) es claro en presencia de una constelación de síntomas y signos clínicos, no siempre es fácil realizarlo si no se tiene experiencia en este tipo de pacientes. Esto ocurre en detrimento de los enfermos de lupus, que pueden estar varios años antes de que su enfermedad sea diagnosticada y tratada adecuadamente", añade el doctor Caracuel.

Llegar a las zonas más alejadas

Según los reumatólogos andaluces, existe aún un déficit de la especialidad en el sistema sanitario público según las cifras recomendadas por OMS de un reumatólogo por cada 50.000 habitantes. "Además -señala el doctor Caracuel- la situación es muy irregular en distintos distritos sanitarios de Andalucía. Pensamos incluso que estas cifras se quedan todavía muy cortas si realmente atendiéramos toda la patología, no quirúrgica ni ortopédica, del aparato locomotor".

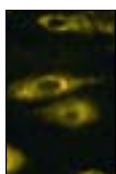
"Creemos interesante -añade- continuar con la política iniciada de implantación de Unidades de Reumatología en los hospitales comarcales de Andalucía y de esa manera descentralizarla aproximando al reumatólogo a zona geográficas mas distantes, para atender a pacientes que, en un gran porcentaje, presentan limitaciones funcionales por su patología."

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

DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. PESET. VALENCIA

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

Bibliografía Comentada



- ANTI-TNF
- ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPÍDICOS
- ARTRITIS REUMATOIDE
- ARTROSIS
- TUNEL CARPIANO

ANTI-TNF

Manejo de las reacciones a Infliximab

MANEJO DE LAS REACCIONES DE LA INFUSIÓN DE INFlixIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE O ESPONDILOARTRITIS: EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA.

Lequerré T, Vittecoq O, Klemmer N, et al. *J Rheumatol* 2006;33:1307-1314.

El infliximab (INFL) es un anticuerpo monoclonal quimérico anti-TNF alfa, de uso ya común en los pacientes que padecen artritis reumatoide (AR), artritis psoriática o espondilitis anquilosante (EA), en los que han fracasado los tratamientos convencionales. Se administra por vía intravenosa cada 8 semanas. Sin embargo, al clínico le preocupa la aparición y el manejo adecuado de complicaciones durante su infusión. El índice de reacciones de cualquier tipo, durante su administración, varía según las series entre el 8% al 20%.

La mayoría de las reacciones son agudas y aparecen mientras se recibe el fármaco o durante las 2 horas posteriores a su administración (desde prurito, tos, urticaria, náuseas, fiebre hasta reacción anafiláctica, con mucha menor frecuencia), pero pueden aparecer sínto-

mas más tardíos, días después, como dolores articulares. En ocasiones y según el centro, la aparición de estos síntomas puede suponer el abandono del tratamiento, con las consecuencias que puede ocasionar a los pacientes.

El grupo de Lequerré et al realizan un estudio prospectivo en 203 pacientes con AR o EA en tratamiento con INFL, para conseguir una guía de manejo de las diversas reacciones o síntomas durante la infusión (120 ml/h) de este tratamiento, basado principalmente en el ajuste del tiempo o velocidad de infusión y en el uso de tratamientos sintomáticos.

Determinaron 2 tipos de reacciones: el tipo A incluía: hipertensión arterial, prurito, sofocación/ calor, náuseas, taquicardia o bradicardia, escalofríos, fiebre. En este caso la actitud consistía en reducir la infusión a 60-80 ml/h y si se controlaba la sintomatología continuar a ese ritmo de infusión. Si no mejoría o reaparición de síntomas, cesaba la infusión y se utilizaba tratamiento sintomático: prurito/anti-histamínico iv, HTA/amlodipino, fiebre-escalofríos/paracetamol iv, náuseas/metoclopramida iv.

El tipo B incluía: urticaria, edema labial, edema de Quincke, disnea, hipotensión o shock. En este caso se cesaba la infusión de forma inmediata y se administraba tratamiento de soporte

necesario (corticoides iv, anti-histamínicos iv, etc). Dependiendo de la situación clínica y una vez controlados los síntomas, valoraban reiniciar la infusión a 60 ml/h y en la siguiente infusión era necesario recibir premedicación.

En 28 de los 203 (14%) pacientes se presentó alguna reacción a la infusión de INFL: 23 (11%) de ellos aguda y en los 5 restantes la reacción fue tardía. En 8 de los 23 se suspendió el tratamiento antes de la estrategia diseñada y tras la aplicación de la misma sólo suspendieron el tratamiento 15 pacientes: 8 de ellos presentaron una reacción de tipo A, que al disminuir la perfusión a 60-80 ml/h desaparecieron los síntomas; los 7 pacientes restantes presentaron una reacción de tipo B, en los que se suspendió la infusión de forma inmediata y respondieron a medicación adecuada, restaurándose la infusión a 60 ml/h.

Estos datos señalan que se debe individualizar la actitud en cada paciente que presenta alguna reacción mientras recibe INFL. Probablemente un manejo adecuado de las mismas pueda conseguir mantener el tratamiento en un número elevado de pacientes, especialmente en aquellos en los que no se tengan otras alternativas.

¿Es seguro un fármaco anti-TNF en pacientes con hepatitis crónica B o C?

SEGURIDAD DE LA TERAPIA CON FÁRMACOS ANTI-TNF EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE O ESPONDILOARTRITIS QUE PRESENTAN DE FORMA CONCOMITANTE HEPATITIS CRÓNICA B o C.

Roux C, Broca O, Breuil V et al. *Rheumatology* 2006; 45: 1294-1297.

El factor de necrosis tumoral TNF es una citocina que interviene en procesos inflamatorios y respuestas celulares inmunes. El TNF desempeña también un papel importante en procesos de defensa contra determinados agentes infecciosos. Los datos que existen en la literatura sugieren que los fármacos anti-TNF no provocan daño hepático. Sin embargo, dado que la infección por el virus de la hepatitis B y C es frecuente, existe en la actualidad preocupación acerca de la utilización de los fármacos anti-TNF en pacientes portadores de estas infecciones.

Los autores de este trabajo informan de su experiencia con los tres fármacos anti-TNF (infiximab, etanercept y adalimumab) en pacientes con artritis reumatoide (AR) y espondiloartritis (EsA) que presentan una infección concomitante por el virus de la hepatitis B o C. En este estudio revisan de forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes que presentan AR o EsA con seropositividad documentada para el virus de la hepatitis B o C, sin evidencia de descompensación hepática antes del tratamiento con un fármaco anti-TNF y que estuviesen en tratamiento con cualquiera de los tres citados previamente.

De 480 historias clínicas revisadas, se identificaron 6 pacientes con hepatitis de acuerdo a los criterios establecidos en el estudio. Con hepatitis B se identificaron 3 pacientes: 2 con AR y uno con EsA. Con hepatitis C se identificaron 3 pacientes, todos con AR. Cinco de los 6 pacientes recibieron terapia con etanercept y uno infiximab, dos pacientes recibieron adalimumab tras fracasar la terapia con etanercept. Todos los pacientes con virus de la hepatitis B recibieron lamivudina. Tres pacientes estuvieron en tratamiento con metotrexato.

La expresión sérica y hepática del TNF α y su receptor se incrementan en la hepatitis B aguda y crónica. De esta manera, este sistema contribuye al "aclaramiento" vírico hepático. En modelos animales, el TNF α producido por linfocitos T citotóxicos disminuye la replicación del virus en los hepatocitos mediante un mecanismo no citopático, por lo tanto una modificación de este sistema mediante un fármaco que bloquee el TNF podría ocasionar trastornos en el "aclaramiento" viral hepático. Los pacientes tratados en este estudio que recibieron de forma concomitante lamivudina no presentaron alteraciones en las transaminasas ni un incremento en la carga viral durante el tratamiento.

En los pacientes con infección por el virus de la hepatitis C se cree que un "ímbalance" en la respuesta de citocinas

Th1/Th2 está implicada en el riesgo de la infección por el virus C. Por otro lado, la activación del TNF se correlaciona con la actividad clínica. En los tres casos descritos en este trabajo no se observaron cambios en las transaminasas ni en el estatus clínico, la carga viral fue baja en dos pacientes.

En función de los datos aportados, los autores concluyen que la terapia con anti-TNF parece ser segura en los pacientes con hepatitis B o C. Sin embargo, la monitorización de estos pacientes debe de ser estrecha. Nuestra opinión coincide plenamente con la de los autores: tan sólo hasta que la experiencia acumulada sea mayor, la terapia con anti-TNF en estos pacientes debe de ser considerada de forma individualizada y el seguimiento debe de ser constante con el fin de evitar efectos secundarios sobre el proceso hepático.

Dr. José Luis Fernández Sueiro



ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDICOS

Anticuerpos antifosfolípidicos y abortos en mujeres sin enfermedad autoinmune

ASOCIACIÓN ENTRE ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPIDICOS Y ABORTOS DE REPETICIÓN EN MUJERES SIN ENFERMEDAD AUTOINMUNE.

Opatrny L, David M, Kahn SR, Shrier I, Rey E. *Metaanálisis. J Rheumatol* 2006;33:2214-21.

En general se acepta como abortos de repetición cuando la mujer sufre al menos 2 abortos. Con frecuencia no se conoce la causa, aunque se deben descartar factores endocrinos, ginecológicos, infecciones y alteraciones congénitas o del cariotipo. La asociación entre abortos y anticuerpos antifosfolípidicos (aFL) está plenamente establecida entre pacientes con LES y con síndrome antifosfolípidico primario. Sin embargo, la presencia de los distintos tipos de estos anticuerpos en mujeres sin enfermedad autoinmune y el riesgo de presentar abortos es controvertida.

En este artículo el grupo Canadiense de Opatrny y cols. realizan un metaanálisis para evaluar el riesgo de aborto precoz (antes de las 13 semanas de gestación) y/o tardío (antes de las 24 semanas) y su magnitud, en mujeres sin enfermedad autoinmune que presentan alguno de los tipos de (aFL): anticoagulante lúpico (AL), anticuerpos anticar-

diolipina IgG e IgM (aCL) y anti B2-glicoproteína I.

Entre los 25 estudios finalmente incluidos para el análisis, la presencia de AL fue el aFL que se asoció con mayor potencia a abortos de repetición: OR: 7.79 (95% IC: 2.30-26.45), siendo incluso superior al retirar un estudio que no había excluido otras causas de abortos (OR: 13.35. IC: 4.49-39.70). Sin embargo, no había datos suficientes para valorar esta relación durante el primer trimestre del embarazo.

Respecto a los aCL IgG, variaban según se incluyeran de forma combinada todos los niveles de titulación (OR: 3.56. IC: 1.48-8.59) o sólo los de titulación media o alta (OR: 4.68. IC: 2.96-7.40). No había datos suficientes respecto a niveles bajos de aCL IgG.

Respecto a aCL IgM, no hay datos correspondientes a su presencia de forma aislada, sino asociada a aCL IgG; variando de la misma forma según se tenga en cuenta todas la titulaciones (OR: 5.61. IC: 1.26-25.03) o sólo las titulaciones medias o altas (OR: 4.03. IC: 0.84-19.34), esta última no significativa.

Finalmente, no se demostró asociación con la presencia de anti B2-glicoproteína I (OR: 2.12. IC: 0.69-6.53).

Los resultados de este metaanálisis establecen con claridad el aumento del riesgo de abortos en mujeres sin enfermedad autoinmune que presenten anticuerpos antifosfolípidos del tipo AL y aCL IgG. Pero quizás lo más relevante, es que con estos datos, aunque no hay estudios, se podría plantear en estas mujeres el tratamiento con fármacos como la aspirina.

Dr. José Rosas

ARTRITIS REUMATOIDE

Factores pronósticos de los anticuerpos anti-péptidos citrulinados

ANTI-PÉPTIDOS CITRULINADOS CÍCLICOS EN ARTRITIS REUMATOIDE: RELACIÓN CON LA GRAVEDAD DE LA ENFERMEDAD.

Del Val N, Ibáñez R, Fito C, Gutiérrez R, Loza E Clin Exp Rheumatol 2006;24:281-286.

En los últimos años se ha descrito que ciertas proteínas degradadas o citrulinadas que aparecen durante la inflamación, pueden ser antígenos que provocan mediante la estimulación de los linfocitos B, la aparición de anticuerpos específicos en la artritis reumatoide (AR), conocidos como anti-péptidos citrulinados cíclicos (anti-PCC). Estos anticuerpos presentan una sensibilidad similar al factor reumatoide (FR) de alrededor del 68%-80%, pero con una mayor especificidad (98%). Diversos estudios recientes apuntan a que los anti-PCC son un factor de mal pronóstico en los pacientes con AR.

El grupo de Reumatología del Hospital de Navarra anali-

za en un estudio transversal, en 89 pacientes consecutivos con AR, las características de la enfermedad según la presencia de anti-PCC. Dividen a los pacientes en grupos de actividad según el resultado del DAS28 y evalúan el daño radiológico según el método simplificado de Sharp/Van der Heide.

La edad media de los pacientes era de 61 años, con una evolución media de la AR de 7.6 años. En el 64% de los pacientes los anti-PCC eran (+), de los cuales el 37% eran FR (-). Entre los pacientes con FR (-), el 48% tenían anti-PCC (+). El valor medio del DAS28 en los pacientes anti-PCC (+) fue de 4.31 (DE 1.27) frente a 3.30 (DE 1.55) de los pacientes anti-PCC (-), ($p<0.01$).

Se demostró correlación entre los niveles de anti-PCC y el valor de la PCR ($p<0.01$) y mayor riesgo entre los pacientes con anti-PCC (+) y aparición de erosiones radiológicas (79% vs 53%. OR: 3.3. IC: 1.3-8.5), así como entre los niveles altos de anti-PCC (> 200) y peor daño radiológico ($p<0.05$). Sin embargo, no se demostró correlación entre un HAQ modificado y anti-PCC.

Los autores concluyen que en una serie recogida en situación de práctica clínica y de forma transversal, la prevalencia de anti-PCC fue mayor entre los pacientes con mayor actividad clínica (PCR, DAS28) y que los que presentan niveles mayores de anti-PCC tienen mayor daño radiológico, mayor actividad y por tanto mayor agresividad de la AR.

Sin duda, con la información obtenida en los últimos años y con estudios clínicos como el comentado, respecto al valor en el diagnóstico y pronóstico de los anti-PCC en la AR, hoy en día la determinación de los anti-PCC es imprescindible para la correcta evaluación de estos pacientes.

Dr. José Rosas

Cuestionarios de evaluación de salud (HAQ) y calidad de vida: ¿Son realmente útiles en los pacientes con artritis reumatoide?

LA PUNTUACIÓN DEL CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE LA SALUD (HAQ) ES LA QUE MEJOR PREDICE LA CALIDAD DE VIDA A LOS CINCO AÑOS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO.

Cohen J, Dougados M, Goupille P et al. J Rheumatol 2006; 33:1936-1941.

La artritis reumatoide (AR) es la artritis crónica más prevalente y en muchos pacientes se comporta como una enfermedad grave ocasionando dolor, destrucción articular progresiva, incapacidad funcional severa, deterioro de la calidad de vida e incluso muerte. En la AR existe una gran heterogeneidad en la presentación, en su curso clínico, calidad de vida y desenlaces globales en un determinado paciente. Por tanto, predecir el desenlace en la AR es importante para tratar de una manera óptima al paciente.

Diversos estudios prospectivos han identificado varios factores pronósticos al inicio de la enfermedad. Todos ellos han utilizado como medidas de desenlace la incapacidad funcional, la destrucción articular y una disminución en la esperanza de vida y sin embargo ninguno ha evaluado la calidad de vida.

El objetivo de este trabajo fue evaluar mediante un cuestionario específico de la enfermedad (escalas de medida en el impacto de la artritis 2 –AIMS2-) cuáles fueron los factores pronóstico al inicio de la enfermedad en los cinco dominios de esta escala en pacientes con AR precoz y un seguimiento de 5 años.

Los pacientes objeto del estudio fueron reclutados en 4 centros, todos tenían una duración de la enfermedad inferior a un año, se siguieron de forma prospectiva recogiendo datos clínicos, biológicos, radiológicos y evaluaciones funcionales. La calidad de vida fue medida como desenlace a los 5 años mediante el AIMS2. Este auto-cuestionario de salud está organizado en 12 dimensiones y cada una de ellas incluye 4 o 5 ítems con 5 alternativas en la respuesta. Las 12 dimensiones se agregan en 5 componentes o dominios: físico, síntomas (dolor), psicológico (afecto) interacción social y rol (trabajo). La puntuación oscila en una escala desde 0 (buena salud) hasta 10 (mala salud).

De los 191 pacientes estudiados, 140 eran mujeres. La incapacidad medida por el HAQ disminuyó a partir del tercer año comparándola con el HAQ basal, la mayoría de los pacientes tuvieron un HAQ menor de 1 a los 5 años (78,2%) frente a un HAQ menor de 1 al inicio 34,7%. El daño radiológico total, erosiones y pinzamiento del espacio articular se incrementó a los 5 años. El AIMS2 pudo ser evaluado a los 5 años en 158 pacientes, observándose que el HAQ a los 5 años se correlacionó de forma significativa con el dominio físico del AIMS2. Sin embargo, no se encontró ninguna correlación con la progresión radiográfica. El dominio físico del AIMS2 a los 5 años se correlacionó con el HAQ y la VSG basal. El dominio síntomas se correlacionó con el HAQ, VSG e IgA FR. El dominio psicológico con el índice de masa corporal (IMC), HAQ, erosiones y sexo. El dominio interacción social se correlacionó con Ac antiperinucleares, MMP3, pinzamiento del espacio articular y articulaciones dolorosas. El dominio trabajo se correlacionó con el HAQ y la edad, en ningún caso hubo una correlación con las manifestaciones extraarticulares. Globalmente el HAQ se correlacionó con 4 dominios del AIMS2 y se comportó como una variable independiente.

Los autores concluyen que en la AR precoz el HAQ al inicio es el factor que mejor predice la calidad de vida de los pacientes a los 5 años de seguimiento y, de esta manera, el HAQ podría constituir un importante factor pronóstico en la AR. Teniendo en cuenta todas las limitaciones que pueden tener los cuestionarios de valoración de salud, creemos que este estudio subraya aspectos importantes que hay que tener en cuenta a la hora de evaluar un paciente con AR. Los cuestionarios de calidad de vida deben de constituir una rutina habitual a la hora de evaluar a los pacientes con AR y otras enfermedades inflamatorias reumáticas. El reciente desarrollo de la ICF (clasificación internacional para la función, inca-

pacidad y salud) permitirá en el futuro próximo un enfoque más multidisciplinario de estas enfermedades y por lo tanto un mejor manejo de los pacientes.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

ARTROSIS

Gonartrosis: Relación entre dolor y hallazgos en la resonancia magnética

RELACION ENTRE LESIONES ESPECÍFICAS E INTENSIDAD DEL DOLOR EN PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA.

Torres L, Dunlop DD, Peterly C et al. *Osteoarthritis Cartilage* 2006; 14: 1033-40.

Aunque el dolor es la causa de la discapacidad que padecen los pacientes con artrosis, no se conoce con exactitud en qué estructuras se origina. Por otra parte los pacientes con artrosis presentan en ocasiones una disociación entre los hallazgos radiográficos y la intensidad del dolor.

Los autores en el presente trabajo pretenden estudiar si existe asociación entre el daño detectado por resonancia magnética en diferentes estructuras de la rodilla (cartílago, hueso subcondral, meniscos, ligamentos, médula ósea o sinovial) y el dolor referido por los pacientes con artrosis.

Se estudiaron 143 pacientes con artrosis primaria de rodilla, osteofitos tibiofemorales en al menos una rodilla y que presentaron alguna molestia con el movimiento. A estos pacientes se les realizó resonancia magnética de la rodilla y se midieron las lesiones en el compartimento más dañado de acuerdo con el Whole-Organ Magnetic Resonance Imaging Scoring (WORMS). Para la medida del dolor se utilizó una escala analógica visual. El estudio estadístico de la asociación se hizo mediante los modelos de regresión por cuantiles de la mediana.

En los resultados se observó que el aumento del dolor se relacionaba sobre todo con la presencia de sinovitis o derrame articular y en menor grado con el aplanamiento o depresión ósea en la superficie articular; con roturas meniscales y con el edema óseo si éste estaba unido a lesiones óseas. En cambio no se encontró asociación o era muy escasa con la presencia de osteofitos, subluxación meniscal, quistes óseos o alteraciones en la morfología del cartílago.

Aunque el fenómeno en torno al cual se estructura la fisiopatología de la artrosis es la alteración del cartílago articular, éste no está innervado, con lo que se descarta como origen directo del dolor. Se cree que otras estructuras articulares o periarticulares son las responsables del dolor de estos pacientes. Por otra parte, las lesiones que se describen tanto en la radiología simple como en la resonancia de pacientes con artrosis (rotura meniscal, pérdida de espacio articular, osteofitos, esclerosis subcondral, alteración de ligamentos, derra-

mes...) suelen aparecer con frecuencia en individuos asintomáticos. En el presente artículo los autores eligen para hacer la evaluación de la resonancia magnética el compartimento más deteriorado, y no las lesiones en toda la articulación, de esta forma evitan una atenuación de la puntuación por la preservación de otros compartimentos articulares. Los autores reconocen limitaciones en su estudio, fundamentalmente la falta de categorización en distintos tipos de dolor y la valoración de factores psicosociales.

En definitiva, este estudio apoya que determinados hallazgos en la resonancia se relacionan con un dolor más intenso en la artrosis de rodilla, sobre todo la presencia de efusión sinovial, lesiones óseas, roturas meniscales y edema óseo si se superpone a las lesiones óseas.

Dr. José Ivorra Cortés



TUNEL CARPIANO

Eficacia de distintos tratamientos en el síndrome del túnel carpiano

EFICACIA DE LA INMOVILIZACIÓN CON FÉRULA, INMOVILIZACIÓN MÁS INFILTRACIÓN CON CORTICOIDES O LIBERACIÓN QUIRÚRGICA EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO.

Ucan H, Yagci I, Yilmaz L et al. Rheumatol Int 2006; 27: 45-51.

El síndrome del túnel carpiano es un proceso muy frecuente. Diversos tratamientos han demostrado su eficacia aunque no hay acuerdo sobre cuál es el más eficaz. Los más utilizados son la inmovilización nocturna, mediante una férula, la inmovilización junto con infiltración con corticoides y la liberación quirúrgica del mediano mediante la sección del ligamento transversal del carpo. Los autores pretenden comparar la eficacia de estos tres tratamientos tanto en la mejoría de los síntomas como en la evolución de los parámetros neurofisiológicos.

Los autores incluyen pacientes con síndrome del túnel carpiano idiopático, confirmado por electromiografía, y que según las guías de la American Association of Electrodiagnostic Medicine presentan un grado leve o moderado. Se excluyeron pacientes que presentaban enfermedades metabólicas, neoplásicas, neurológicas o inflamatorias que pudieran presentar en su sintomatología un síndrome del túnel carpiano y aquellos con atrofia de la musculatura de la

eminencia tenar o con signos neurofisiológicos avanzados.

El estudio se inició con sesenta y siete manos y cincuenta y siete lo completaron. Tras la distribución aleatoria veintitrés manos se trataron mediante inmovilización, otras veintitrés recibieron tratamiento con inmovilización e infiltración y 11 manos fueron intervenidas quirúrgicamente. Se evaluaron las latencias proximal y distal, así como la velocidad de conducción motora y sensorial mediante electromiografía (EMG). Los síntomas se evaluaron mediante el Boston Questionnaire que consta de una escala que mide la intensidad de los síntomas y otra que mide la función. Estas mediciones se realizaron en la visita basal a los tres y a los 6 meses.

A los tres meses mejoraron los síntomas y los parámetros del EMG con los tres tratamientos, si bien la mejoría en la velocidad de conducción sensitiva a nivel de la palma de la mano fue mayor con la liberación quirúrgica. A los seis meses los síntomas y los parámetros de EMG empeoraron en los grupos con tratamiento conservador mientras que el grupo tratado con liberación quirúrgica siguió mejorando. La capacidad funcional en el grupo con tratamiento quirúrgico fue significativamente ($p=0,05$) mejor que la obtenida en los grupos con tratamiento conservador.

En la literatura médica existe cierta controversia en cuanto a la eficacia de los diferentes tratamientos utilizados en el manejo del síndrome del túnel del carpo. Hay autores que con tratamiento conservador, es decir, infiltración con corticoides y/o inmovilización mediante férula obtienen buenos resultados que perduran al año. Otros autores obtienen resultados parecidos a los que se comunican en este artículo, es decir, con el tratamiento conservador se consigue una mejoría inicial pero que desaparece con el tiempo. No ocurre así con el tratamiento quirúrgico en el que la mejoría tanto clínica como en el EMG perdura en el tiempo. El presente artículo tiene el problema del escaso número de pacientes tratados con cirugía y ello disminuye la generalización de los resultados.

Aunque la cirugía es más eficaz a largo plazo, también tiene más efectos secundarios y produce más rechazo entre los pacientes. En este estudio el 25% de los pacientes dene-garon el consentimiento.

A los 6 meses 5 de 23 pacientes tratados con férula tenían el EMG normal, 7/23 con el tratamiento combinado con férula e infiltración y 5 de 11 pacientes tratados con cirugía.

Por ello aunque el tratamiento quirúrgico es más eficaz tal vez debería reservarse sólo a aquellos pacientes que no encuentran mejoría con los tratamientos conservadores.

Dr. José Ivorra Cortés



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

DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS SECCIÓN REUMATOLOGÍA. H. U. DR. PESET. VALENCIA

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

¿Qué significa tener la velocidad elevada en la sangre?

Doctor, tengo 40 años y hace un mes tuve mucho dolor de garganta y me dolía todo el cuerpo. Acudí a mi médico de cabecera y me recetó unos antibióticos, al no mejorar me solicitó unos análisis. Al verlos me comentó que me había salido reuma en la sangre, yo le pregunté qué pruebas sugerían ese diagnóstico y me indicó que tenía la velocidad elevada, también tenía otra prueba con valores elevados, la PCR. Yo ahora me encuentro bien, pero Él me remitió al reumatólogo y estoy preocupada. Me dijo que estas pruebas no estaban muy alteradas pero que así y todo era mejor que lo valorase el reumatólogo. Me gustaría que me informasen sobre las consecuencias de tener estas pruebas elevadas.

**M. Garrido. Catarroja
(Valencia)**

Según lo que nos cuenta, todo parece haber sido un cuadro viral que puede producir molestias en vías respiratorias altas y dolor muscular generalizado, todo ello desaparece en unos días. Si se trata de una infección por virus, los

antibióticos no hacen efecto y hay que esperar a que la infección se resuelva de forma natural. Más o menos esto coincide con lo que nos cuenta. El que se encuentren un poco elevados los valores de la PCR (proteína C reactiva) y la velocidad de sedimentación globular se debe a la infección viral. Estas pruebas se elevan cuando hay infecciones y lo lógico es que si le repiten las pruebas ahora se encuentren valores normales. A veces hay cierta confusión porque en las enfermedades reumáticas, cuando por ejemplo hay inflamación de las articulaciones, la PCR y la velocidad de sedimentación pueden estar elevadas. En su caso al tener dolores generalizados y tener las pruebas elevadas, tal vez le hizo pensar a su médico en la posibilidad de que pudiera tratarse de una enfermedad reumática. Sin embargo, dados los síntomas de dolor de garganta y la clara mejoría de los síntomas, lo lógico es pensar que se trata de una infección viral sin más. En resumen, no sólo las enfermedades reumáticas elevan la PCR y la velocidad de sedimentación, hay muchas más enfermedades que lo pueden hacer, sobre todo las infecciones.

Dr. José Ivorra

¿Puedo tener riesgo cardiovascular si tomo AINEs?

Tengo 54 años y padezco de artrosis de cadera. Por el momento me manejo bien con antiinflamatorios, cuando tengo mucho dolor. Sin embargo, un familiar médico me ha dicho que lleve cuidado, porque el antiinflamatorio me puede perjudicar el corazón. La verdad, esto me ha preocupado y me gustaría tener más información.

**M^a Angeles H.
(Alfaz del Pi)**

El tratamiento actual de la artrosis de cadera se basa en diversas estrategias: medidas higiénicas, como perder peso, realizar ejercicio -que en su caso serían una serie de ejercicios para movilizar y fortalecer los músculos de la cadera y pelvis, como natación y bicicleta estática-; el uso de analgésicos y/o antiinflamatorios (AINE) para el dolor; fármacos específicos para la artrosis, como el sulfato de glucosalina, condroitín sulfato y especialmente en la cadera la diace-reína; y finalmente en los pacientes que no consiguen una mejoría adecuada se llega a la cirugía, habitual-

mente con una prótesis. Los AINEs son fármacos muy útiles para el tratamiento del dolor osteomuscular, como el producido por la artrosis. Sin embargo, en los últimos años, gracias a un gran esfuerzo investigador internacional, se ha comprobado que, en general, la mayoría de los AINEs pueden aumentar el riesgo de complicaciones cardiovasculares, especialmente en los que han padecido ya alguna enfermedad cardiovascular, como por ejemplo un infarto de miocardio.

Lo que ha ocurrido es que con las últimas investigaciones, hemos aprendido a utilizarlos de forma correcta y hoy en día diferenciamos a los potenciales pacientes para su uso, según los riesgos de cada enfermo a nivel cardiovascular y/o gastrointestinal. La pregunta principal es si mi paciente realmente necesita AINE.

De hecho, en la actualidad respecto a los riesgos cardiovasculares, la Agencia Española y Europea del Medicamento, aconsejan utilizarlos controlados por el médico el menor tiempo necesario y contraindican su uso en los pacientes que ya han padecido alguna enfermedad cardiovascular (infarto de miocardio, trombosis cerebral, hipertensión no controlada o

insuficiencia cardíaca avanzada). Por otro lado, se aconseja precaución en los pacientes con factores de riesgo cardiovascular como el colesterol alto, diabéticos, hipertensos e incluso en fumadores. Por tanto, en su caso, como parece que no sufre otra enfermedad asociada, usted entraría en el grupo de bajo riesgo y parece apropiado que pueda utilizar algún AINE, si lo necesita para el dolor de la artrosis, sin olvidar el resto de estrategias ya comentadas. Si hay dudas le aconsejamos que consulte con su reumatólogo.

Dr. José Rosas

¿Qué relación tiene la uveítis con una enfermedad reumática?

Recientemente me han enviado al reumatólogo porque he tenido una inflamación ocular llamada uveítis. Aunque el reumatólogo me preguntó de todo y me hizo una serie de pruebas para descartar la presencia de una enfermedad reumática, todavía no estoy seguro de la relación que puede tener esta inflamación en el ojo con una enfermedad reumática. A fin de cuentas no se que tiene que ver esta afectación ocular y las articulaciones. ¿Podría explicarme cual es la relación existente entre ambos procesos?

**Carlos. Betanzos. A
Coruña**



En general, las enfermedades inflamatorias reumáticas tienen como característica fundamental la inflamación de las articulaciones, es decir la artritis. Sin embargo, otra de las características de estas enfermedades es que pueden afectar a otros órganos fuera de las articulaciones ya sea al inicio de la enfermedad o durante la evolución de la misma.

La uveítis consiste en una inflamación del tracto uveal ocular que se caracteriza por la presencia de dolor, ojo rojo y sensibilidad a la luz o fotofobia. En ocasiones este proceso inflamatorio ocular puede ser la primera manifestación de una enfermedad reumática, mientras que en otras, se manifiesta en el curso de una enfermedad reumática conocida. En este último caso podría considerarse como una complicación de ésta enfermedad o como una manifestación de actividad de la misma.

Cuando la enfermedad reumática ya es conocida, la uveítis generalmente no plantea problemas en cuanto su origen, ya que suele establecerse una relación clara con la enfermedad. Sin embargo, en aquellos casos en los que

la uveítis es la primera manifestación que presenta un paciente, se hace necesario hacer un despistaje por un reumatólogo para descartar que su presencia no sea debida a una enfermedad reumática. El reumatólogo al evaluar al paciente deberá descartar diversas enfermedades como es la artritis reumatoide, la artritis crónica juvenil, las espondiloartritis, el lupus eritematoso sistémico, la enfermedad de Behcet y diversos tipos de enfermedades que producen inflamación en los vasos como son las vasculitis. En general el reumatólogo suele ser capaz de determinar la presencia de estas enfermedades. Sin embargo, en la gran mayoría de las uveítis no se demuestra una causa para las mismas y se conocen como uveítis idiopáticas, y en este supuesto no tiene ninguna relación con una enfermedad reumática.

**Dr. José Luis
Fernández Sueiro**

¿Qué significa el factor reumatoide?

Tengo 62 años y hace 8 años me descubrieron que había padecido una hepa-

titis vírica, del tipo C. Para mí fue una sorpresa, porque nunca noté nada y se descubrió por un análisis. Desde hace unos meses tengo molestias en las articulaciones y mi médico me ha mandado al reumatólogo porque, ahora en otro análisis, me ha detectado una prueba reumática positiva llamada factor reumatoide. Me gustaría saber realmente su significado.

Antonia M (Benidorm)

El factor reumatoide (FR) es una proteína producida por nuestro cuerpo, del tipo de las denominadas anticuerpos, que reacciona frente a otras proteínas. Es cierto que hasta el 90% de los pacientes con artritis reumatoide presentan este FR. Sin embargo, también puede aparecer, en mayor o menor medida, en otras enfermedades reumáticas inflamatorias, enfermedades no reumáticas en la que se producen un estímulo de producción de esos anticuerpos e incluso sin trascendencia hasta en el 10% de personas sanas mayores de 60 años.

Dentro de las enfermedades no reumáticas que puede detectarse FR, se incluyen las infecciones, que pueden ser de tipo bacteriano y vírico, incluyendo en estas últimas a las hepatitis tanto del tipo B como del C.

Por tanto en su caso, es probable que la presencia de FR en su sangre esté en relación con la infección por el virus de la hepatitis C y no tenga más trascendencia. Aunque nos faltaría

an más datos para opinar correctamente y desconocemos si usted además de dolor articular presenta inflamación, nos parece muy razonable que su médico le haya enviado al reumatólogo para aclarar plenamente este cuadro de dolores articulares. De hecho, algunos pacientes con virus C pueden presentar manifestaciones reumáticas asociadas.

Dr. José Rosas

¿Me puede mejorar la lumbalgia con la acupuntura?

Tengo 40 años y desde hace 6 meses estoy de baja por una lumbalgia. Me han hecho radiografías, resonancia y muchos análisis. Parece que no tengo hernias y que lo que sale es normal para mi edad. He tomado analgésicos y antiinflamatorios, utilizo una faja, y estuve un mes en rehabilitación. Con todo esto sigo teniendo dolor y no puedo realizar muchos trabajos de la casa y mucho menos los de mi empleo. He oído que con acupuntura puedo mejorar. ¿Qué opinan ustedes?

L. Antón. Valencia

Por lo que cuenta usted padece de lumbalgia crónica inespecífica. La información de la que disponemos en estos momentos es que la acupuntura puede disminuir su dolor y su discapacidad a corto plazo.

No es eficaz en todos los pacientes y a largo plazo el beneficio que se obtiene es de una disminución ligera del dolor. Debe tener en cuenta que no existe una única forma de practicar acupuntura y que parece que es más eficaz la acupuntura tradicional y en la que se colocan las agujas a mayor profundidad. Por otra parte si se realiza correctamente, los efectos secundarios no son frecuentes ni graves.

En definitiva es una opción de la que pueden beneficiarse algunos pacientes como usted, que no ha mejorado con otros tratamientos. Tiene que tener presente que la mejoría que cabe esperar, en cuanto al control del dolor, es moderada a corto plazo y escasa a largo plazo.

Dr. José Ivorra

¿Existen las enfermedades reumáticas en los niños?

Recientemente una de mis amigas me ha comentado que a uno de sus hijos le han diagnosticado reuma, en concreto una artritis. Yo no sé si lo que le han dicho es cierto, puesto que mi idea y la de muchas más personas es que la artritis y las enfermedades reumáticas en general son enfermedades de las personas mayores. ¿Podría usted aclararme este tema; existe de verdad reuma en los niños?

Rosa Finisterre, A Coruña

El "reuma", como ya hemos comentado en diversas ocasiones, no existe. Sin embargo, lo que si existen son las enfermedades reumáticas y éstas comprenden un conjunto de enfermedades músculo-esqueléticas que pueden afectar a las articulaciones, los músculos y tendones del cuerpo humano. Su origen nunca es un proceso traumático, siendo su causa en la mayoría de las ocasiones desconocida.

Aunque existe la creencia de que las enfermedades reumáticas son enfermedades que tan sólo aparecen en adultos o en ancianos, la realidad es que esta creencia es absolutamente falsa. Estas enfermedades pueden aparecer desde el momento del nacimiento hasta la muerte. Cualquier persona a lo largo de la vida puede en un momento determinado presentar estas enfermedades.

Como ejemplo de enfermedades reumáticas en niños comentaremos diversas enfermedades. El lupus neonatal es una enfermedad que aparece en recién nacidos de madres que presentan durante el embarazo un lupus activo; esta enfermedad en los neonatos puede ser transitoria y desaparecer completamente, o por el contrario puede presentar unos problemas serios como un bloqueo cardíaco completo.

Recientemente con el fin de evaluar y de entender de forma más exacta la incidencia de artritis en la infancia, se ha desarrollado una reclasificación de lo que previamente se llamaba artritis reumatoide juvenil. De esta manera en la

actualidad se ha incorporado un término denominado artritis juvenil idiopática que engloba diversos tipos de artritis. Dentro de este término de artritis juvenil idiopática, se encuentran enfermedades parecidas a la artritis reumatoide del adulto, artritis similar a las espondiloartritis y la artritis psoriásica. En todas estas enfermedades hay artritis, esto es, inflamación de las articulaciones, y aunque existen particularidades con respecto a la enfermedad en adultos, su curso es similar. En función de lo que usted comenta, no podemos hacerle ninguna aclaración con respecto a la enfermedad que presenta el hijo de su amiga. Sin embargo, esa creencia de que los niños no tienen enfermedades reumáticas ha quedado aclarada. Es muy importante que se destierre ese falso concepto de que los niños no pueden tener enfermedades reumáticas; además es importante que ante esa sospecha el niño sea derivado a un reumatólogo para que éste pueda realizar un diagnóstico y un tratamiento adecuado dependiendo de la enfermedad que tenga cada niño. Debido a que estas enfermedades se pueden presentar en periodos críticos del crecimiento, son necesarios unas atenciones y cuidados muy estrechos para realizar un control adecuado de la sintomatología mediante tratamientos y minimizar en lo posible las posibles secuelas que la enfermedad pueda ocasionar.

Dr. J. L. Fernández Sueiro

Beneficio de **Omega-3** en artritis reumatoide y en riesgo cardiovascular

■ **LR.-Dr. José Rosas**

La artritis reumatoide (AR) se ha asociado a un aumento del riesgo cardiovascular debido a múltiples factores. El aceite de pescado, rico en grasas omega-3, produce mejoría en los síntomas de los pacientes con artritis reumatoide (AR) y puede mejorar el riesgo cardiovascular (CV) de estos pacientes. Este efecto es similar al de los AINEs y parece estar en relación con la inhibición de la síntesis de la ciclooxigenasa (COX), a nivel de las prostaglandinas E2. Sin embargo, a diferencia de los AINEs, los omega-3 no producen efectos nocivos a nivel gastrointestinal y en cambio pueden inducir efectos beneficiosos a nivel CV.

El grupo australiano de Cleland

et al. han estudiado durante 3 años, en 18 pacientes y 13 controles, el efecto del aceite de pescado (omega-3) a dosis antiinflamatorias, sobre los factores CV en pacientes con AR de menos de 1 año de evolución que siguen tratamiento con fármacos habituales, inductores de remisión, pero que no recibían corticoides.

A los 3 años el grupo de pacientes AR que tomaban el aceite de pescado alcanzaron la remisión de la AR con mayor frecuencia (72% VS 31%), presentaron un nivel menor de ácido araquidónico plaquetario (30%) y en células mononucleares de sangre periférica (40%), de Tromboxano B2 (35%) y de prostaglandina E2 en sangre total (41%); además respecto a los

factores lipídicos, el índice eritrocitario de omega-3 se encontraba en el nivel denominado de bajo riesgo.

El uso de AINEs disminuyó el 75% respecto al inicio en el grupo de aceite de pescado ($p < 0.05$) respecto a placebo (37%).

Por tanto, parece razonable aconsejar a los pacientes con AR el uso de omega-3, pues además de ayudar en el control de la enfermedad, pueden beneficiarse de sus efectos positivos a nivel cardiovascular. Hoy en día, dadas las características de nuestros pacientes -ya sea con AR o no- y los fármacos que utilizamos, como los AINE, los reumatólogos debemos preocuparnos y participar en el estricto control de los factores de riesgo CV.

Artículo origen:
Cleland LG, Caughey GE, James MJ, Proudman SM. Reducción de los factores de riesgo cardiovascular con el tratamiento prolongado de aceite de pescado en artritis reumatoide precoz. *J Rheumatol* 2006;33:1973-1979.

Eficacia y seguridad de **etanercept** semanal en espondilitis anquilosante

■ **LR.-Dr. José Ivorra Cortés**

La dosis de 50 mg semanal de etanercept es igual de eficaz y segura que la dosis de 25 mg dos veces a la semana en pacientes con espondilitis anquilosante, según un reciente artículo publicado por van der Heijde y colaboradores en la prestigiosa revista *Annals of Rheumatic Diseases* (2006; 65: 1572-1576). En el estudio se comparan la eficacia y seguridad del etanercept en tres grupos, dos tratados con la dosis semanal o bisemanal de etanercept y otro grupo tratado con placebo. Los pacientes se siguieron

durante 12 semanas, sin encontrar diferencias entre los grupos tratados en cuanto a eficacia y seguridad. Ambos grupos mostraron una mayor eficacia estadísticamente significativa respecto a placebo. A las dos semanas de iniciar el tratamiento ya se detecta una mejoría en los grupos tratados en cuanto al dolor axial, la rigidez matutina, niveles de PCR y en otras medidas de actividad de la enfermedad.

Tal y como sucede con en pacientes con artritis reumatoide, parece que etanercept semanal a dosis de 50 mg es seguro y eficaz

en pacientes con espondilitis anquilosante. Es importante realizar estudios en cada una de las indicaciones ya que el cambio de dosis podría no influir igual en todas las manifestaciones de las enfermedades para las que está aprobada la indicación. De cualquier forma sería interesante tener estudios a más largo plazo, y monitorizar lo que sucede con los pacientes a los que se les cambia la dosis. Mi experiencia subjetiva es que algún paciente encuentra diferencias de tolerancia y eficacia con el cambio de dosis.

PRIMER ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE AGENTES BIOLÓGICOS

La eficacia de abatacept parece incrementarse conforme avanza el tratamiento

La seguridad y eficacia de abatacept a un año han sido analizadas en un estudio clínico presentado en la Reunión Anual del American College of Rheumatology (1), según informa la agencia APM, Agence de Presse Medicale. El estudio compara de manera aleatorizada por primera vez a dos agentes biológicos, abatacept e infliximab, en el marco de la artritis reumatoide, tras fracaso de terapia con metotrexato.

Las conclusiones del estudio indican que al cabo de 6 meses la eficacia medida por DAS28, índices de respuesta ACR, HAQ y SF-36 fue similar con los dos fármacos a lo largo del tratamiento, si bien abatacept parece aumentar su eficacia después de los seis primeros meses, en tanto la eficacia de infliximab

permanece sin cambios o disminuye con el paso del tiempo. Los resultados de seguridad y tolerabilidad al cabo de un año también indican un perfil más favorable de beneficio/riesgo para abatacept en este estudio.

Abatacept, primer representante de los moduladores específicos de la co-estimulación de los linfocitos T, obtuvo en diciembre de 2005 la autorización de comercialización en Estados Unidos frente a la artritis reumatoide.

Otro estudio presentado en la Reunión de la ACR sugiere la eficacia de abatacept contra la artritis juvenil.

USO COMPASIVO EN ESPAÑA

Abatacept ("Orencia" según el nombre comercial) podría ser

homologado en Europa a comienzos de 2007 por la EMEA (Agencia Europea del Medicamento), según fuentes consultadas por la agencia APM.

En España, a la espera de su aprobación, está actualmente disponible por vía de "uso compasivo" para los pacientes refractarios a otros tratamientos.

El linfocito T es un nuevo objetivo en la terapia biológica, dado que la artritis reumatoide se produce por una sobreestimulación de los linfocitos T, lo que genera inflamación y daño en las articulaciones. Abatacept pertenece a una nueva familia de fármacos con un innovador mecanismo de acción que actúa bloqueando una de las dos señales necesarias para la activación de estas células.

ARTÍCULO ORIGEN:
1). The Efficacy and Safety of Abatacept or Infliximab in RA Patients with an Inadequate response to MTX: Results from a 1-year Double-blind, Randomized, Placebo-controlled Trial. M. Schiff et al. Abstract L43. ACR/ARHP Annual Scientific Meeting 2006. Washington, D.C. November 10-15.

El péptido p144, una esperanza para la esclerodermia

Un tratamiento para la esclerodermia se encuentra actualmente en avanzada fase de investigación, tras el acuerdo firmado a mediados de 2006 entre la empresa española de biotecnología Digna Biotech y el laboratorio ISDIN. Se trata del péptido p144, que será objeto de desarrollo y comercialización gracias a dicho acuerdo. "La experiencia de ISDIN

en la comercialización de especialidades dermatológicas es excelente, por lo que estamos muy satisfechos con este acuerdo, ya que garantiza la viabilidad del p144 a largo plazo", ha comentado el Dr. Pablo Ortiz, director general de Digna Biotech.

El p144, inhibidor del TGF- β 1, ya ha demostrado su eficacia en el modelo animal, y ha superado satis-

factoriamente los primeros análisis toxicológicos. Se espera que el producto pueda iniciar la fase clínica a finales del 2006, y consiga la autorización para su comercialización en el 2009.

La esclerodermia es una enfermedad crónica que se caracteriza por fibrosis en la piel, vasos sanguíneos y órganos internos como el pulmón.

Se cree que el exceso de TGF- β 1 puede ser uno de los factores clave a la hora de desarrollar esta patología. En estos momentos, no existe ningún tratamiento que cure la enfermedad, tan sólo tratamientos sintomáticos de dudosa eficacia.

SEGÚN UN AMPLIO ESTUDIO REALIZADO CON ADALIMUMAB FRENTE A PLACEBO

Las vacunas contra gripe y neumonía **no pierden eficacia** por la terapia anti-TNF

Pese a estar sometidos a inmunosupresión, los pacientes de artritis reumatoide que reciben terapia con el agente anti-TNF adalimumab no pierden la capacidad de desarrollar anticuerpos protectores tras vacunarse contra la neumonía bacteriana y/o la gripe. Así lo demuestran los datos de un ensayo presentado en la reciente Reunión Anual del American College of Rheumatology (ACR) en Washington.

La vacuna contra la gripe es una práctica común para combatir esta epidemia estacional, que puede acarrear complicaciones graves y desenlaces fatales, especialmente en personas mayores y pacientes con enfermedades crónicas. Dado que los pacientes en tratamiento por artritis reumatoide se encuentran inmunocomprometidos, existe preocupación en el estamento médico acerca de la eficacia de las vacunas.

Para examinar la eficacia de la vacunación antineumocócica y antigripal, 226 pacientes con AR activa participaron en un estudio doble-ciego durante la estación de la gripe 2003-2004. Los pacientes recibieron el agente biológico adalimumab o placebo durante un periodo de 30 días. A los del grupo de adalimumab se les administraron 80 mg el día 1, seguidos de 40 mg los días 15 y 29. Las vacunas antineumocócica (23-valente) y antigripal fueron administradas por vía intramuscular a todos los pacientes el día 8. La respuesta a la vacuna se analizó a las cuatro semanas de la vacunación (día 36).



SIN DIFERENCIA SIGNIFICATIVA

Los investigadores no encontraron diferencia significativa entre los grupos de adalimumab y placebo entre los 208 pacientes con datos analizables, al comparar el porcentaje de pacientes con concentraciones de anticuerpos protectores en respuesta a ambas vacunas. Ello indica que la terapia con adalimumab no disminuyó la capacidad de los participantes para desarrollar la respuesta inmune protectora necesaria.

Estudios preliminares con otros agentes biológicos en AR indican resultados similares, pero a fecha de hoy éste es el estudio controlado frente a placebo más amplio que se ha llevado a cabo. Hasta el momento se han desarrollado en todo el mundo numerosísimos estudios de

eficacia y seguridad con este anticuerpo monoclonal, desde que en 1997 se trató con adalimumab el primer paciente en un ensayo clínico.

“Desde nuestra posición de clínicos, creemos que todos los pacientes en riesgo de gripe o neumonía bacteriana deberían ser vacunados, con independencia de si sufren o no artritis reumatoide”, ha comentado el Dr. Jeffrey Kaine, director del Centro de Investigación de la Artritis, de Sarasota (Florida), participante en el estudio. “Sin embargo -ha añadido-, el hecho de que ahora dispongamos de evidencia acerca de que estas vacunas son eficaces en la población de pacientes con AR, ha venido a aportar tranquilidad a los médicos y a estos pacientes.”

Las perfusiones de Remicade, más cortas

Infliximab (Remicade®), medicamento biológico de la familia de los anti-TNF, acaba de recibir la aprobación por parte de la EMEA (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products) para administrar el fármaco, comercializado por Schering-Plough, en perfusiones de una hora de duración, en lugar de las dos horas que se necesitaban hasta el momento. Este cambio está dirigido a pacientes con artritis reumatoide seleccionados cuidadosamente que hayan tolerado tres perfusiones iniciales de dos horas de Remicade, para los que se podrá considerar la administración de perfusiones posteriores durante un periodo no inferior a una hora.

Además, la EMEA ha autorizado a los especialistas aumentar la dosis en aquellos pacientes que no res-

tarán el trabajo de los especialistas y mejorarán el control de la patología.

DEMOSTRADO EN DOS ESTUDIOS

La eficacia y seguridad de Remicade en estas nuevas modalidades de dosificación y administración se han demostrado en los estudios ASPIRE y START. El estudio START se diseñó para analizar la seguridad del tratamiento en pacientes con diferentes co-morbilidades y para evaluar la eficacia del aumento escalonado de dosis de Remicade en aquellos pacientes que no respondían por completo al tratamiento inicial.

Por otro lado, el estudio ASPIRE valoró la eficacia y seguridad de infliximab en combinación con metotrexato y comparado con placebo en pacientes con artritis reu-

tes que toleraban adecuadamente el tratamiento inicial. Se redujeron las infusiones hasta no menos de 60 minutos y fue tolerado adecuadamente por la gran mayoría de los pacientes.

UN TRATAMIENTO INNOVADOR

Las terapias biológicas han revolucionado el tratamiento de las enfermedades inflamatorias permitiendo un mayor control y comodidad. Infliximab (Remicade), en combinación con metotrexato, está indicado para la reducción de los signos y síntomas así como en la mejoría de la función física en pacientes con enfermedad activa, cuando la respuesta a los fármacos modificadores de la enfermedad, incluido el metotrexato, ha sido inadecuada y en pacientes con enfermedad grave, activa y progresiva no tratados previamente con metotrexato u otros FAMES. En estas poblaciones de pacientes, se ha demostrado una reducción en la tasa de progresión del daño articular, medida por rayos X.

Infliximab ha supuesto un avance para los pacientes, ya que reduce considerablemente las dosis anuales sólo seis perfusiones a partir del segundo año y permite un control adecuado de la enfermedad. Además se administra en hospitales de día, lo que implica un mejor seguimiento del paciente por parte del personal sanitario.

Actualmente está aprobado también como tratamiento para otras enfermedades crónicas inflamatorias como Enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, psoriasis, artritis psoriásica y espondilitis anquilosante.



pondan completamente a un tratamiento inicial. En este caso se podrán administrar 7,5 mg cada ocho semanas en lugar de 3 mg cada ocho semanas. Estas autorizaciones permiten flexibilidad en las opciones de tratamiento que facili-

matoide de inicio reciente. Remicade demostró una mejora tanto en los síntomas como en la función física y una detención en la progresión del daño estructural. Además se estudió la posibilidad de reducir el tiempo de perfusiones en pacien-



POR MARISOL GUIASOLA
PERIODISTA

Beneficios de la vitamina C en patologías inflamatorias

Es sabido que simultanear la ingesta de paracetamol con vitamina C aumenta el tiempo de permanencia de dicho analgésico en el organismo. En teoría, esa capacidad permitiría incluso utilizar cantidades menores de paracetamol, y reducir así el riesgo de efectos secundarios del fármaco, lo cual ya supone un beneficio por sí solo, especialmente en pacientes afectados por patologías que implican dolor y que no toleran otro tipo de analgésicos de gran consumo, como el ácido acetilsalicílico.

Ahora, nuevos estudios indican que dosis moderadas de vitamina C podrían tener beneficios añadidos en pacientes con patologías inflamatorias. En concreto, varios estudios han demostrado que el proceso inflamatorio potencia la degradación y excreción de ácido ascórbico, por lo que los pacientes con enfermedades inflamatorias (desde la fibrosis quística a la gingivitis, pasando por la artritis reumatoide) podrían necesitar mayores dosis de vitamina C de las recomendadas. Otros estudios asocian los beneficios por pasiva, relacionando bajos niveles de vitamina C en el organismo con mayor riesgo de enfermedades inflamatorias. En un revelador estudio, realizado con 23.000 sujetos y publicado hace unos meses en *Annals of the Rheumatic Diseases*, los sujetos con menor consumo de vitamina C (por dietas pobres en ella) tenían tres veces más probabilidades de desarrollar poliartritis

reumatoide que los que consumían más vitamina C.

Los expertos señalan que los efectos positivos de la vitamina C pueden ser debidos a:

- Que la vitamina C es un potente antioxidante, capaz de combatir moléculas que estimulan la inflamación reumática (una propiedad comprobada en varios estudios).

- Que la vitamina C actúa como "co-factor" en la síntesis de colágeno, la principal proteína del tejido óseo, el cartílago y el tejido conectivo.

- Que la vitamina C tiene un papel importante a la hora de combatir infecciones (hay varios estudios que demuestran la capacidad antiviral de la vitamina C y varios más que asocian la infección a los brotes de artritis reumatoide) y podría actuar conjuntamente en el control de la inflamación asociada a la infección.

El paracetamol es un analgésico de uso común que, al contrario que el ácido acetilsalicílico o el ibuprofeno, carece de capacidad antiinflamatoria y cardioprotectora, por lo que sus indicaciones se reducen al control de dolor. La adición de vitamina C –cuyos efectos cardioprotectores y antiinflamatorios están de sobra probados– podría añadirle ambas propiedades, y merece la pena ser estudiada a nivel científico, por el bien y la tranquilidad de muchos pacientes que necesitan tomar paracetamol de forma regular.

VENCER LA INFLAMACIÓN

La vitamina C puede reducir los niveles de proteína C-reactiva (PCR), un marcador de inflamación en humanos, señalaba un estudio reciente de la Universidad de California en Berkeley. Los sujetos del estudio que tomaron unos 500 mg de dicha vitamina al día vieron reducidos sus niveles plasmáticos de PCR en un 24% en apenas dos meses. Publicado en el *Journal of the American College of Nutrition*, el estudio demuestra por primera vez la capacidad de dicha vitamina para reducir los niveles de ese biomarcador, que está concentrando la atención de los investigadores, por su papel en muchas patologías crónicas.

La inflamación es parte de la respuesta inmunitaria frente a las infecciones y traumas. En esas situaciones, el organismo estimula la producción de citoquinas inflamatorias, como la interleukina-6, que inician la producción de PCR por el hígado. "Los niveles de PCR pueden multiplicarse por 100 en un breve periodo de tiempo como reacción a la infección, y luego caen una vez que la infección aguda pasa", señala Gladys Block, profesora de epidemiología y salud pública de la Universidad de California en Berkeley. "No sabemos exactamente cómo reduce la vitamina C los niveles de PCR en estos pacientes; quizá el ácido ascórbico suprime la producción de citoquinas, pero eso es algo que tenemos que seguir investigando", añade.