

Fracturas de estrés

Cuando la rodilla duele y no es por artrosis



Entrevista

Dr. Miguel Angel González-Gay
"Me gusta la reumatología porque trata enfermedades sistémicas"



Congresos SER

Infecciones sobre prótesis:
cuándo sospecharlas



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.ibanezyplaza.com

ibáñez & Plaza Asociados, S. L.
EDICIÓN Y COMUNICACIÓN

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

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

Redacción:Gabriel Plaza Molina,
Carmen Salvador López,
Pilar López García-Franco**Dirección de Arte:**

GPG

Publicidad:

Ernesto Plaza Gajardo

Administración:

Concepción García García

Impresión:

Tintas&Papel S.L.

DEPÓSITO LEGAL M-42377-2003
SOPORTE VÁLIDO 18/03-R-CM

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

- Abbott ■ BMS ■ Gebro
- Lacer ■ Nycomed
- Sanofi-Aventis ■ Wyeth

Tiempos de normalización

Cuando la sociedad, en sus distintos estamentos, reivindica el papel de la mujer a todos los niveles, el ascenso de una reumatóloga, por vez primera, a la Presidencia de la Sociedad Española de Reumatología puede y debe catalogarse básicamente como un signo más de normalización. Tanto "democrática", por así decirlo, como científica. No en vano el porcentaje de mujeres en la profesión médica supera ya el 50% del total y en algunas especialidades rebasa el 70%.

Por ello, al tiempo que agradecer la gestión de la directiva saliente, es obligado y satisfactorio saludar la entrada de la nueva directiva, presidida por la doctora Rosario García de Vicuña. El nuevo equipo encara en primer lugar el compromiso de seguir avanzando en la consolidación del papel del reumatólogo en la sociedad, tarea compleja y de proyección a largo plazo, por lo que es un reto que desde siempre se viene transmitiendo como herencia básica cada dos años en el seno de la SER.

El ascenso de una reumatóloga, por vez primera, a la Presidencia de la SER puede y debe catalogarse como un signo más de normalización

El nuevo equipo encara en primer lugar el compromiso de seguir avanzando en la consolidación del papel del reumatólogo en la sociedad

Junto a este objetivo ineludible, la práctica clínica diaria viene poniendo, también desde antiguo, sobre la mesa de los responsables de la gestión de la SER viejas reivindicaciones encaminadas a mejorar la calidad de la asistencia. La primera sería, sin duda, la exigencia permanente de un mayor número de especialistas. Esta entrega de "Los Reumatismos" ofrece en dos de sus informaciones la coincidencia de médicos y pacientes en tal reivindicación. "Mi obligación es luchar para que haya más médicos y con ello mejorar la calidad y la asistencia", afirma en su entrevista el doctor Miguel Angel González-Gay. Por su parte las asociaciones de pacientes que se reunieron en la I Conferencia CONFEPAR han puesto el acento

en la falta de servicios de Reumatología y de reumatólogos, en coincidencia con los profesionales. Precisamente la nueva presidenta de la SER echaba mano de la estadística en este encuentro para recordar que "las recomendaciones de la Unión Europea señalan que debería haber un reumatólogo por cada 35.000-40.000 habitantes mientras que en España esta cifra se encuentra entre 50.000 y 70.000, cifra insuficiente para atender la demanda actual." El documento de estándares de tiempo y calidad asistencial, realizado por la SER, es en este sentido un aldabonazo permanente en la puerta de las instituciones sanitarias y, sin duda, será una de las tareas básicas a afrontar por la nueva directiva, a la que desde estas líneas deseamos la mejor de las compensaciones para sus esfuerzos en esa línea.

**Entrevista**

Dr. Miguel Angel González-Gay
"Me gusta la reumatología porque trata enfermedades sistémicas"

Congresos SER

Infecciones sobre prótesis:
cuándo sospecharlas

Nuestra Portada

El dolor en la rodilla y las "otras fracturas" en esa zona, es decir, las debidas a causas no relacionadas con la artrosis o la artritis, son el "leit motiv" del documentado reportaje realizado por la Dra. Inmaculada Chalmeta.

En su entrevista el Dr. Miguel Angel González-Gay descubre los secretos del optimismo y el equilibrio que caracterizan su personalidad, al tiempo que denuncia la falta de medios humanos a que todavía se enfrenta la Reumatología. La portada acoge finalmente uno de los trabajos expuestos en recientes congresos de la SER, elaborado por los Dres. José Luis Marengo y Juan Corzo, en torno al diagnóstico de infecciones en prótesis.

1 Editorial **Tiempos de normalización**
Cuando la sociedad, en sus distintos estamentos, reivindica el papel de la mujer...

3 Entrevista **Dr. Miguel Angel González-Gay**
Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo

6 Congresos SER
Infecciones sobre prótesis: cuándo sospecharlas · Tratamiento de la gota · La fibromialgia, una enfermedad "más visible"

13 Reportaje
Fracturas de estrés Cuando la rodilla duele y no es por artrosis

18 Manejo del paciente
25 Nace la Escuela de Espondilitis · Reumaconsult: atención primaria pregunta

22 Hospital de día
"En la artritis reumatoide, date un descanso. Papel del Hospital de Día"

27 Bibliografía comentada
Anti TNF · artritis reumatoide · corticoides · enfermedad de wegener · escleroderma · interacciones farmacológicas · metotrexato

35 Los pacientes preguntan Lesiones cutáneas localizadas: morfea · Dolor osteomuscular y medicamentos · Síndrome de Sjögren y bloqueo cardiaco congénito · Cerveza y ácido úrico

39 Noticias Menos cirugía para la artritis bien controlada · La asociación entre enfermedades reumáticas y otras enfermedades crónicas es mayor de lo esperado · Las asociaciones de pacientes piden más reumatólogos · El metotrexato reduce el riesgo cardiovascular · Enfermedades Inflamatorias en el siglo XXI: el valor de las terapias biológicas en España

44 Libros Método práctico de exploración del aparato locomotor · Una meritoria aportación de la SVR a la Reumatología

46 Humanidades
Baños termales. "La Isabela"



DR. MIGUEL ANGEL GONZÁLEZ-GAY
COMPLEXO HOSPITALARIO XERAL-CALDE DE LUGO

“Me gusta la reumatología porque trata enfermedades sistémicas”



Texto Carmen Salvador

El Dr. Miguel Angel González-Gay

transmite ya a primera vista tres sensaciones altamente positivas: optimismo, estar en armonía con el mundo y una buena dosis de humildad. Si se le conoce un poco más se confirman otras cualidades de igual peso como ser humano y como médico, aunque él se considera una persona normal que va aprendiendo de todos. Sin duda es una suerte y un privilegio tener como médico a una persona de ese talante. “Creo que tengo buen “feeling” con mis pacientes”, reconoce este cántabro que lleva más de 20 años viviendo en Lugo.

En la Universidad de Cantabria estudió medicina y la residencia la realizó en el hospital de Valdecilla. Fue el profesor Rodríguez Valverde quien verdaderamente influyó para que se decidiera por la especialidad de Reumatología (“me pareció un fuera de serie, apasionante”) frente a otras alternativas por las que también se inclinaba, como endocrinología y neurología.

Estuvo en el Servicio de Urgencias de Reinosa hasta que se incorporó en 1987 al Complejo Hospitalario Xeral-Calde de Lugo, donde permanece en la actualidad. Entre paréntesis, un par de años en la Clínica Mayo, donde realizó la tesis doctoral sobre modelos experimentales de artritis inducida por colágeno, influencia de las moléculas de clase 2, la protección contra un modelo experimental de artritis reumatoide, y que fue premio extraordinario de tesis doctoral de la Universidad de Cantabria. Ha codirigido tres tesis doctorales y sigue investigando. “La reumatología me gusta porque trata enfermedades sistémicas.”

Las líneas de investigación están relacionadas con el espectro epidemiológico de las enfermedades reumáticas en Lugo: “Al ser un área bien delimitada, ha sido asequible estudiar la incidencia, prevalencia y espectro clínico de enfermedades como las vasculitis sistémicas, aunque estamos estudiando también las conectivopatías, pero todavía la mayoría del trabajo no ha sido publicado.”

Otra de las líneas de investigación se relaciona con la inmunogenética: “Estamos analizando genes que influyen en la susceptibilidad a determinadas enfermedades como artritis reumatoide, vasculitis en general...”. También sobre marcadores genéticos que influyen en la susceptibilidad y en el riesgo a desarrollar una aterogénesis acelerada en pacientes con artritis reumatoide y otra enfermedades reumáticas.

UN ADJUNTO “NORMAL”

Pese a todos estos proyectos de investigación, el Dr. González-Gay insiste en considerarse un adjunto normal en un servicio con cinco reumatólogos. Reconoce que en este aspecto es un inconformista porque le gustaría que fueran más. “Mi obligación es luchar para que haya más médicos y con ello mejorar la calidad y la asistencia.”

“Mi obligación es luchar para que haya más médicos y con ello mejorar la calidad y la asistencia”

Reflexiona que en este mundo hay que ser muy humilde. “He tenido gente a mi alrededor muy brillante de la que he aprendido mucho. Nos tenemos que quedar con lo bueno de los demás y con aquello que nos ha hecho ser mejores personas y médicos; las dos cosas para mí están unidas.”

A sus 50 años piensa que la vida le ha ido bien. No se queja. Se muestra satisfecho con la población que atiende: “Es extraordinaria. El paciente del interior de Galicia es muy agradecido y muy buena persona, además de buen colaborador.” Se mueve entre excelentes compañeros y en un ambiente agradable en el trabajo. “Intento buscar lo positivo de cada persona.” Colabora con distintos servicios: neurología, cardiología, endocrino, pediatría, otorrino..., lo que le hace ser ampliamente conocido en el hospital. “Creo que la visión que tienen de mí es positiva, lo que me congratula y me hace sentir mejor.”

APOSTANDO

POR LA INVESTIGACIÓN

De aquí a unos años le gustaría verse en un grupo fuerte de investigación y si es posible dando algunas de las respuestas que todavía se hace la especialidad. “La reumatología tiene a veces algo de arte, necesitamos aprender cada día más, los mecanismos que hacen que un paciente evolucione de una manera o de otra, su pronóstico... Eso me hace seguir teniendo inquietud, y al mismo tiempo me hace seguir siendo humilde, no puedo ser soberbio viendo pacientes, entiendo las limitaciones que tengo.”

Dice que ve el futuro siempre con ilusión, y que hay que transmitirlo así a los jóvenes. “La gente de mi generación hemos sido un poco idealistas, por la forma en la que nos educaron; hoy en día son un poco más prácticos.” Su propósito es seguir investigando con ilusión y aportando ideas nuevas, desde distintos puntos de vista. “No importa que nos equivoquemos, la investigación significa que para conseguir algo tienes que tener muchos resultados negativos, pero por ello no hay que desfallecer.”

Al doctor Miguel Ángel González-Gay todavía le queda algo de tiempo libre, “menos del que me gustaría, y menos del que quisiera dedicar a la gente que me rodea”, un tiempo que dedica a pasear, a las tertulias con los amigos, o a ver un buen partido de fútbol, “sobre todo si es del Racing de Santander”.

Comenta que tiene tres “niños”, el mayor de 24 años, otro de 22 “y una galleguca de 17”. Ninguno se ha inclinado por la medicina. “No es que les haya asustado, pero creo que han visto que le dedico mucho tiempo. Cada uno ha de hacer lo que quiera, siempre que no produzca una agresión contra los demás.”

“He tenido a mi alrededor a gente muy brillante de la que he aprendido mucho”

DR. JOSÉ LUIS MARENCO

SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA. H. UNIVERSITARIO DE VALME, SEVILLA

DR. JUAN E. CORZO

UNIDAD DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. H. UNIVERSITARIO DE VALME, SEVILLA



Infecciones sobre prótesis: cuándo sospecharlas

La prótesis articular constituye uno de los avances más notables en el tratamiento de la patología osteoarticular. Caderas y rodillas son las articulaciones más frecuentemente reemplazadas por lesiones de diferente etiología, traumática, inflamatoria, vascular, tumoral o infecciosas, entre otras.

La duración, o supervivencia de las prótesis articulares alcanza los 15 años en un 90% de casos. La infección es una de las causas más común de sustitución de prótesis. En España se ponen alrededor de 30.000 prótesis anuales. En nuestro hospital (Hospital Universitario de Valme, Sevilla) la cifra es de 500-700 por año. El porcentaje de prótesis infectadas varía notablemente en las diferentes estadísticas; en general encon-

tramos en la literatura anglosajona un 1% para caderas y 2% para rodillas. Los datos en nuestro medio muestran una frecuencia superior, con predominio de la cadera sobre la rodilla

■ Datos España

– 5,1% incidencia global (110 casos en 8 años)

– 3,29% incidencia acumulada a dos años (425 casos en 7 meses, 5 hospitales)

■ Datos Andalucía (año 2006, Plan Control Infección Nosocomial SAS)

– Artroplastia cadera: 2,6%

– Artroplastia rodilla: 1,7%

■ Datos H.Valme (año 2006, M.Preventiva)

– Artroplastia cadera: 2,3 %

– Artroplastia rodilla: 1,3%

La mayor parte de las infecciones de prótesis están producidas por gérmenes Gram positivos. En

el 70% de los casos la infección se produce intraoperatoriamente. La clínica aparece de forma inmediata o diferida en función de la virulencia de los gérmenes. Las formas precoces ocurren en los primeros 3 meses tras la intervención y son producidas por gérmenes activos como estafilococo coagulasa positivo. La clínica incluye síntomas sistémicos e intensa flogosis local. Las formas diferidas ocurren en el 40% de casos y se deben a gérmenes poco activos como estafilococo epidermidis. Se manifiestan entre 3 y 24 meses tras la intervención, con manifestaciones clínicas larvadas, en general con ausencia de síntomas sistémicos. Estos pacientes suelen haber presentado síntomas de dolor o mala recuperación desde el primer momento de la intervención.

Las formas tardías aparecen en general tras 2 años de funcionamiento correcto de una prótesis y su origen está en la presencia de bacteriemia de origen sobre todo dental o urinario. La clínica es bastante expresiva, con cambios locales y sistémicos.

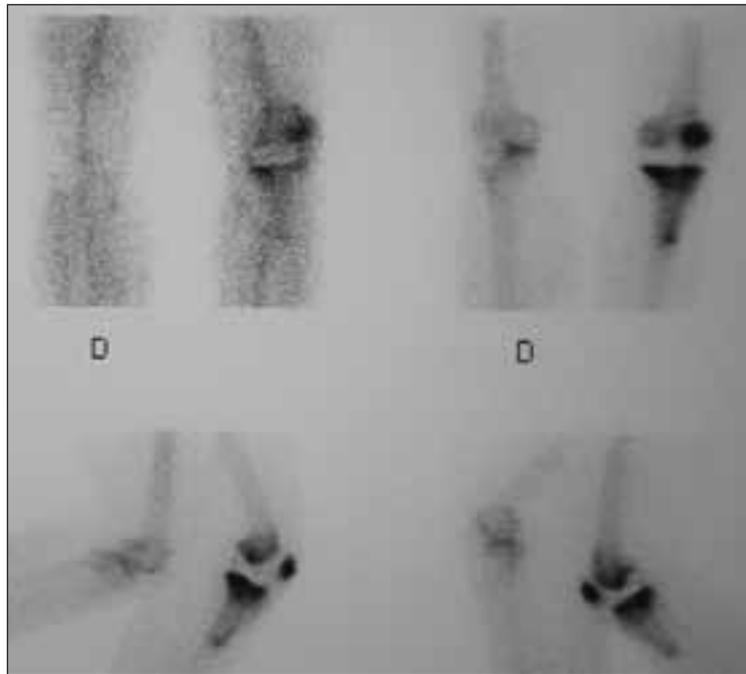
LA DIFÍCIL IDENTIFICACIÓN DEL GERMEN

El diagnóstico requiere la identificación del germen, lo cual puede llegar a ser extraordinariamente complicado en las formas diferidas, por la naturaleza de los gérmenes, de crecimiento lento; estos gérmenes producen una matriz polimérica que contribuye a formar el llamado biofilm, que actúa de interfase entre el implante y el huésped. En el biofilm las bacterias están resguardadas de la acción del sistema inmune y de la llegada de antibióticos, lo que dificulta su erradicación.

El laboratorio en general no sirve de mucha ayuda. Los reactantes de fase aguda suelen estar elevados después de la intervención y tardan unos meses en normalizarse, la ausencia de esta normalización, puede levantar la sospecha de infección. En los pacientes con enfermedades inflamatorias esta regla pierde su valor.

Entre las pruebas de imagen, la radiología simple tiene utilidad sobre todo para descartar otras causas de prótesis dolorosa, como dislocación, fractura de prótesis, pseudobursas o aparición de líneas radiolucidas de aflojamiento de prótesis. Lo que no nos permite diferenciar entre aflojamiento aséptico o séptico.

La gammagrafía con radiofármacos que se fijan al foco infeccioso, como Ga67, leucocitos, ciprofloxacino o inmunoglobulinas marcadas, son de gran utilidad. En la actualidad la técnica más prometedora es el PET con fluroglucosa, con un gran valor discriminativo de la prótesis infectada. Un PET negativo virtualmente descarta la



necesidad de revisar una prótesis.

La figura 1, se trata de una RX de caderas de un caso de infección tardía por contiguidad desde un absceso de psoas, en una paciente con necrosis ósea aséptica secundaria a un síndrome antifosfolípido. La figura 2, corresponde a una gam-

magrafía ósea con Tecnecio-99, con hipercaptación en la prótesis de rodillas, en paciente que presentó una diseminación hematógena desde un foco dentario, algo característico de las formas tardías, a pesar de que ocurrió pocos meses después de la cirugía.

DR. FERNANDO PÉREZ RUIZ
SERVICIO DE REUMATOLOGÍA.
HOSPITAL DE CRUCES. BARACALDO

Tratamiento de la gota

Señala el autor de la ponencia que más de la mitad de los pacientes con gota no tiene bien controlados los niveles de uricemia y que habría que mejorar el diag-

nóstico, según conclusiones del estudio GEMA. Para ello sería necesario que el especialista dispusiera de más tiempo, y más medios, para atender al paciente.

El estudio de la Sociedad Española de Reumatología GEMA (acrónimo de Gota Evaluación del Manejo), tiene como objetivo evaluar la variabilidad en el diagnóstico y tratamiento de la gota, y su adecuación a las recomendaciones de la Liga Europea de Reumatología (2006). Para ello se utilizó una muestra aleatoria entre mil pacientes diagnosticados de gota de varios centros españoles.

En el diagnóstico llama la atención que todas aquellas pruebas instrumentales o de cálculo, como es tomar la presión arterial, calcular una función renal mediante fórmulas, se hace en el 25% de los casos. Tampoco se recogen datos si el paciente ha tenido o no cólicos de riñón, ni hay un diagnóstico óptimo, que es la visualización de cristales de urato en muestras, bien en nódulos o en líquido articular, lo que se realiza sólo en 1 de cada 4 pacientes. Es un dato que nos va a servir para implementar una mejor práctica clínica.

En cuanto al tratamiento en la fase aguda son tratados fundamen-

talmente con AINEs, y llama agradablemente la atención que al menos una parte de los pacientes ya inician la prevención de nuevos ataques en el momento del ataque agudo. En general, en la práctica los AINEs se utilizan en las dosis recomendadas por EULAR en dosis máximas, aunque se observan dosis más altas en el caso del fármaco diclofenaco retard.

La prevención es adecuada en general, salvo que 1 de cada 4 pacientes se queda sin prevención. La colchicina es el fármaco más utilizado para ello en 2/3 de los pacientes. En cuanto a los niveles de uricemia durante el tratamiento no se ajustan a la recomendación de EULAR de que se consigan niveles o inferiores a 6 miligramos inferiores para facilitar la disolución de los cristales de ácido úrico, de tal forma que solo el 46% de los pacientes en la última cifra de uricemia de que se disponía tenían un control adecuado de la misma.

En este estudio no podemos analizar cuáles son las causas, porque no conocíamos el valor

basal de la uricemia, ni tenemos datos sobre la cumplimentación, pero teniendo en cuenta que los pacientes son seguidos durante una media de 6 años, algunos de estos factores están implicados.

UN CIERTO CONFORMISMO

Nos da la sensación -no es una conclusión, ya que GEMA no estaba diseñado para ello- que hay una cierta tendencia a contentarse con niveles cercanos a la normalidad ("lo tenemos aceptable, pero no vamos a forzar la situación"), y que hay una sensación de contento respecto a la dosis del fármaco ("no nos va muy bien, pero tampoco nos va muy mal").

La conclusión del estudio es que hay puntos de mejora, tanto en el diagnóstico, como es el control de la uricemia, y en la evaluación de la comorbilidad de una manera más detallada. Para ello debiéramos llamar la atención que una práctica óptima necesita más tiempo; obtener muestras para el diagnóstico y analizarlas puede llevar más tiempo en sí del que disponemos para atender cada consulta.

Obtener muestras para el diagnóstico y analizarlas puede llevar más tiempo en sí del que disponemos para atender cada consulta



DR. EMILI GÓMEZ-CASANOVAS
 REUMATÓLOGO UNIDAD FIBROMIALGIA
 S. REUMATOLOGÍA HOSPITAL CLÍNIC BARCELONA
 C.CIENTÍFICO FUNDACIÓN FF

La fibromialgia, una enfermedad "más visible"

Una enfermedad que no ha encontrado a su príncipe... Esta metáfora utilizaba el Profesor Jaime Rotés Querol, en una publicación de 2003, refiriéndose a la fibromialgia, y en el contexto de una arrolladora marcha del conocimiento biomolecular, fisiopatología y consecuentemente del tratamiento, en enfermedades como la artritis reumatoide, de la espondiloartritis y otras entidades nosológicas, en contraposición al estancamiento del desarrollo del mismo proceso en la fibromialgia. Por otro lado también adelantaba que algunos avances en el conocimiento y comprensión de esta enfermedad permitían pensar que llegaría la "epifanía" de su tratamiento

El dolor es el síntoma inherente a la fibromialgia, definido por la Organización Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a lesión tisular, real o potencial -y podríamos añadir experiencia íntima y no medible con la tecnología a nuestro alcance, lo que ha dificultado, esto último, seriamente la investigación básica y clínica en estos pacientes.

Paralelamente en el tiempo en que el Profesor Rotés Querol hacía públi-

cas estas reflexiones, el Dr. Richard Gracely y su grupo de la Universidad de Michigan en Estados Unidos estaban por obtener las primeras imágenes, por medio de la Resonancia Magnética Nuclear Funcional, del sufrimiento cerebral, haciéndose visible la matriz neuronal del dolor, tras la aplicación de estímulos de muy baja intensidad en pacientes afectados de dolor crónico.

NUEVAS TECNOLOGÍAS PARA MEJOR CONOCIMIENTO

Gracias a estas primeras observaciones las líneas de investigación se han multiplicado en esta dirección, desarrollando y aplicando tecnologías como la Resonancia Espectroscópica, la Tomografía por Emisión de Positrones y el SPECT, lo que nos ha permitido avanzar en el conocimiento del funcionamiento y actividad de las estructuras cerebrales implicadas en la percepción del dolor. En nuestro país han surgido grupos muy relevantes como el Instituto de Alta Tecnología (IAT), adscrito al Hospital de Nuestra Sra. del Mar de Barcelona y el Centro de Diagnóstico por la Imagen del Hospital Clínic de Barcelona, sensibilizados en el estudio de la Fibromialgia en nuestro medio.

UNA JORNADA MULTIDISCIPLINAR

Todo ello ha permitido la celebración de una Jornada Científica en Neuro-imagen, el pasado 7 de marzo de 2008 en Barcelona, bajo el título "Fibromialgia, una enfermedad más visible", organizada por la Fundación de afectados y afectadas de Fibromialgia y/o Síndrome de Fatiga Crónica (Fundación FF) y su comité científico presidido por el Dr. Jordi Carbonell Abelló, en colaboración con la Sociedad Española de Reumatología y la Sociedad Española de Dolor, contando con la coordinación científica del Dr. Antonio Collado Cruz y a la que han asistido más de 200 profesionales de la salud especialistas en diferentes disciplinas como la Reumatología, Anestesia y Tratamiento del Dolor, Neurología, Radiología y Medicina Familiar y Comunitaria entre otras.

Los distintos ponentes, fueron exponiendo a lo largo de toda la jornada los hallazgos de sus investigaciones y experiencias clínicas, como Drs. Josep Valls y Silvio Alvarez del Hospital Clínic de Barcelona, que concuerdan en que se registran en sus pacientes afectados de fibromialgia, una mayor duración de las respuestas eléctricas observadas tras la estimulación dolorosa y de las respuestas neurovegetativas asociadas, demostrando una difi-

cultad en la inhibición y la habituación al dolor tras la estimulación.

El Dr. Thomas Graven Nielsen, de la Universidad de Aalborg de Dinamarca, expuso como la alteración principal del sistema nociceptivo es un estado de sensibilización del sistema que provoca que este responda de forma anómala -y por tanto generando un dolor más extenso e intenso- a estimulaciones de pequeña intensidad. Esta situación es medible mediante el registro neurofísico del dolor referido y los fenómenos de sumación temporal, que nos pueden permitir optimizar el diagnóstico y tratamiento.

El Dr. Pedro Montoya del Departamento de Psicología de la Universidad de las Islas Baleares demuestra cómo el sistema nociceptivo aumenta el dolor en las personas con fibromialgia cuando están sometidas a situaciones de estrés y emociones negativas, existiendo una disminución del mismo y su procesamiento en situaciones de apoyo social y apoyo afectivo.

El Dr. Eric Guedj del Hospital Timone de Marseille demostró que mediante SPECT o Tomografía por Emisión de Fotones con Scintigrafía se observa que existe un déficit en la perfusión sanguínea de ciertas áreas relacionadas con en la estructura cerebral asociada al dolor y que este déficit es más manifiesto en los pacientes con mayor discapacidad.

El Dr. Manuel Valdés, del Hospital Clinic de Barcelona, comunicó los resultados del primer estudio realizado con Resonancia Espectroscópica que muestran un incremento significativo de glutamato en algunas áreas cerebrales del sistema nociceptivo relacionadas con las células gliales (fig. 1).

Por último, los Drs. Richard Gracely de la Universidad de Michigan USA, Jesús Pujol y Joan Deus del CRC.Hospital del Mar de Barcelona demostraron cómo la Resonancia Funcional con Estimulación nos permite visualizar el dolor producido, con estimulaciones de baja intensidad, al demostrar la activa-

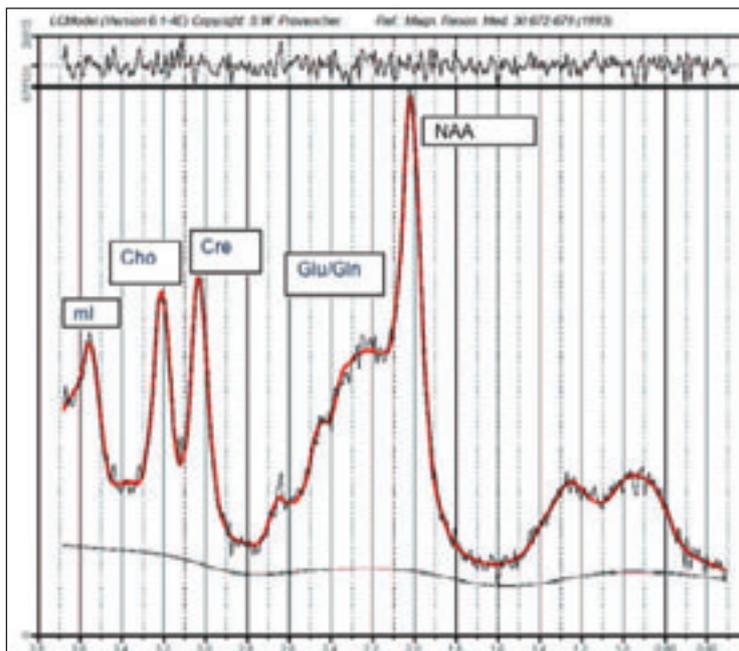


Figura 1: RMN Espectroscópica. Niveles de glutamato. (Cedida por Dr. M Valdes)

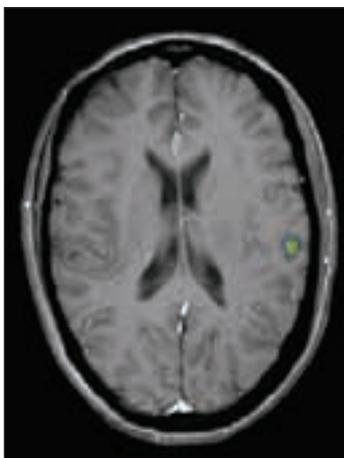


Figura 2: RMN Funcional. Aplicación estímulo 4 Kg/cm 2 en paciente sano. (Cedida por Dres. J. Deus Y J. Pujol)

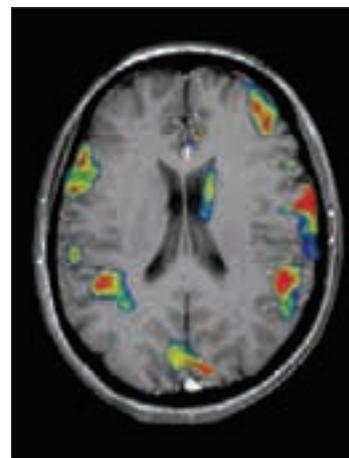


Figura 3: RMN Funcional. Aplicación estímulo 4 Kg/cm 2 en paciente afecto fibromialgia. (Cedida por Dres. J. Deus y J. Pujol).

ción cerebral de las áreas responsables de la elaboración del mismo y cómo su registro puede ser de utilidad en la valoración clínica de los pacientes.(fig 2 y 3).

Tras lo expuesto en este necesariamente breve resumen de estas jornadas, se pone en evidencia, como decía Rotes Querol, que este "príncipe", esta "epifanía", que es el tratamiento se va acercando de la

mano del esfuerzo en la investigación, del conocimiento del funcionamiento de los circuitos del dolor y de su mantenimiento, de su cronicidad y de todo lo que ello comporta a nivel de lo biológico, psicoafectivo y social a estos pacientes afectados de fibromialgia. Creo que podemos decir que nuestros pacientes están menos solos y nosotros los clínicos también.



DRA. INMACULADA C. CHALMETA VERDEJO
HOSPITAL UNIVERSITARIO DR PESET. VALENCIA

Fracturas de estrés

Cuando la rodilla duele y no es por artrosis

Las patologías que originan dolor de rodilla son múltiples y variadas, algunas de ellas poco habituales o de difícil clasificación. Por lo general, en la práctica clínica los dolores de rodilla se clasifican de acuerdo a las patologías más frecuentes y, por lo tanto, mejor conocidas (artritis, artrosis y partes blandas principalmente). Sin embargo, hay síndromes dolorosos de difícil clasificación y en los que el origen queda mal definido, ya que en estos casos las pruebas clínicas, analíticas o de imagen de uso habitual no son de utilidad, como la osteonecrosis, la distrofia simpaticorefleja, la osteocondritis disecante y las fracturas por estrés, por ejemplo.

Llegar a un correcto diagnóstico etiológico en un paciente con dolor agudo de rodilla puede ser difícil, no sólo porque la presencia de dolor, derrame articular y/o contractura muscular dificultan el examen físico, sino también porque la evaluación radiológica inicial puede mostrar cambios degenerativos articulares que nos induzcan a pensar en un proceso de artrosis aislado como causa del dolor.



Figura1 Rx simple. Línea de esclerosis en meseta tibial interna

Por lo tanto es primordial efectuar una anamnesis y exploración física completa, independientemente de la edad del paciente, haciendo hincapié en las circunstancias en las que se desencadenó el dolor, y con independencia de los hallazgos en radiología ósea simple.

FRACTURAS POR ESTRÉS

El hueso fisiológicamente normal es un tejido dinámico sometido a constantes procesos de remodelación (reabsorción y reemplazo óseo); ante un estrés repetitivo, se produce un desequilibrio entre la reabsorción y el reemplazo óseo,

pudiendo producirse una fractura. Cuando hablamos de fracturas de estrés, por lo general tendemos a pensar en una patología cuya incidencia se limita a personas que realizan una actividad poco habitual, como en militares tras marchas prolongadas, atletas, bailarinas, niños, etc. y localizadas más frecuentemente en metatarsianos. Dependiendo de la calidad del hueso en el que se producen podemos distinguir 2 tipos:

FRACTURAS POR FATIGA

Se producen en un hueso de resistencia elástica normal como resultado de una excesiva actividad muscular realizada de manera repetitiva. Se observan en el 10% de los pacientes que practican deportes, y en el 17% de los casos son bilaterales. Son más frecuentes en los miembros inferiores, especialmente en el cuello femoral, tibia y metatarsos. La primera descripción de fracturas por estrés en atletas fue hecha en 1958 por Devas, que basó sus estudios en exámenes radiológicos, correlacionando el lugar del dolor con las alteraciones radiológicas.

FRACTURAS POR INSUFICIENCIA

Cuando la densidad mineral ósea es baja, fuerzas relativamente normales pueden producir fracturas por insuficiencia, ocasionando edema en la médula ósea, pero puede no apreciarse una rotura franca de la corteza. Estadísticamente, las mujeres son más proclives que los hombres a sufrirlas, sobre todo en la tercera edad.

La localización en mesetas tibiales y en cóndilos femorales se considera poco habitual, pero la realidad

es que no se han llevado a cabo estudios para determinar su prevalencia, por lo que debe ser considerada siempre en el diagnóstico diferencial de una rodilla dolorosa, ya que

Es primordial efectuar una anamnesis y exploración física completa, independientemente de la edad del paciente

puede presentarse de forma similar a una rotura meniscal, evitando exploraciones innecesarias como la artroscopia. En esta localización el retardo en el diagnóstico, o el error, se produce con cierta frecuencia al no apreciarse en las imágenes de radiología simple al inicio del cuadro clínico o bien, por la coexistencia de un problema degenerativo articular o meniscal.

DIAGNÓSTICO

Como ya hemos comentado anteriormente, las fracturas de estrés de la rodilla no son una entidad patológica que se considere regularmente dentro del diagnóstico diferencial del dolor en esta articulación. Por tanto, el diagnóstico requiere como pilar básico su sospecha clínica. El dolor es el síntoma predominante; puede tener un inicio brusco (el paciente puede recordar claramente la circunstancia que lo desencadenó) o bien establecerse de forma insidiosa. Suele mejorar con el reposo

del miembro afectado; sin embargo, si la actividad continúa, el dolor puede volverse constante.

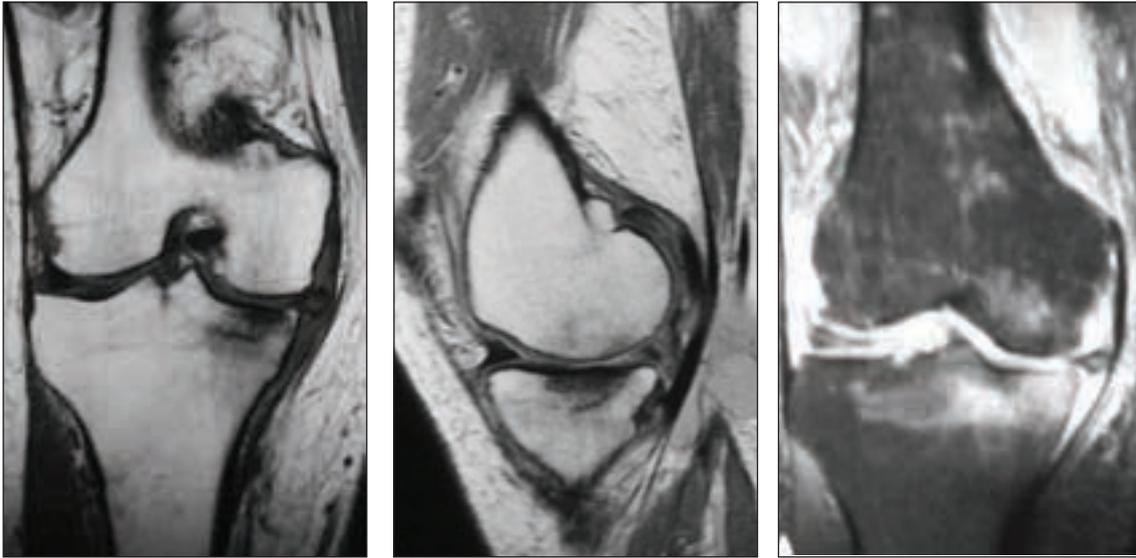
Como la rodilla es la articulación más frecuentemente afectada por la artrosis en mayores de 50 años, en este grupo de pacientes deberemos hacer hincapié en el cambio del ritmo o aumento de la intensidad del dolor. Los hallazgos del examen físico incluyen dolor localizado, edema, aumento de temperatura y eritema.

Engber y cols publicaron una serie de 36 pacientes diagnosticados de fractura de estrés de meseta tibial. La característica fundamental del dolor fue la localización en la cara anteromedial de la porción proximal de la tibia, justo debajo de la interlínea articular. El inicio fue insidioso, mejorando en reposo y empeorando con la deambulación. Observaron un retraso en el diagnóstico entre 3 y 50 días.

Estos mismos autores, describen una exploración física en la que se aprecia un área circunscrita de hipersensibilidad a la palpación sobre la vertiente anteromedial de la porción proximal de la tibia. En un 75% observaron además, edema asociado sobre el área de hipersensibilidad. No hubo alteración en el rango de movilidad; así mismo tampoco observaron derrame "por simpatía".

El diagnóstico diferencial de las fracturas de estrés de rodilla incluye aquellas condiciones que clínicamente cursan de una forma similar. Destacar por su frecuencia la bursitis anserina que consiste en la inflamación de la bursa situada por debajo de la inserción, en tibia proximal y anteromedial, de los tendones del pes anserinus (músculos sartorio, gracilis y semitendinoso). Cursa de un modo más

Pueden aparecer a cualquier edad y por la práctica de cualquier tipo de actividad con sobrecarga mecánica repetitiva sobre el esqueleto



Figuras 2,3,4: RM con edema óseo y lesión ósea estructural de morfología lineal compatible con fractura de estrés

insidioso y suele resolverse con la infiltración de esteroides.

Más raramente, aunque ha sido descrito por algunos autores, el llamado síndrome osteonecrosis-like del platillo medial, que se manifiesta clínicamente por dolor agudo en la cara medial de la rodilla en individuos mayores de 50 años, sin alteraciones radiológicas, pero con hipercaptación en gammagrafía ósea en la zona dolorosa. Se apunta la posibilidad de que exista una fractura de estrés subyacente.

TÉCNICAS DIAGNÓSTICAS

El desarrollo de nuevas técnicas de imagen en los últimos años ha hecho que los estudios radiológicos convencionales sean reemplazados, en algunos aspectos, por otros procedimientos que permiten una mayor precisión diagnóstica.

Radiología simple (Rx)

El estudio Rx al inicio de los síntomas suele ser normal (en esta fase la sensibilidad de la técnica es muy baja, alrededor del 15%), excepto si existe un desplazamiento óseo o afectación de la cortical. El intervalo entre los síntomas iniciales y los hallazgos radiográficos puede

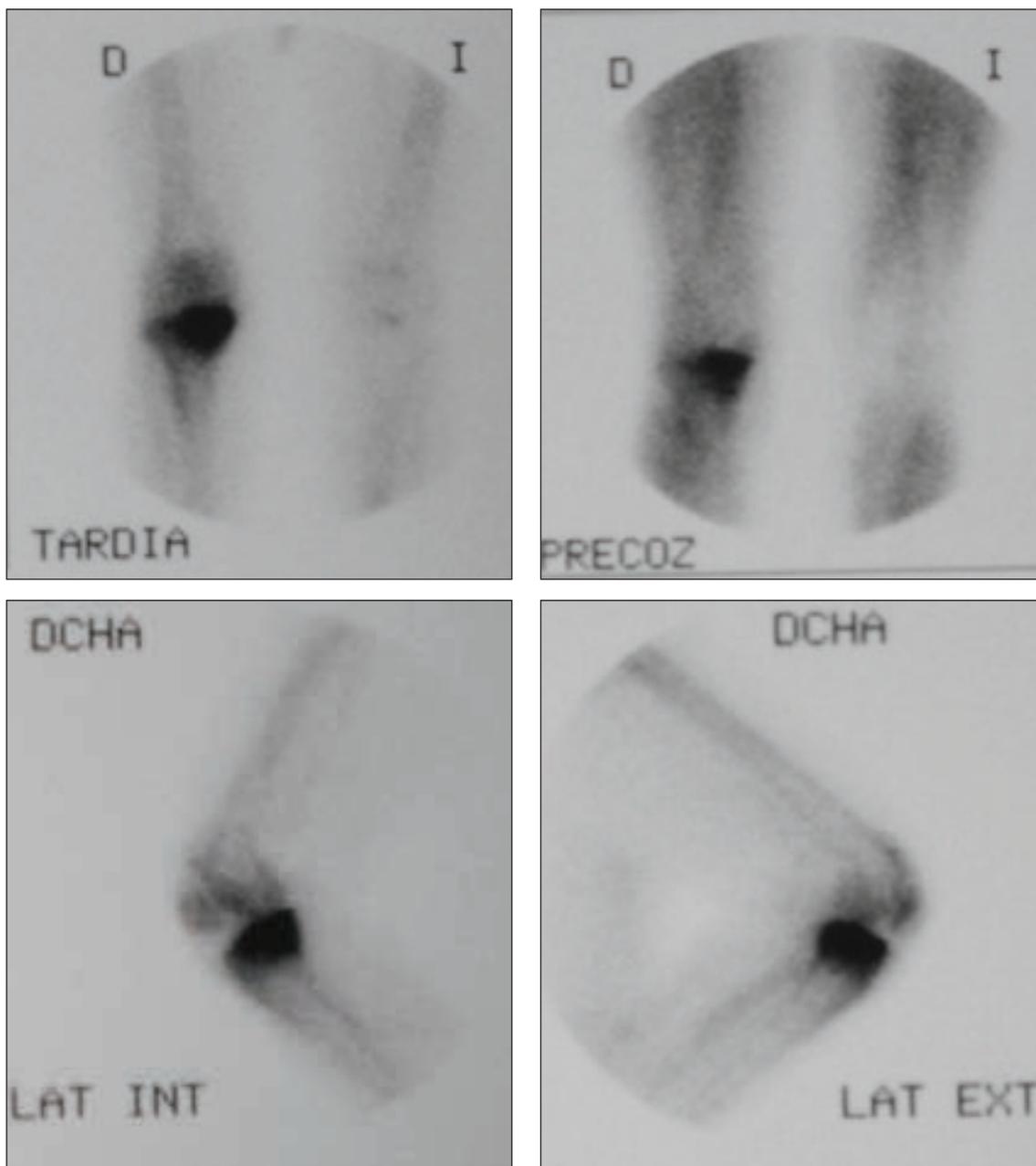
variar entre una semana a varios meses y el término de la actividad física puede prevenir el desarrollo de hallazgos en las radiografías. Además del curso temporal, los cambios radiográficos van a depender del tipo de hueso comprometido. Con el seguimiento radiológico, la sensibilidad aumenta al 50%, pudiendo observarse zonas de esclerosis perpendicular a las trabéculas óseas, y/o reacción perióstica (imagen 1). En ocasiones pueden confundirse con patología tumoral o, más raramente, infecciosa.

Se ha sugerido que algunas fracturas alrededor de la tibia pueden ser detectadas en radiografías de alta calidad al inicio de los síntomas. Sin embargo, no es lo frecuente puesto que como suelen afectar a hueso trabecular producen pequeñas alteraciones radiológicas en la cortical, a veces tan sutiles que pueden ser difíciles de detectar incluso con óptimas imágenes; en este grupo se incluyen las fracturas de estrés del platillo tibial. Sobre radiografías simples, puede observarse una vaga banda de esclerosis o bien un callo de fractura, aunque más

frecuentemente en las radiografías realizadas durante el seguimiento del paciente.

■ Resonancia Magnética (RM)

La RM es un método muy sensible para detectar lesiones osteocondrales y fracturas óseas ocultas a la radiografía en la rodilla, pero debido a su costo no es factible pedirla de rutina. La capacidad de la RM para detectar edema óseo hace que sea la técnica de elección cuando se sospecha una fractura oculta. Sin embargo, la significación clínica del edema de médula ósea en STIR es variable, ya que se ha observado que en los corredores puede provocarlo el ejercicio; por lo tanto, este hallazgo aislado, por sí mismo, no es un signo específico de lesión por estrés. Los diagnósticos diferenciales de este patrón de edema en médula ósea incluyen fractura, osteomielitis, necrosis avascular, osteoporosis transitoria y tumor. Las reacciones de estrés probablemente representan el estadio inicial de las fracturas de estrés y se observan en RM como cambios inflamatorios y edema mal definido en el margen perióstico o endóstico.



Figuras 5,6,7,8: Gammagrafía ósea con área de captación patológica en meseta tibial interna que sugiere fractura de estrés

Las fracturas de estrés aparecen en RM como bandas lineales hipointensas, que pueden extenderse al cortex, rodeadas por áreas mal definidas de hemorragia y edema, con un comportamiento de señal hipointenso en T1 e hiperintenso en T2 y STIR, (imágenes 2,3,4). En resumen, la RM es una técnica muy sensible y especialmente útil en los casos de diagnóstico difícil; sin embargo, su

uso se ve limitado por el notable encarecimiento que supone.

■ Gammagrafía ósea

El estudio gammagráfico es una de las técnicas más sensibles en el diagnóstico de las fracturas por estrés (sensibilidad cercana al 100%) siendo considerada el gold standard para la evaluación de las mismas antes de la aparición de la RM. La utilidad del

estudio gammagráfico con pirofosfato de Tc99m en el diagnóstico de las fracturas por estrés se encuentra en su capacidad para detectarla precozmente, cuando se manifiesta clínicamente pero la radiología es normal ya que los hallazgos patológicos se ponen de manifiesto a las 24-36 horas del inicio de los síntomas (entre una o dos semanas antes

El dolor es el síntoma predominante; puede tener un inicio brusco o bien establecerse de forma insidiosa

que los cambios radiológicos). La captación gammagráfica aparece como un área solitaria, focal y/o fusiforme (imágenes 5,6,7,8) de aumento del trazador en las tres fases (vascular, de equilibrio y tardía), lo que permite distinguir las fracturas de los depósitos longitudinales lineales frecuentes en la cara postero-medial de la tibia (shin splints o periostitis interna de tibia). Estos sólo son visibles en las fases tardías, obedecen a interrupciones del periostio por rotura de las fibras de Sharpey y probablemente corresponden a una entesitis en la inserción de los músculos sóleo y tibial posterior. La hipercaptación gammagráfica puede persistir hasta dos años después de la fractura.

■ Tomografía computerizada (TC)

La habilidad de la TC para detectar fracturas por estrés en estadio temprano es limitada y su sensibilidad es menor que la que presenta la gammagrafía ósea o la RM. Su valor real reside en la detección de una discreta línea de fractura esclerótica o radiolúcida o una reacción perióstica. La TC es útil para casos particulares, como fracturas del tarso navicular, fractura longitudinal de la tibia, espondilolisis y fracturas del sacro, y también es de ayuda cuando se plantean dudas con otros métodos de diagnóstico. Es también extremadamente útil en la diferenciación entre fractura por estrés y osteoma osteoide ya que detecta el nido radiolúcido típico de este último. Entre sus desventajas se encuentra la poca capacidad para objetivar el cartílago articular, y en la mayoría de los casos no pone de manifiesto las lesiones osteocondrales⁴.

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ

Son varios los autores que resaltan la importancia de un diagnóstico precoz en la fracturas por estrés de rodilla. En primer lugar, porque la descarga de la articulación conlleva a una resolución de los síntomas en pocas semanas y, en segundo lugar, porque se puede evitar el colapso del platillo tibial y la necesidad de una artroplastia posterior.

TRATAMIENTO

Parece obvio que el manejo de los pacientes con esta patología requiera un enfoque específico, en el que la evitación de la carga tiene un papel importante. Puede ser necesaria además la toma de analgésicos antiinflamatorios. La evolución clínica de la mayoría de los pacientes suele ser satisfactoria tras un período de reposo de 4-6 semanas.

CONCLUSIONES

Las fracturas por estrés pueden aparecer en cualquier edad, y originarse por la práctica de cualquier tipo de actividad que suponga una sobrecarga mecánica repetitiva sobre el esqueleto.

Las fracturas de estrés de la rodilla no son una entidad patológica que se considere regularmente dentro del diagnóstico diferencial del dolor en esta articulación. Este hecho, junto a la necesidad de realizar pruebas de imagen menos accesibles en la práctica médica cotidiana, como la gammagrafía ósea y la RM, explica el motivo por el que, con más frecuencia de la deseada, esta entidad patológica puede pasar desapercibida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Devas M. Stress fractures of the tibia in athletes or "shin soreness" J Bone Joint Surg Br. 1958 40-B (2): 227-239.
2. Engber W. Stress fractures of the medial tibial plateau. J Bone Joint Surg, 1977 (59)6; 767-769.
3. Legards L., Savy JM., Orcel Ph., et al. Osteonecrosis-like syndrome of the medial tibial plateau can be due to a stress fracture. Rev. Rhum. [Engl. Ed.], 1999, 66(6): 323-330.
4. Ramos L, Mulero J. Patología articular. En: Sistema musculoesquelético; su estudio mediante técnicas de imagen. Ed IM&C,1996. Capítulo 5. 73-104.
5. Capps G; Hayes C. Easily missed injuries around the knee. Radiographics, 1994; 14:1191-1210.
6. Newberg AH, Wetzner SM. Bone bruises: their patterns and significance. Semin Ultrasound CT MR. 1994 Oct;15(5):396-409.
7. Bergman A.G, Fredericson M. MR imaging of stress reactions, muscle injuries, and other overuse injuries in runners. Magn Reson Imaging Clin N Am 1999; 7:151-174.
8. Kavanaugh J, Yu JS. Too much of good things: overuse injuries of the knee. Magn Reson Imaging Clin N Am, 2000; 8:321-324.
9. Pedrosa C, Casanova R. Principios generales de los traumatismos, diagnóstico por imagen. Tratado de Radiología clínica. 2004. Vol. III (2ª edición), pág 317.
10. Marmor L. Fracture as a Complication of Osteonecrosis of the Tibial Plateau. J Bone Joint Surg; 1988; 70A (3):454-457.
11. Peris Bernal, P. Fracturas por estrés. En: Tratado de Reumatología. Eliseo Pascual Gómez, Vicente Rodríguez Valverde, Jordi Carbonell Abelló, Juan J. Gomez-Reino. 1998. Capítulo 13, pág 2069.

Nace la Escuela de Espondilitis

El programa "Escuela de Espondilitis" acaba de ponerse en marcha con el propósito de facilitar una herramienta útil que sirva de guía de educación integral al paciente con esta enfermedad reumática y a los distintos profesionales sanitarios encargados de su atención. Se trata de una iniciativa de Abbott Inmunología, avalada por el Grupo de Espondiloartritis de la Sociedad Española de Reumatología (GRESER) y coordinada por el doctor Carlos Rodríguez, del Hospital Dr. Negrín de Las Palmas de Gran Canaria. Según el doctor Eduardo Collantes, miembro del GRESER, "ha llegado el momento de pensar si no estamos tratando de forma incompleta a nuestros pacientes", y es que el manejo óptimo del paciente con espondilitis anquilosante requiere, según todas las recomendaciones internacionales, la combinación de medidas farmacológicas -dirigidas a suprimir los procesos inflamatorios que ocurren a lo largo de la columna- y no farmacológicas. Estas últimas

Los pacientes con esta enfermedad podrán beneficiarse de un programa de fisioterapia domiciliaria

deberían incluir la educación al paciente y el ejercicio físico regular, para aportar flexibilidad a la columna vertebral y prevenir la anquilosis (soldadura de las vértebras).

26 HOSPITALES Y 600 PACIENTES

La Escuela de Espondilitis se pone en marcha mediante una prueba piloto que incluye los servicios de Reumatología de 26 hospitales, y se

espera que lleguen a participar cerca de 600 pacientes. "Sin duda se trata del mayor número de pacientes con espondilitis que participan en un programa similar. Además, este programa nos permitirá obtener datos sobre los beneficios de la fisioterapia en el tratamiento de esta enfermedad reumática", señalaba en su presentación el doctor Carlos Rodríguez.



Los doctores Eduardo Collantes y Carlos Rodríguez en la presentación del programa "Escuela de Espondilitis"



Comienza el estudio con el mayor número de pacientes que aportará datos sobre los beneficios de la fisioterapia en el tratamiento de esta enfermedad reumática

El programa permite que el paciente pueda hacer los ejercicios en su domicilio, después de una sesión previa de información y asesoramiento por parte de un reumatólogo, un enfermero/a y un fisioterapeuta. Dispone de más de 40 ejercicios para realizar en el domicilio y también en el agua, que han sido supervisados por el doctor Andrés Peña, del Servicio de Rehabilitación del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, y la fisioterapeuta del mismo hospital Ana Belén Romojaro. También se incluye una serie de consejos sobre medidas higiénico-posturales (dormir boca arriba, cómo sentarse o conducir, evitar sobreesfuerzos, cómo levantar adecuadamente peso, intentar mantenerse activo, técnicas que ayudan a reducir el nivel de tensión...)

“El beneficio que esperamos con ello es que el paciente gane en función física, en movilidad y capacidad para realizar sus actividades, tanto en su domicilio, como en la vida laboral -señala el doctor Carlos Rodríguez-. No esperamos tanto la disminución

del dolor (ya que para ello está la terapia farmacológica), sino una calidad de vida más aceptable gracias a una mejor movilidad.”

La Escuela de Espondilitis, durante esta prueba piloto, tiene un periodo de inclusión de pacientes de 4 meses y un periodo de seguimiento de 6 meses.

Durante el seguimiento, y mediante un sistema de Call Center (llamadas mensuales), se recordará al paciente la realización de los ejercicios. Igualmente, se llevará un “diario del paciente”, en el que se reflejará el estado de la enfermedad mediante escalas y cuestionarios y se describirá el grado de realización de tratamiento farmacológico y de fisioterapia, así como cualquier contingencia que ocurra.

El programa se completa con un dossier (DVD más soporte papel) que contiene toda esta información, sobre la enfermedad, el sistema musculoesquelético, consejos del psicólogo, de la enfermera, tabla de ejercicios...

UNA ENFERMEDAD QUE PREFIERE AL VARÓN

La espondilitis anquilosante es una enfermedad inflamatoria de la columna vertebral que afecta por lo general a personas jóvenes y, a diferencia de otras enfermedades reumáticas como la artritis, afecta más a los hombres. Produce un dolor lumbar de características especiales, más intenso durante el reposo nocturno, acompañado en ocasiones de artritis y de dolor en los puntos del esqueleto donde se fijan los tendones y ligamentos de los huesos. Si la inflamación se mantiene a lo largo del tiempo y no se trata, puede llegar a fusionar las vértebras entre sí, dejando la columna rígida, sin flexibilidad.

El ejercicio y la fisioterapia siempre han estado ligados al tratamiento de la espondilitis, pero no siempre se dispone de los medios o las condiciones adecuadas para que el paciente pueda realizarlos. Con el programa Escuela de Espondilitis se consigue que haya una homogeneización en los tratamientos no farmacológicos.

Reumaconsult: atención primaria pregunta

Reumaconsult es un proyecto de la SER, con la colaboración de Schering Plough, que tiene como objetivo fomentar la relación y el intercambio de conocimientos entre Reumatología y Atención Primaria. El proyecto está encontrando un amplio eco y ha sido un rotundo éxito de participación en toda

España. Mil médicos de cabecera han sido ya suscritos a "Los Reumatismos" y sus cuestiones, con las correspondientes respuestas, serán publicadas únicamente en esta publicación. El proyecto Reumaconsult, impulsado por la SER, se prolongará durante todo 2008.

P8. ¿Qué patología es la causa más frecuente de un patrón radiológico con áreas escleróticas y líticas en cadera?

La enfermedad de Paget produce de forma característica un patrón moteado con áreas escleróticas y líticas siendo la cadera una localización frecuente. Sin embargo, en función de la edad no hay que olvidar el cáncer de próstata, el mieloma múltiple (puede presentar una osteopenia permeativa que pueda dar lugar a confusiones), tumores óseos o linfomas (aparecen a cualquier edad).

P9. Tengo una paciente mujer de 61 años diagnosticada de fibromialgia con intolerancia a los AINEs a pesar de utilizar protectores gástricos, mal control de su enfermedad con paracetamol y parches de fentanilo 50 mcg ¿Qué pauta debo seguir?

Desde luego, hay que insistir en el tratamiento no farmacológico, como el ejercicio físico y valorar una terapia cognitivo conductual.

Con respecto a la medicación, probablemente lo mejor sea cambiar de tipo de fármacos: antidepresivos a dosis bajas (tryptizol), medicamentos anticomociales del tipo de gabapentina y pregabalina. Otras opciones serían los dopaminérgicos (pamiprexole) o los hipnóticos (zopiclona o zolpidem).

P10. Con el fin de evitar la derivación de pacientes con sospecha de fibromialgia, ¿podrían indicar qué batería analítica debemos solicitar con el fin de que queden descartadas otras posibles enfermedades?

El diagnóstico de fibromialgia es exclusivamente clínico y está basado en la presencia de dolor osteomuscular crónico y generalizado junto con los otros síntomas clínicos. Existen cuadros clínicos que pueden manifestarse con dolor generalizado, fatiga, y otros síntomas que pueden llegar a confundirse con la FM. Es conveniente disponer de un hemograma, Velocidad de sedimentación globular (VSG), bioquímica completa con glucosa, urea, creatinina, GOT, GGT, GPT, fosfatasa alcalina, calcio, fósforo, iones, CK, función tiroidea. Si hay sospecha de la existencia de enfermedad autoinmune incluir ANA, PCR y sedimento de orina.

P11. ¿Está recomendado la utilización de morfínicos potentes o mayores en un paciente anciano a tratamiento de artrosis generalizada que no controla el dolor con paracetamol (1gr cada 6 h) y tramadol (100 mg cada 12 h) y que además interfiere en su vida diaria?. En caso afirmativo: ¿cuáles y a qué dosis?

Si estamos completamente seguros que el aumento del dolor se debe a su proceso degenerativo articular y no otra patología reumatológica intercurrente podemos optar por diferentes opciones:

- Aumentar la dosis de tramadol hasta 150/12 horas o incluso 200 mg/12 horas. Generalmente a estas dosis en ancianos suelen aparecer estreñimiento y náuseas que hacen suspender el tratamiento.

- Iniciar tratamiento con parches de Fentanilo transdérmico 25 microg/72 h e ir subiendo dosis según respuesta y tolerancia.

- En vez de parches de Fentanilo probar con parches de Brupenorfina (no necesita receta de estupefacientes).

Siempre es conveniente insistir en las importantísimas medidas generales para conservar una funcionalidad adecuada: aplicación de frío en las articulaciones dolorosas, caminar con ayuda de bastón o muleta, realizar ejercicios isométricos de cuádriceps, perder peso, etc.

P12. ¿Cómo podemos distinguir al SS en fase de inicio?

El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune, de evolución crónica que puede afectar a cerca del 1% de la población y se caracteriza por una respuesta con

**1.000 médicos de
cabecera disponen de
una suscripción a
Los Reumatismos para
acceder en exclusiva a las
preguntas y respuestas de
Reumaconsult**

infiltrado inflamatorio especialmente en glándulas salivales y lacrimales, provocando hiposecreción glandular. Si bien, puede afectar a otras glándulas y a órganos internos. Un problema frecuente es encontrar que muchos pacientes no le dan importancia, al menos al inicio, a la disminución de saliva o de lágrimas hasta que se hace muy sintomático y esto puede retrasar el diagnóstico.

Sin duda, lo más frecuente es que el SS se manifieste por sequedad bucal (xerostomía) y/o lagrimal (xeroftalmia), pero no hay que olvidar que la causa más frecuente hoy día de estos síntomas, sobre todo en población mayor, es la toma de fármacos "secantes", como los anti-depresivos, sedantes o los antihistamínicos. Sin embargo, por ser una enfermedad sistémica puede aparecer con sintomatología específica del órgano afecto, como artralgias/artritis, fibrosis pulmonar o polineuropatía, etc.

En ocasiones, es el estudio de una alteración analítica en el paciente la que nos lleva al diagnóstico, como detectar una VSG muy elevada en un paciente con niveles normales de PCR. Esto se produce porque en el SS la elevación de la VSG está relacionada con la presencia de hipergamaglo-

bulinemia y la PCR no depende de ella. En esta situación, se aconseja preguntar por la presencia de síntomas de sequedad bucal u ocular.

P13. ¿Cuáles son las articulaciones que se afectan con mayor frecuencia en la AR de reciente comienzo?

Sin duda, en la artritis reumatoide lo más frecuente es que se inicie con dolor e inflamación de manera insidiosa afectando de forma simétrica a las pequeñas articulaciones de ambas manos y pies. Sin embargo, en un 30% de los casos puede debutar de forma aguda de forma simultánea en grandes y pequeñas articulaciones, afectando entonces también a hombros y rodillas. Solo ocasionalmente puede aparecer como una monoartritis, habitualmente en rodilla

P14. Manifestaciones extrarticulares de la EA más comunes y especialmente a vigilar

Sin duda, en la mayoría de los pacientes con espondilitis anquilosante (EA) lo que predomina es la afectación del esqueleto axial y articulaciones sacroilíacas. Sin embargo, un número relevante pueden presentar manifestaciones extrarticulares, que son de interés:

■ Uveítis. Aparece en el 25%-40% de los pacientes. Suele ser una uveítis

anterior aguda no granulomatosa, con frecuencia recidivante y unilateral.

■ Enfermedad pulmonar. La afectación con fusión de las articulaciones costovertebrales puede llegar a provocar datos restrictivos en las pruebas de función pulmonar. En ocasiones se produce una fibrosis pulmonar apical con formación de bullas.

■ Enfermedad intestinal. Además de que se conoce la asociación de EA con la colitis ulcerosa y la enfermedad de Crohn, se han descrito en el 30%-60% de los pacientes con EA inflamación intestinal subclínica.

■ Cardiopatía. Puede detectarse insuficiencia aórtica por haber presentado inflamación de la raíz aórtica y en ocasiones trastornos de la conducción por fibrosis del septo ventricular.

■ Neuropatía. Suele estar en relación con neuropatía IgA asociada, toxicidad por Aine, e incluso por presencia de amiloidosis renal.

■ Amiloidosis. Es poco frecuente y puede aparecer en casos de larga evolución. Debe sospecharse ante la detección de proteinuria.

■ Osteoporosis. Es un dato que se suele olvidar, pero aparecen fracturas vertebrales hasta en el 18% de los pacientes con EA, relacionado con actividad inflamatoria.

CAMPAÑA DE EDUCACIÓN SANITARIA DE LA SER

“En la artritis reumatoide, date un descanso: Papel del Hospital de Día”

Dar a conocer la figura del hospital de día como herramienta clave en el control y tratamiento de la artritis reumatoide, es el objetivo de la campaña nacional de educación sanitaria “En la artritis reumatoide, date un descanso. Papel del Hospital de Día”, que ha puesto en marcha la Sociedad Española de Reumatología en colaboración con Schering Plough. El acto de presentación ha tenido lugar en el hospital de día del centro Dr. Negrín de las Palmas de Gran Canaria.

“El hecho de que la artritis reumatoide afecte a más de 200.000 personas en España y sea causa de una significativa disminución de la calidad de vida de quien la sufre como consecuencia del grave daño que provoca sobre las articulaciones, convierte a esta enfermedad en la patología principal de la reumatología actual”, ha comentado

el Dr. Josep Blanch, presidente de la SER. El Dr. Blanch ha resaltado al mismo tiempo los innovadores mecanismos de acción de las terapias biológicas, “que han ofrecido a los pacientes una mejora muy notable en lo que a calidad de vida se refiere”.

PAPEL DEL HOSPITAL DE DÍA

En los últimos tiempos, el hospital de día ha ido cobrando cada vez mayor importancia en el control de determinadas enfermedades gracias a las

terapias que en él se dispensan. Según el Dr. Carlos Rodríguez Lozano, jefe de la Sección de Reumatología del Hospital Dr. Negrín, de Las Palmas de Gran Canaria “el hospital de día nos permite, por fin, abordar de forma integral el tratamiento del paciente; en un mismo acto se realiza la entrevista médica, la extracción de sangre para los controles analíticos de la enfermedad y del tratamiento, se administra la medicación y, además, se dan valiosos cuidados de enfermería que en otras circunstancias no podrían realizarse. De la misma forma -continúa el experto- el hospital de día también facilita el control ajustado de la medicación con la seguridad de que se está administrando de la forma más correcta, y en el caso de aparición de cualquier efecto secundario, éste puede ser tratado en el propio hospital”.

Destacó el doctor Rodríguez Lozano la importancia de un Programa Educativo denominado EPICA, a través del cual se aprovecha la estancia del paciente en el hospital para recibir su tratamiento y, durante ese tiempo, desarrollar una herramienta que le permita conocer mejor su enfermedad. “Creo que, por vez primera a nivel nacional, -comenta el Dr. Rodríguez Lozano- se ha puesto en marcha un proyecto multicéntrico gracias al cual los pacientes pueden conocer aspectos relacionados con su enfermedad que pueden ir

desde la alimentación, sexo o carga genética, hasta temas laborales ligados a su discapacidad”

La artritis reumatoide es una enfermedad con altas consecuencias sanitarias tanto por las complicaciones físicas como económicas. Los costes directos de la enfermedad en España ascienden a 1.575 millones de euros y representan el 70 por ciento de los gastos, asimismo los costes indirectos producidos por las bajas laborales se calculan en hasta un cinco por ciento de todas las incapacidades laborales permanentes. Además, se deben de tener en cuenta los gastos generados por la pérdida de la calidad de vida de estos pacientes.

Otros datos quedan idea de la importancia de esta enfermedad, ponen de manifiesto que entre el 14 y el 43% de los pacientes sufren también depresión; el 70% de los pacientes presentan indicios radiológicos de destrucción de las articulaciones a los dos años del diagnóstico; entre el 15 y 20% de los pacientes diagnosticados recientemente requerirán una artroplastia por destrucción articular en un plazo de 5 años; diez años después del diagnóstico, más del 50% de los pacientes sufre discapacidad grave, y 15 años después sólo el 40% puede trabajar; la esperanza de vida de estos pacientes se ve acortada entre 5 y 10 años.

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
- ARTRITIS REUMATOIDE
- CORTICOIDES
- ENFERMEDAD DE WEGENER
- ESCLERODERMA
- INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS
- METOTREXATO
- OSTEOPOROSIS

ANTI-TNF

Tratamiento con anti-TNF y fallo cardíaco

¿PROMUEVE O PREVIENE EL FALLO CARDÍACO LA INHIBICIÓN DEL TNF EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE?

Listing J, Strangfeld A, Schenider M, et al. Arthritis & Rheum 2008; 58:667-677.

En los últimos años diversos estudios han puesto de manifiesto un incremento en el riesgo cardiovascular en los pacientes con AR. Diversos estudios han reseñado el papel de la inflamación sistémica en el incremento del riesgo para el desarrollo de la arteriosclerosis, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca (IC) y enfermedades cerebrovasculares. Las citocinas que intervienen en los procesos inflamatorios, entre ellas el TNF, contribuyen a la patogenia de la AR. El TNF interviene en los procesos cardiovasculares, contribuyendo a la progresión del fallo cardíaco. Ensayos clínicos con etanercept e infliximab en el tratamiento del fallo cardíaco fueron suspendidos por falta de eficacia o por un incremento en el riesgo del desarrollo de fallo cardíaco con dosis de 10mg/kg con infliximab. Estos estudios hacen pues necesario el realizar una evaluación acerca del papel de los fármacos anti-TNF en el riesgo para desarrollar insuficiencia cardíaca en los pacientes con AR.

Los autores en este estudio plantean la hipótesis siguiente: además de los diversos factores conocidos de la población general, la severidad y la inflamación de la artritis reumatoide así como el tratamiento con anti-TNF, esteroides e inhibidores de la COX-2 pueden tener una influencia en el desarrollo o empeoramiento de la IC en pacientes con AR.

Los autores utilizaron los pacientes incluidos en la cohorte prospectiva de pacientes con AR tratados con fármacos biológicos en Alemania (etanercept, infliximab, adalimumab y anakinra) y con FAMEs. Se establecieron 4 grupos de comorbilidades; IC, cualquier otra enfermedad cardiovascular (CDV), diabetes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La medida de desenlace estudiada fue la estimación de la incidencia y los factores de riesgo asociados a la IC en los pacientes con AR. En cuanto al análisis estadístico, en primer lugar se analizaron los riesgos de la población general en los pacientes estudiados, en segundo lugar se analizó la influencia en el desarrollo/empeoramiento de los factores dependientes de la enfermedad así como de los tratamientos.

Cumplieron los requisitos para la realización del estudio 4.248 pacientes, de los que 2.757 estaban en tratamiento con fármacos anti-TNF y 1.491 con FAMEs. La

prevalencia de la IC fue mayor en el grupo de pacientes tratados con anti-TNF; 8 de 98 pacientes estaban en la clase III de la clasificación de la NYHA; 7 de los 8 pacientes estaban en tratamiento con anti-TNF. De los 25 pacientes que desarrollaron IC "de novo", la incidencia fue mayor en aquellos pacientes que presentaban enfermedad CDV a la entrada en el registro. Siete de estos 25 pacientes murieron.

Los pacientes que desarrollaron IC "de novo" fueron mayores, eran varones con sobrepeso, peor capacidad funcional y altos niveles de actividad de la enfermedad. Los pacientes con IC prevalente al inicio del estudio fueron también mayores, con baja capacidad funcional y alta actividad de la enfermedad. Los factores asociados al desarrollo de la IC "de novo" o el empeoramiento de la misma fueron la edad, el sexo, y posiblemente el índice de masa corporal y la EPOC.

Con respecto a los factores ligados a la AR, se encontró una asociación con la capacidad funcional y el DAS28, no se encontraron asociaciones con el tratamiento con anti-TNF. Cuando se analizaron los factores de riesgo por separado para el desarrollo de la IC de novo, no se encontraron modificaciones con respecto a los resultados generales, aunque si se observó una posible influencia del tratamiento con inhibidores de la COX-2, en los pacientes con empeoramiento de la IC se apreció una asociación con el incremento en las dosis de corticoides.

En este estudio se observó que el incremento en el riesgo para el desarrollo de la IC se asoció a factores previamente publicados, sin embargo un hallazgo nuevo fue el incremento en el riesgo asociado al DAS28, por lo tanto un control adecuado del proceso inflamatorio de la AR podría disminuir el riesgo cardiovascular. Aunque el estudio no permitió descartar la influencia del tratamiento con anti-TNF, por carecer de poder estadístico, en el desarrollo de la IC, los autores concluyen que los efectos beneficiosos en el control de la inflamación contrabalancean los efectos perjudiciales sobre la IC. Estas mismas conclusiones pueden aplicarse sobre la utilización de corticoides en estos pacientes. La única evidencia, aunque débil, se encontró con la utilización de los inhibidores anti-COX2.

Este complejo estudio acerca de los posibles efectos perjudiciales cardiovasculares de los tratamientos con anti-TNF en los pacientes con AR o cualquier enfermedad inflamatoria, subraya varios aspectos fundamentales en el estudio de estas enfermedades. En primer lugar existe una necesidad de realizar cohortes longitudinales de seguimiento en estos pacientes, puesto que esta será la única forma de conocer de una manera adecuada la historia natural de estas enfermedades; por otro lado con la llegada de nuevos y más eficaces tratamientos en las enfermedades inflamatorias se hace necesario tener en cuenta todos los posibles efectos adversos que estos tratamientos puedan conllevar. Por lo tanto, no sería

una mala práctica crear agencias, ya sean dependientes de la administración pública o dependientes de la propia SER, encargadas de realizar esta vigilancia. Estos procesos han de desarrollarse en el marco de una colaboración estrecha y en donde los resultados finales que se obtengan sean firmados al mismo nivel por el conjunto de todos y cada uno de los investigadores que hayan contribuido al desarrollo de la investigación.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

ARTRITIS REUMATOIDE

Asociación de tumores y enfermedades inflamatorias. Artritis reumatoide

NEOPLASIAS MALIGNAS HEMATOLÓGICAS DESPUÉS DE LA EXPOSICIÓN A FÁRMACOS EN LA ARTRITIS REUMATOIDE.

Bernatsky S, Clarke A, Suissa S, Arch Intern Med 2008;168:378-381.

La artritis reumatoide (AR) es una poliartritis inflamatoria crónica de etiología desconocida. Aunque se desconoce la forma de curar la enfermedad, diversos tratamientos permiten el control de la sintomatología de la enfermedad y posiblemente el desarrollo o progresión del daño estructural. Los datos acumulados de diversos estudios realizados en los pacientes con AR en los últimos años, sugieren un incremento en el riesgo de neoplasias hematológicas, fundamentalmente linfomas y posiblemente leucemias. Existe un debate acerca de si la enfermedad "per se" o por el contrario los tratamientos utilizados son los responsables de este incremento en el riesgo. Debido al advenimiento de las terapias biológicas los autores de este estudio se proponen evaluar el riesgo del desarrollo de neoplasias hematológicas en los pacientes con AR tratados con FAMEs convencionales.

Los autores utilizaron las bases de datos de dos registros de la provincia de Québec, estos registros permiten analizar la práctica totalidad de los residentes de la provincia por encima de los 65 años. El estudio se realizó desde enero de 1980 hasta el 31 de Diciembre de 2003. Se recogieron los diagnósticos de AR y la exposición a FAMEs, por otro lado se excluyeron aquellos con historia de tumores. Las medidas de desenlace evaluadas fueron: desarrollo de tumores, muerte o finalización del estudio. Por cada caso de tumoración hematológica se asignaron al azar 10 pacientes con AR como controles emparejados de acuerdo a la edad, sexo y edad de entrada en la cohorte. La gravedad de la enfermedad se determinó de forma indirecta teniendo en cuenta el tratamiento con corticoides, número de visitas al médico y manifestaciones extra articulares.

Se identificaron 23.733 pacientes con diagnóstico de AR, tratamiento con FAMES y ausencia de tumores hematológicos. El 70% eran mujeres y los FAMES más comunes fueron: metotrexato, antipalúdicos y sulfasalacina. La media de seguimiento fue de 6.7 años, desarrollándose 619 neoplasias hematológicas, con una tasa de incidencia de 391.6 casos por 100000 personas-año. No existieron diferencias significativas de acuerdo al sexo, número de visitas al médico y manifestaciones extraarticulares entre los 619 pacientes y los 6190 controles. En el análisis univariante se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la presencia de neoplasias hematológicas y la utilización de azatioprina y ciclofosfamida. Tras ajustes para estimar el efecto específico de cada exposición, la ciclofosfamida fue el fármaco asociado un riesgo más elevado con significación estadística. Las neoplasias hematológicas más frecuentes fueron el linfoma (346), la leucemia (178) y el mieloma múltiple (95).

En las conclusiones los autores indican la eficiencia de los registros para la realización de estos estudios. Aunque existe cierto debate acerca del papel de la propia AR en el incremento en el riesgo del desarrollo de tumores hematológicos, la utilización de FAMES es un factor importante para el desarrollo de estos tumores. En este estudio se demostró una asociación clara entre la ciclofosfamida y el incremento de tumores hematológicos. Sin embargo aunque la ciclofosfamida puede ser considerada un tratamiento histórico en la AR, con el advenimiento de nuevas terapias los clínicos deberán de tener en cuenta que en el medio plazo puede producirse un incremento en el riesgo del desarrollo de estos tumores, por lo tanto debe de mantenerse un sistema activo de vigilancia.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

CORTICOIDES

Nuevas formulaciones químicas de los corticoides; ¿pueden ser más útiles que las clásicas?

EFICACIA DE UNA LIBERACIÓN MODIFICADA VERSUS LA LIBERACIÓN ESTÁNDAR DE PREDNISONA EN LA REDUCCIÓN DE LA RIGIDEZ MATUTINA ARTICULAR EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (CAPRA-1): ENSAYO ALEATORIZADO, CONTROLADO Y DOBLE CIEGO. *THE LANCET* 2008;371: 205-214.

Los glucocorticoides son fármacos útiles en el tratamiento de diversas enfermedades. Sin embargo, los posibles efectos secundarios limitan su utilización de manera sistemática en diversas enfermedades inflamatorias. Aunque existe una intensa investigación en el desarrollo de diversas moléculas que actúen de manera

más específica y con menos efectos secundarios, la evidencia clínica actual de su eficacia todavía es desconocida. Recientemente se ha desarrollado un sistema modificado que permite la liberación de prednisona convencional 4 horas después de su ingestión. Este proceso permite en teoría ajustar la liberación de prednisona de acuerdo al ritmo circadiano endógeno de cortisol.

Los autores realizan un ensayo multicéntrico, aleatorizado, controlado y doble ciego en pacientes con artritis reumatoide. Los pacientes presentaban rigidez matutina (RM) de al menos 45 minutos, acompañada de dolor en una escala análoga visual (EAV) de al menos 30 mm, con 3 o más articulaciones dolorosas y una o más tumefacciones. La VSG y la PCR debían de estar elevadas. Todos los pacientes tenían que estar en tratamiento con dosis estables de prednisona (2.5-10 mg) durante un mes y con FAMES durante al menos tres meses antes del inicio del estudio. No se permitió el tratamiento con fármacos biológicos, al menos durante 4 meses antes del inicio del estudio. Los pacientes fueron tratados en una proporción 1:1 con la nueva formulación o prednisona y se evaluaron a las 12 semanas. La variable principal analizada fue el cambio relativo en la RM. Como objetivos secundarios se evaluó la intensidad del dolor, la calidad del sueño, el DAS28, VSG, PCR e IL-6.

Se incluyeron 288 pacientes, 144 en cada grupo. Los tratados con el sistema modificado de liberación alcanzaron una reducción significativa de la RM al compararlos con los pacientes tratados con prednisona convencional. No se encontraron diferencias clínicas relevantes entre las diversas variables analizadas a excepción de la IL-6. Tampoco se encontraron diferencias significativas analizando el perfil de seguridad y los efectos adversos.

La liberación de diversas citocinas proinflamatorias tiene un pico en las primeras horas de la madrugada y esto precede la presentación de los síntomas inflamatorios como la rigidez y el dolor; de esta manera este tipo de formulación sería más eficaz en el control de los síntomas de la enfermedad.

Este trabajo es objeto de un editorial en la revista, donde se señala la relevancia clínica de este tipo de estrategia para el control de determinados síntomas en las enfermedades inflamatorias. Sin embargo, debido a la duración del estudio varias preguntas están todavía sin responder: ¿se mantiene la eficacia?, ¿tiene efecto en las erosiones óseas?, ¿cuál o cuales son los posibles efectos secundarios a largo plazo?. En definitiva en nuestra opinión este tipo de formulación podría ser útil en diversas enfermedades en las cuales los esteroides no parecen ser eficaces, ¿sería posible que el ritmo circadiano influya tanto en su eficacia?. Si ello fuese así, un ensayo clínico en la espondilitis anquilosante podría ser de interés.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

ENFERMEDAD DE WEGENER

Riesgo de cáncer en la enfermedad de Wegener. Relación con la dosis acumulada de ciclofosfamida

INCIDENCIA DE CÁNCER EN LA ENFERMEDAD DE WEGENER EN UNA COHORTE DE 293 PACIENTES. SU RELACIÓN CON EL TRATAMIENTO CON CICLOFOSFAMIDA.

Faurschou M, Sorensen JJ, Mellemkjaer L et al. J Rheumatol 2008;35:100-5.

La ciclofosfamida oral, combinada con dosis altas de corticoides, es el tratamiento de elección para inducir la remisión en las manifestaciones graves de la enfermedad de Wegener. Cuando el objetivo se consigue, se suele continuar con otro inmunosupresor para evitar recaídas. Durante los últimos años hemos asistido a una tendencia a disminuir el tiempo de tratamiento con ciclofosfamida debido a su potencial carcinogénico; si bien, los estudios a veces han mostrado resultados discordantes a este respecto.

El objetivo de los autores es describir la incidencia de cáncer en una cohorte de pacientes daneses con enfermedad de Wegener e investigar el riesgo de cáncer asociado al tratamiento con ciclofosfamida. Para ello los autores cruzan los datos obtenidos del registro de altas hospitalarias con el registro danés de cáncer. El estudio se centra en el periodo comprendido entre 1973 y 1999, con el seguimiento de 293 pacientes durante 6 años de mediana. Se calculó la razón de incidencia estandarizada (RIE), comparando la incidencia observada con la esperada en la población general. Además los autores estratificaron los resultados de acuerdo con la dosis acumulada de tratamiento. Los estratos fueron dosis baja acumulada (< 36 g) y dosis acumulada alta (> 36 g).

Durante los 2.121 personas-año de seguimiento se detectaron 55 casos de cáncer (RIE de cáncer 2,1; intervalo de confianza (IC) al 95% 1,5-2,7). La RIE para la leucemia mieloide aguda fue de 19,6 (IC: 4-57), para el cáncer de vejiga de 3,6 (IC: 1,2-8,39) y para los cánceres de piel, excluyendo el melanoma, de 4,7 (IC: 2,8-7,3). La latencia de aparición de cáncer de piel es de un año desde el diagnóstico de la enfermedad de Wegener y suelen aparecer en áreas expuestas a la luz solar, sobre todo la cara. En cambio la aparición de cáncer de vejiga y leucemia es más tardía, a partir de los 6 años del diagnóstico. Cuando se estratifica el análisis se observa que el riesgo de cáncer no aumenta en pacientes no expuestos a ciclofosfamida ni en aquellos cuya dosis acumulada era igual o inferior a 36 g. En cambio cuando la dosis acumulada era superior a 36 gr, la RIE para leucemia mieloide aguda fue de 59 (IC: 12-172), y para el cáncer de vejiga de 9,5 (IC: 2,6-24).

Este estudio de los países nórdicos nos recuerda la influencia que tiene la dosis acumulada de ciclofosfamida en el riesgo de cáncer. La dosis acumulada que se toma

como punto de corte (36 g) equivale a 100 mg al día durante alrededor de un año. En principio las pautas actuales de tratamiento son más cortas, pero es probable que no exista un punto de corte claro y que haya un gradiente de riesgo.

Dr. José Ivorra Cortés

ESCLERODERMA

Bosentán es útil para prevenir úlceras de la escleroderma

EXPERIENCIA A LARGO PLAZO CON BOSENTÁN PARA EL TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS Y ÚLCERAS CICATRIZADAS EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA.

P García de la Peña-Lefebvre, S Rodríguez, M Valero, et al. Rheumatology 2008;47:464-466.

La aparición de úlceras cutáneas es frecuente en los pacientes con escleroderma. Su presencia provoca dolor, incapacidad e infecciones recurrentes, con dificultades para cicatrizar, que suelen dejar secuelas. El tratamiento con bosentán (antagonista del receptor de la endotelina), ha demostrado en estudios prospectivos randomizados con placebo su utilidad en estos casos a corto plazo.



El grupo de García de la Peña et al, del Hospital Ramón y Cajal, ha evaluado en pacientes con escleroderma la eficacia y tolerancia del bosentán a largo plazo en pacientes con úlceras cutáneas, e incluso con úlceras ya cicatrizadas.

Los autores incluyen un grupo heterogéneo de 15 pacientes (12 mujeres, 66% con escleroderma localizada), con 14 años de evolución de la enfermedad y fracaso a otros tratamientos. Seis de los pacientes presentaban enfermedad pulmonar intersticial y otros 3, hipertensión pulmonar.

Con un seguimiento medio de 25 meses (rango 4-36 meses), obtienen un descenso significativo en el número de

úlceras, incluyendo úlceras ya cicatrizadas. Por otra parte, se detecta mejoría global en los parámetros del fenómeno de Raynaud, que incluyen la intensidad y la duración de los episodios. Los efectos secundarios se corresponden con los descritos en la literatura, predominando la alteración de enzimas hepáticas, detectándose en estos pacientes esteatosis hepática y/o colelitiasis.

Aunque el número de pacientes es escaso y no existe grupo control, este trabajo aporta datos de interés para la práctica clínica, especialmente en una situación penosa para los pacientes y con escasas alternativas de tratamiento. Por su claridad y trascendencia, destacar el comentario de los autores ante los datos existentes para el tratamiento de las úlceras cutáneas en la escleroderma: si el bosentán parece más preventivo que curativo, ¿porqué limitar su uso para el tratamiento de las úlceras refractarias?. Deberíamos utilizarlo antes de que éstas sean refractarias. Es probable que en el futuro, el tratamiento con bosentán esté plenamente aceptado para el tratamiento del fenómeno de Raynaud y de las úlceras cicatrizadas, como ahora lo está para el tratamiento de la hipertensión pulmonar.

Dr. José Rosas



INTERACCIONES FARMACOLÓGICAS

Riesgo gastrointestinal de antidepressivos

META-ANÁLISIS: HEMORRAGIA GASTROINTESTINAL DEBIDO A LA INTERACCIÓN ENTRE INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTACIÓN DE SEROTONINA Y LOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS.

Loke YK, Trivedi AN, Singh S. Aliment Pharmacol Ther 2007;27:31-40.

Los fármacos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) se utilizan en la actualidad de forma amplia para el tratamiento de la depresión, los estados de pánico y obsesivos-compulsivos. En los últimos años se ha asociado su uso con aumento del riesgo de hemorragia gastrointestinal superior (HGIS), aunque se desconoce la interacción al asociarse con aspirina, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o anticoagulantes.

Para valorar el riesgo de HGIS de los fármacos ISRS, incluyendo cuando se asocian con AINE, el grupo de Loke ha comunicado los resultados de un metaanálisis que incluye datos no publicados de las bases de datos de las empresas farmacéuticas.

El análisis de cuatro estudios observacionales controlados que incluían a 153.000 pacientes, mostró una odds ratio de 2.3 (IC 95%: 1.44-3.85; p=0,0006) para la HGIS asociada al uso de fármacos ISRS. Sin embargo

el odds ratio se incrementó a 6.33 (IC 95%: 3.40-11.8; p<0.00001) si utilizaban AINE de forma concomitante.

En pacientes mayores de 50 años que no presentaban factores de riesgo para hemorragia digestiva del tracto superior, el número necesario de pacientes por año para presentar esta complicación es de 411 en el grupo que tomaban fármacos ISRS y de 106 si utilizaban de forma concomitante ISRS con AINE. La aparición de hemorragia digestiva aparecía alrededor de la 25 semanas de tratamiento, de media, y el 67% de estos pacientes tomaban AINE.

Los autores concluyen que el uso de fármacos ISRS de forma aislada y en combinación con AINE incrementa de forma substancial el riesgo de HGIS.

Se han propuesto diversas teorías patogénicas sobre el aumento de riesgo gastrointestinal con estos fármacos. La serotonina parece ser de importancia para mantener funciones hemostáticas de las plaquetas. El uso de fármacos ISRS, provocaría la disminución del nivel de serotonina y de la agregación plaquetaria incrementando el riesgo de hemorragia digestiva. El riesgo, sería mayor al asociarlo con AINE.

Los resultados de este estudio dejan patente el riesgo gastrointestinal aumentado de los ISRS, especialmente en población mayor de 50 años, que los reumatólogos debemos tener en cuenta, dado que con frecuencia los utilizamos de forma aislada o en combinación con AINE en diversas enfermedades como la fibromialgia. La magnitud parece ser similar al riesgo del uso concomitante de aspirina a dosis bajas con un AINE. Aunque no está determinado, parece razonable actuar como en otras situaciones de riesgo gastrointestinal cuando se precise de un AINE.

Dr. José Rosas

METOTREXATO**El metotrexato por vía subcutánea es más eficaz que por vía oral**

ESTUDIO COMPARATIVO DE EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA VÍA DE ADMINISTRACIÓN ORAL FRENTE A LA SUBCUTÁNEA DEL METOTREXATO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA. RESULTADOS A LOS SEIS MESES DE UN ESTUDIO EN FASE IV CONTROLADO, MULTICÉNTRICO, ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO.

Braun J, Kästner P, Flaxenber P et al. Arthritis Rheum 2008; 58: 73-81.

Se dispone de evidencias que avalan que la administración parenteral del metotrexato asegura una mayor biodisponibilidad que la administración oral. Sin embargo la relevancia clínica de este hecho no está tan perfilada. Por ello los autores, en el presente estudio, pretenden comparar la eficacia y seguridad de las vías oral y subcutánea de administración del metotrexato en pacientes con artritis reumatoide (AR).

Para ello realizan un estudio controlado, doble ciego, aleatorizado en el que incluyen pacientes con artritis reumatoide activa (DAS 28 > 4) que no habían sido tratados previamente con metotrexato. El 75% de los pacientes no habían recibido ningún fármaco modificador de la enfermedad. Ciento ochenta y siete pacientes recibieron de forma aleatoria 15 mg /semana por vía oral de metotrexato y placebo subcutáneo, y 188 pacientes 15 mg/semana de metotrexato subcutáneo y tabletas de placebo oral. Los dos grupos recibieron 5 mg de ácido fólico al día siguiente de la administración del metotrexato.

A las 24 semanas los pacientes que no habían alcanzado una respuesta ACR 20 cambiaron de pauta. Los que estaban con metotrexato oral pasaron a la vía subcutánea a la misma dosis, y los que estaban con metotrexato (MTX) subcutáneo (SC) aumentaron la dosis a 20 mg.

Los resultados mostraron que las 24 semanas la respuesta ACR 20 fue superior con la vía SC que con la oral (78% frente a 70%, $p < 0,05$), así como la respuesta ACR 70 (41% frente a 33%, $p < 0,05$). En pacientes con más de un año de evolución de la enfermedad esta diferencia de respuesta entre ambas vías de administración fue mayor (89% de la SC frente al 63% para la oral, $p < 0,05$). Los pacientes que cambiaron de dosis o vía de administración por falta de respuesta fueron evaluados a las 16 semanas del cambio. Los que aumentaron la dosis por vía SC consiguieron una respuesta ACR 20 en un 30% de los casos, mientras que los que pasaron de la vía oral a la SC consiguieron alcanzar la respuesta ACR 20 en un 23% de los casos. No hubo diferencias en cuanto a efectos adversos.

Nos encontramos ante un estudio sencillo, bien realizado y de gran utilidad clínica. La conclusión parece clara ante estos resultados, siempre que sea posible debe iniciarse el tratamiento con metotrexato SC.

Dr. José Ivorra Cortés

OSTEOPOROSIS**Osteonecrosis mandibular y bifosfonatos**

INCIDENCIA DE OSTEONECROSIS MANDIBULAR EN MUJERES CON OSTEOPOROSIS POSTMENOPÁUSICA EN TRATAMIENTO ANUAL CON ÁCIDO ZOLEDRÓNICO, DURANTE EL ESTUDIO PIVOTAL ANTIFRACTURA.

JT. Grbic, R Landesberg, SQ Lin, et al. JADA 2008;139(1):32-40.

Desde el año 2005 se publican los primeros casos en los que se relaciona el uso de bisfosfonatos (BF) con la osteonecrosis mandibular (ONM). La mayoría de los pacientes habían recibido BF por vía intravenosa en relación con enfermedad neoplásica metastásica. La incidencia de ONM en este grupo se estima en 1-10 casos por cada 100 pacientes.

Si bien se han comunicado algunos casos de ONM en pacientes que recibían BF orales para el tratamiento de la enfermedad de Paget o de la osteoporosis, la incidencia estimada en estos pacientes es mucho menor: 1 caso entre 10.000 a 100.000 pacientes/años tratamiento.

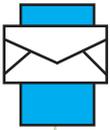
Los autores de este estudio, evalúan la incidencia de ONM entre las 7.714 pacientes con osteoporosis del estudio HORIZON-PFT, randomizados para recibir ácido zoletrónico (5 mg iv, en dosis anual) o placebo durante 3 años.

A los 3 años, no se notificó ningún caso de ONM. Sin embargo, un comité de expertos independiente revisó los datos de los pacientes que presentaron efectos adversos a nivel máximo-facial. Entre ellos se detectó un paciente en ambos grupos con ONM, que presentaban un retraso en la curación de una infección maxilar, que se resolvió de forma satisfactoria con antibióticos y desbridamiento.

Los autores concluyen que no aumenta la incidencia de ONM con el uso de ácido zoledrónico en dosis anual durante 3 años. Recuerdan que otros factores asociados preferentemente a los pacientes con neoplasia como; mayor dosis de BF acumulada, mayor edad de los pacientes; comorbilidad asociada tipo uso de corticoides e inmunosupresores, etc, son de gran importancia para el aumento de riesgo de ONM en este grupo. No obstante se aconseja seguir las recomendaciones a este respecto publicadas recientemente por la Sociedad Americana para la investigación ósea y mineral (ASBMR) (Khosla S, Burr D, Cauley J, et al. *J Bone Miner Res* 2007;22:1479-1491), comentadas en el número de enero 2008 de "Los Reumatismos".

De forma general, durante el tratamiento con BF los pacientes deben mantener una higiene bucodental adecuada y deben comunicar si presentan algún tipo de problema bucal.

Dr. José Rosas



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

LOS PACIENTES PREGUNTAN

Lesiones cutáneas localizadas: morfea

Recientemente me han surgido unas manchas localizadas en un brazo. Por este motivo he acudido a un dermatólogo, que tras coger una biopsia me ha diagnosticado de morfea. Me ha aconsejado que visite a un reumatólogo, ya que podría tener una enfermedad llamada esclerodermia. ¿Realmente esta es una enfermedad grave?, ¿debo ir al reumatólogo?

Ana. Cecebre

Usted padece un tipo de enfermedad del grupo de las denominadas esclerodermias localizadas. Sin embargo, a diferencia de la esclerodermia sistémica, estas enfermedades en general no se presentan con lesiones en órganos internos ni lesiones en los vasos.

La morfea es una forma localizada de lesiones en la piel que se caracteriza por pequeñas lesiones en forma de gota o por el contrario de lesiones grandes en forma de placas. Las lesiones generalmente se van haciendo más grandes teniendo un borde violáceo o rojizo mientras que en el centro se van descolorando ofreciendo un aspecto blanquecino.

Con el tiempo, la zona de la lesión tiene una superficie lisa, sin vello y sin sudor; la piel puede reblandecerse o atrofiarse y en ocasiones pueden desaparecer por completo las lesiones. Los problemas originados por la morfea son básicamente cosméticos dependiendo de la zona afectada; también puede ocasionar problemas si las lesiones se encuentran en áreas articulares, ya que si la atrofia es muy severa, al provocar contracturas puede provocar dificultades para la movilización de la articulación.

El diagnóstico de la enfermedad se realiza mediante la observación clínica y biopsia de la zona afectada. Cuando se realizan análisis de sangre, no se encuentra ninguna alteración. El tratamiento, dependiendo de la extensión de las lesiones, se realiza mediante corticoides que pueden ser orales o también pueden aplicarse en la zona afectada.

A diferencia de la morfea, la esclerodermia o esclerosis sistémica progresiva es una enfermedad que puede llegar a ser grave, en la que además de presentarse lesiones en la piel características, existen lesiones en órganos internos como el pulmón, el riñón, el tubo digestivo el corazón y los vasos sanguíneos.



Respecto a su caso, la enfermedad está localizada en la piel; aunque no nos comenta la zona del brazo en la que está localizada, la repercusión que tiene es fundamentalmente estética. Tras descartar algún otro problema asociado, probablemente su reumatólogo la dejará bajo el control del dermatólogo.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

Dolor osteomuscular y medicamentos

He tenido una infección de orina y me han recetado un antibiótico llamado ciprofloxacino. A los tres días de tomar el medicamento empecé con dolor en la parte de atrás del tobillo derecho y en el hombro izquierdo. Acabé los 6 días de

tratamiento que me había dicho mi médico, pero como cada vez tenía más dolores acudí de nuevo a él y me indicó que los dolores que tenía eran probablemente por el antibiótico y que poco a poco mejoraría. Sin embargo llevo ya una semana y casi estoy igual. Yo me pregunto si realmente es el antibiótico.

I. Baldó. Alcoi (Alicante)

Tal y como su médico le ha indicado, existen diferentes medicamentos que pueden provocar dolores osteomusculares. Los antibióticos de la familia de las quinolonas, como el ciprofloxacino, pueden provocar molestias osteomusculares, sobre todo tendinitis. Por ello, lo que usted cuenta sí podría corresponder a tendinitis localizadas en el hombro y en el tendón de Aquiles. A veces las molestias desaparecen en pocos días tras retirar el tratamiento; sin embargo en otras ocasiones pueden perdurar varias semanas a pesar de no tomar el medicamento. Por ello, la actitud que creo correcta es la de seguir la evolución del cuadro, y tal vez añadir un antiinflamatorio, realizar ejercicios de rehabilitación o infiltraciones si fuera necesario y no estuviera contraindicado en su caso. En principio, dada la relación temporal y los síntomas que usted refiere, sí que parece relacionado con el ciprofloxacino.

Dr. José Ivorra

Síndrome de Sjögren y bloqueo cardíaco congénito

Tengo 28 años y desde hace 3 años me diagnosticaron la enfermedad de la sequedad o síndrome de Sjögren. Tengo en sangre los anticuerpos del tipo anti-Ro y ya me habían comentado que con ellos existe riesgo durante el embarazo de bloqueos en el corazón del niño. Hace 1 año tuve un embarazo y mi hijo presentó bloqueo del corazón completo. No se pudo hacer nada a pesar de tratarme con cortisona y finalmente tuve un aborto. Me gustaría saber si en otro embarazo esto se puede evitar.

Nuria S (Valencia)

Tengo 30 años y me han diagnosticado de síndrome de Sjögren hace unos meses. Tengo un hijo sano y quiero tener otro embarazo. Mi reumatólogo me ha comentado que tengo un tipo de anticuerpo en sangre, llamado anti-Ro, que se detecta con frecuencia en mi enfermedad y si tengo un embarazo necesitaré mucho control porque se considera un embarazo de riesgo para el feto. Aunque me ha dicho que es poco frecuente, puede provocar riesgo de aparición de bloqueos en el corazón del niño. Me gustaría conocer más sobre esta situación antes de decidirme.

Mariana V (Alicante)

Respuesta conjunta:

El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad crónica autoinmune, que se caracteriza principalmente por sequedad lacrimal y salival, debido a la disminución de la función glandular. Se puede presentar de forma aislada (SS primario) o asociado a otras enfermedades reumáticas autoinmunes como el lupus sistémico o la artritis reumatoide. Con frecuencia y de forma característica, en esta enfermedad se detectan anticuerpos en sangre, como los anticuerpos antinucleares (ANA) o los anti-Ro y anti-La.

Las madres con anticuerpos anti-Ro y/o anti-La pueden provocar en el niño durante el embarazo un cuadro denominado lupus neonatal. La complicación más importante del lupus neonatal es la presencia de un bloqueo cardíaco completo en el feto, en relación con el paso transplacentario de estos anticuerpos. Aunque es poco frecuente, el bloqueo cardíaco completo ocurre en el 1%-2% de estos embarazos. Sin embargo, el riesgo aumenta 9 veces, llegando al 15% de los embarazos de madres que hayan tenido previamente un hijo con bloqueo cardíaco congénito. En la población general aparece en 1 de cada 20.000 neonatos. Suele detectarse en los controles realizados de forma regular durante el embarazo e incluso en el periodo del postparto. Por otra parte, el corazón del niño es normal y el problema es

una alteración en el tejido de conducción cardíaco por daño del nodo aurículo-ventricular.

El cuadro clínico intraútero suele presentarse con disminución de la frecuencia cardíaca del feto entre la semana 18 a la 24 del embarazo, dado que a partir de la semana 16 de gestación es cuando se produce la maduración del tejido de conducción cardíaco. El cuadro de bloqueo cardíaco puede progresar hasta ser completo. La supervivencia de los niños con bloqueo completo congénito es del 70%. En los casos graves el feto puede presentar dilatación ventricular, miocardiopatía e insuficiencia cardíaca.

En las madres con estos anticuerpos, se deben realizar ecocardiografía fetal y evaluación del ritmo cardíaco desde la semana 16 de gestación y posteriormente cada 2 semanas, para detectar precozmente la presencia del bloqueo cardíaco. El nivel de anticuerpos en sangre de la madre tiene interés medirlo, puesto que se correlaciona con el riesgo de bloqueo cardíaco en el feto.

Al realizar el diagnóstico, el tratamiento se basa en la vigilancia estrecha y en el uso de corticoides que atraviesan la placenta, como la dexametasona, para disminuir la respuesta autoinmune en la madre y lesión cardíaca en el feto. Una vez que el bloqueo es completo, los corticoides son ineficaces. Durante la evolución, se realizará cesárea ante la aparición de complicaciones.

Por los posibles efectos secundarios en la madre, no se aconseja administrar



cortisona antes del diagnóstico del bloqueo cardíaco. Sin embargo, existe mucho interés en conocer si algún tratamiento puede prevenir la aparición del bloqueo cardíaco congénito. Hay datos recientes en mujeres de alto riesgo (presencia de anti-Ro con hijos que han presentado bloqueo cardíaco completo) de buenos resultados al tratamiento profiláctico desde la semana 14 de gestación con inmunoglobulinas intravenosas asociadas a corticoides. También hay algunos casos publicados de respuesta a tratamiento con plasmaféresis.

Por todo lo comentado, las mujeres con enfermedades reumáticas como el lupus sistémico o con síndrome de Sjögren, porta-

doras en su sangre de anticuerpos anti-Ro y/o anti-La, que deseen un embarazo, deberán ser supervisadas durante toda la gestación por un grupo de especialistas que incluya reumatólogos, ginecólogos y cardiólogos pediátricos, ante la posible aparición de complicaciones como el bloqueo cardíaco congénito.

Dr. José Rosas

Cerveza y ácido úrico

Soy un hombre de 45 años y en uno de los análisis que hacen en mi empresa me han encontrado que tengo

el ácido úrico alto. El médico me ha comentado que no debo tomar nada de cerveza... Yo habitualmente bebo una lata al día con la comida, y sólo los fines de semana me paso un poco. Por otra parte me encuentro bien, no he tenido gota ni ningún otro problema. ¿Es tan importante que deje la cerveza? Supongo que hay otros alimentos que también aumentan el ácido úrico más que una sola lata de cerveza.

**P. Garrido. Chestre
(Valencia)**

Aunque en los estudios podemos encontrar disparidad de resultados sobre los alimentos que pueden influir en los niveles de ácido úrico, sí que parece

claro que la cerveza es uno de los más importantes. Incluso la ingesta de 1 lata (330 cc) al día aumenta el riesgo de hiperuricemia. Aunque no nos ha indicado cual es la cifra de ácido úrico que aparece en su análisis, es recomendable eliminar la cerveza de su dieta. Por otra parte los niveles de ácido úrico elevados también pueden relacionarse con un aumento del riesgo vascular. De todas formas su médico debe controlar cómo influye esta medida en sus niveles de ácido úrico y valorar otros aspectos de su salud como la tensión arterial, colesterolemia o niveles de glucemia.

Dr. José Ivorra

Menos cirugía para la artritis bien controlada

■ LR.- Dr. José Rosas

Uno de los grandes avances de los últimos años en el pronóstico de los pacientes con artritis reumatoide (AR) ha sido la disminución en el tiempo para el diagnóstico y por tanto para el inicio del tratamiento.

El grupo de Weiss et al, publicó hace 2 años, en una amplia cohorte de pacientes suecos con AR, un descenso en la necesidad de cirugía de miembros inferiores durante el periodo de 1987 a 2001 (Ann Rheum Dis 2006;65:335). Recientemente han analizado los datos para la cirugía ortopédica en miembro

superior (hombro, codo y mano), utilizando el registro nacional sueco de pacientes con ingreso hospitalario durante los años 1998 a 2004.

De los 54.579 pacientes con AR ingresados, el 9% lo hicieron para cirugía de miembro superior: 77% para cirugía de la mano, 13% hombro y 10% para cirugía del codo. El 10% fue para cirugía de prótesis, la mayoría de codo (59%). Durante dicho periodo, hubo un descenso significativo del 31% en el número de ingresos relacionados con cirugía del miembro superior ($p=0.001$). Sin embar-

go, aumentó de forma significativa el número total de prótesis en manos.

En general la realización de cirugía ortopédica de miembro superior en pacientes con AR depende de diversos factores. Sin embargo, los resultados de este estudio corroboran la sospecha de disminución en la necesidad de cirugía en los pacientes con AR, en los últimos años. Sin duda debe de estar en relación con un mejor control médico de la enfermedad alcanzado en los últimos años, que refleja los avances obtenidos tanto en el diagnóstico como en el tratamiento de esta enfermedad.

ARTÍCULO
ORIGEN:
Descenso de la
cirugía ortopé-
dica de miem-
bro superior en
la artritis reu-
matoide, entre
1998 a 2004:
datos de 54.479
pacientes sue-
cos con AR. RJ
Weiss, A Ehlin,
SM Montgo-
mery, MC.
Wick, A Stara, P
Wretenberg.
Rheumatology
2008
47(4):491-494.

■ LR.- Dr. José Rosas

La osteonecrosis se ha relacionado con diversas etiologías, aunque en el 90% de los pacientes están presentes el uso de corticoides o el consumo de alcohol. A nivel de la cabeza femoral, se caracteriza por dolor e incapacidad progresiva.

En los casos evolucionados, cuando existe deformidad de la cabeza femoral, la prótesis parece inevitable. Sin embargo, en los casos diagnosticados precozmente, técnicas de descompresión pueden ser de utilidad. En estos casos de menor evolución, se han comunicado resultados positivos con el uso de tratamientos no quirúrgicos, como la cámara hiperbárica o fármacos como el alendronato y el ilo-

Ondas de choque para el tratamiento de la osteonecrosis

prost. Algunos estudios recientes señalan la utilidad de las ondas de choque en este contexto

El grupo de Wang ha evaluado el valor de las ondas de choque en 14 pacientes con osteonecrosis de cabeza femoral previo a la colocación de la prótesis total. Siete de los pacientes recibieron ondas de choque y los 7 restantes fueron el grupo control. El grupo que recibió ondas de choque respecto al

grupo control, presentó de forma significativa menor hueso necrótico, mayor hueso viable y datos inmunohistoquímicos de angiogénesis, remodelado óseo y regeneración.

Aunque el mecanismo no se conoce bien, puede que la estimulación de la angiogénesis y regeneración ósea provocada por las ondas de choque, sea de utilidad, especialmente en las fases precoces de la osteonecrosis.

ARTÍCULO
ORIGEN:
Ondas de cho-
que muestra
regeneración en
la osteonecrosis
de cadera. CJ
Wang, FS Wang,
JY Ko. Rheuma-
tology 2008
47(4):542-546.

La asociación entre enfermedades reumáticas y otras enfermedades crónicas es mayor de lo esperado

■ LR.- Dr. José Ivorra

El estudio EPISER es una encuesta de salud que se realizó entre los años 1999 y 2000 para determinar la prevalencia de las enfermedades reumáticas en la población española. E. Loza y colaboradores han publicado en el *Annals of Rheumatic Diseases* de marzo un análisis del estudio EPISER en el que estiman la prevalencia de la asociación entre enfermedades reumáticas y otras enfermedades crónicas. Los resultados muestran

que la asociación de enfermedades reumáticas con hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes mellitus, enfermedades digestivas o enfermedades cardiológicas es superior a lo esperado. Por otra parte las enfermedades reumáticas que con más frecuencia presentan comorbilidad asociada son la fibromialgia y la artritis reumatoide.

Se trata de un estudio transversal; por ello no se pueden extraer conclusiones de causalidad. Sí nos sirve para recordarnos a los reuma-

tólogos que debemos estar familiarizados con el manejo de estas patologías que van a presentar con frecuencia nuestros enfermos. Con ello podremos disminuir las complicaciones que nuestras medidas terapéuticas pueden tener sobre la evolución por ejemplo de la diabetes o la hipertensión arterial. Es importante detectar estas enfermedades en nuestros pacientes para iniciar las medidas terapéuticas necesarias de forma precoz y evitar de esta forma complicaciones.

Calcio más vitamina D para prevenir fracturas

■ LR.- Dr. José Ivorra

Los diferentes estudios que han analizado la eficacia de los suplementos de calcio y vitamina D han mostrado resultados contradictorios. La ingesta extra de calcio, sin añadir vitamina D, parece que no tiene gran influencia en la disminución de la incidencia de fracturas en la población anciana. En cambio un metaanálisis de hace unos años (Bischoff - Ferrari FA et al publicado en *JAMA* 2005;293:2257-2264) mostraba que los suplementos de vitamina D a dosis altas (800 UI/día) sí que reducían de forma estadísticamente significativa las fracturas de cadera. Sin embargo, en

dicho metaanálisis se analizaban conjuntamente pacientes procedentes de ensayos clínicos en los que se utilizaba calcio con vitamina D, con otros en los que sólo se suplementaba con vitamina D.

Los mismos autores han publicado en el *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* (2007; 92: 1415-1423) los resultados de una extensión del trabajo mencionado más arriba, en el que incluyen ensayos clínicos publicados recientemente. En este caso efectúan dos

metaanálisis, en uno estudian el efecto de la vitamina D frente a placebo y en el otro el de la vitamina D más calcio frente a placebo. Los resultados muestran que la incidencia de fracturas de cadera disminuye un 18% respecto a placebo sólo si se administran conjuntamente calcio y vitamina D.

Como conclusión en términos generales debemos considerar que los suplementos deben incluir tanto el calcio como la vitamina D para que tengan influencia en las fracturas.

Suscríbese a LOS Reumatismos

LOS REUMATISMOS es una revista de distribución gratuita. No obstante, **si Vd. desea asegurarse su recepción habitual** (6 números al año), puede suscribirse mediante una módica cantidad que incluye los gastos de envío.

El importe de la suscripción varía según se trate de particulares o entidades/instituciones. Para formalizar la suscripción rellene el que corresponda de los dos boletines adjuntos, realice la transferencia y envíe el boletín de acuerdo con las instrucciones.



LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Particulares

Apellidos Nombre NIF

Dirección Población

Provincia C.P.

Teléfono Fax E-mail

Suscripción por 6 números

Próximos 6 números 15 €
(ejemplares bimensuales)

Fecha: __ / __ / 200__

Firmado:

Forma de pago

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

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

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



LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Empresas/Asociaciones

Denominación social CIF

Actividad principal

Dirección Población

Provincia C.P.

Teléfono Fax E-mail

Persona de contacto Cargo

Suscripción por 6 números

Próximos 6 números 25 €
(ejemplares bimensuales)

Fecha: __ / __ / 200__

Firmado:

Forma de pago

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

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

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

Las asociaciones de pacientes piden más reumatólogos

Más de 50 asociaciones de pacientes se reunieron en la I Conferencia CONFEPAR (Confederación Española de Enfermedades Reumáticas) celebrada el pasado marzo en Madrid, con el objetivo de valorar y analizar la situación de este colectivo. "Sabemos que estas patologías impactan de forma dramática en todos los aspectos de la vida del enfermo tanto desde un punto de vista personal, como laboral y social. Se han realizado importantes avances, pero era necesario aglutinar los esfuerzos de todos y poner en marcha un plan de acción para las enfermedades reumáticas que responda a nuestras necesidades tanto médicas como sociales", señaló Benito Durán, presidente de CONFEPAR.

La falta de servicios de Reumatología y de reumatólogos constituye, en este sentido, una de las principales demandas de los afectados, y en la que coinciden con los profesionales que abordan estas patologías. Como afirmó la doctora Rosario García de Vicuña que también participó en esta I Conferencia, "las recomendaciones de la Unión Europea señalan que debería haber un reumatólogo por cada 35.000-40.000 habitantes mientras que en España esta cifra se encuentra entre 50.000 y 70.000, cifra insuficiente para atender la demanda actual. Asimismo, hay diferencias de recursos e inequidad en la asistencia entre comunidades autónomas."

En opinión del presidente de CONFEPAR, esta situación se tradu-

ce, entre otras consecuencias, en un diagnóstico tardío de la enfermedad. Según señaló la doctora García de Vicuña, "en muchas patologías reumatológicas como la artritis reumatoide o la espondilitis anquilosante, el diagnóstico precoz es crucial ya que permite frenar o enlentecer la evolución de la enfermedad y el tratamiento es mucho más efectivo. No obstante, la falta de especialistas, por un lado, y el desconocimiento entre la población del papel del reumatólogo en el tratamiento de las afecciones del aparato locomotor, por otro, hace que los pacientes, en numerosas ocasiones, retrasen la demanda de atención o no se deriven correctamente y se demora el acceso al especialista adecuado, el reumatólogo".

El metotrexato reduce el riesgo cardiovascular

Los pacientes que reciben tratamiento con fármacos para la artritis reumatoide podrán enfrentarse a un menor riesgo de infarto de miocardio e ictus, según un estudio internacional dirigido por el Dr. Antonio Naranjo, de la Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, que se publica en la edición digital de "Arthritis Research & Therapy".

Se sabe que la artritis reumatoide incrementa el riesgo cardio-

vascular. Estudios anteriores han mostrado que tratar la enfermedad con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad, como el metotrexato, podría reducir dicho riesgo. La investigación ahora publicada cuantifica la reducción del riesgo en miles de pacientes.

El equipo del Dr. Naranjo ha observado que el riesgo, tras ajustar factores como la edad, el sexo, la actividad de la enfermedad y los

factores de riesgo tradicionales, como la falta de ejercicio, el tabaquismo, la diabetes y los niveles de colesterol, está asociado en gran medida al uso de los fármacos para tratar la artritis reumatoide.

Según los autores, el uso del metotrexato -el más utilizado de los antirreumáticos modificadores de la enfermedad- durante un año se asocia a una reducción del 18% del riesgo de infarto de miocardio y del 11% del riesgo de ictus.

Enfermedades Inflamatorias en el siglo XXI: el valor de las terapias biológicas en España

Las enfermedades inflamatorias mediadas inmunológicamente (psoriasis, espondilitis anquilosante, artritis reumatoide...), que se encuentran en los primeros puestos de las patologías que provocan más incapacidad temporal y pérdida de calidad de vida de los pacientes, han sido objeto de análisis durante el taller "Enfermedades Inflamatorias en el siglo XXI: el valor de las terapias biológicas en España", desarrollado en el marco de la reunión internacional "Progress and Promise: Managing for Optimal Outcomes with Biologics", con el patrocinio de laboratorios Wyeth.

MENOS CALIDAD DE VIDA

El dolor y las secuelas externas que dejan estas enfermedades, suponen un fuerte impacto en la calidad de vida de quienes las padecen. La psoriasis, en función de la extensión y localización de las placas, puede incapacitar al enfermo para desa-

El dolor y la rigidez que provocan la artritis reumatoide son un gran obstáculo para llevar un día a día con normalidad. Igualmente, el dolor es una constante en los enfermos de espondilitis anquilosante, que además deben hacer frente a unas secuelas muy visibles -hombros y cuello rígidos y hacia adelante-, lo que les supone una dificultad añadida.

EL HITO DE LOS BIOLÓGICOS

En los últimos años el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de estas patologías ha variado sustancialmente, de la mano de las terapias biológicas que, en opinión de los expertos, han supuesto un auténtico "hito" en el abordaje de la enfermedad. "Esta nueva familia de fármacos consigue interferir en la cadena inflamatoria bloqueando el proceso, eliminando en gran medida la sintomatología y disminuyendo drásticamente el número de brotes", explica el doctor Ferrándiz.

amígdalas, por el consumo de determinados medicamentos... pero en otras muchas ocasiones sin un desencadenante conocido", asegura el doctor Bordas.

UN FUTURO OPTIMISTA

En el caso de la artritis reumatoide, los expertos han detectado una disminución de la incidencia en los últimos años. Según comenta la doctora Mateo, aunque realmente no saben a ciencia cierta a qué se debe este fenómeno, se baraja como una posibilidad la disminución del número de personas que fuman. Y es que, el desconocimiento del origen de estas patologías hace que ante variaciones como la que se está experimentando con la artritis, se trabaje únicamente con hipótesis.

Igual sucede para aventurar una posible curación futura, un supuesto para el que es imprescindible conocer el mapa genético de estas enfermedades. No obstante,

Se detecta una disminución de la incidencia en algunas de estas patologías, tal vez debido al menor consumo de tabaco

rollar su trabajo, para mantener relaciones sexuales o para llevar una vida social normal, explica el doctor Carlos Ferrándiz, catedrático de Dermatología de la Universidad Autónoma de Barcelona y jefe del Servicio de Dermatología del Hospital Germans Trias y Pujol.

Aunque todavía se desconoce el origen de estas patologías, se sabe con certeza que hay un importante componente genético. "No sabemos qué es lo que provoca el primer brote. En el caso de la psoriasis puede aparecer por un traumatismo en la piel, por una infección de

todos los expertos coinciden en que aunque hoy por hoy no se curen, esto no implica que los pacientes no deban tratarse puesto que los nuevos tratamientos consiguen resultados "espectaculares". "Vemos el futuro con mucho optimismo", aseguran.

Una meritoria aportación de la SVR a la Reumatología

La Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR), sin duda una de las sociedades autonómicas más dinámicas del territorio nacional, acaba de aportar al terreno de la Reumatología una iniciativa científica que merece el calificativo de excelente. Se trata del tratado "Enfermedades reumáticas. Actualización SVR", que tiene como editores a los Dres. Juan A. Castellano, José A. Román y José C. Rosas, quienes han coordinado además el trabajo conjunto de un amplio elenco de especialistas que representan a todas las unidades de Reumatología de la Comunidad Valenciana. El libro ha sido editado con la colaboración de Schering-Plough.

Los editores se habían planteado un doble objetivo, que indudablemente ha sido satisfecho con esta obra de evidente calidad, tanto de contenido como de presentación: 1) Elaborar un documento donde de forma exhaustiva se recogiese la información científica sobre una gran parte de la Reumatología. 2) Disponer de un sello de referencia e identidad de la SVR que represente y en el que se vean reflejados todos los reumatólogos valencianos.

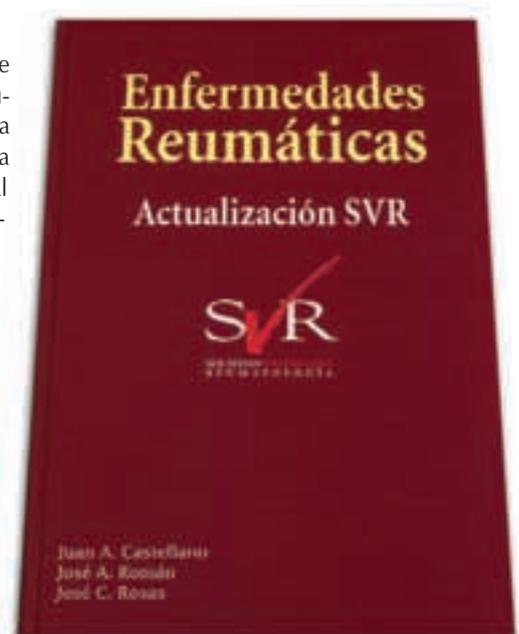
Como ha señalado Manuel Cervera, conseller de Sanidad de la

Comunidad Valenciana, "a través de las páginas de este tratado de reumatología, el lector interesado en la materia va a poder acercarse de una forma sistemática y profunda al panorama actual de esta especialidad médica tan dinámica".

DESCRIPCIÓN DE CONTENIDO

El libro está estructurado en torno a ocho secciones:

- Artritis reumatoide y otras artritis de origen autoinmune (incluye artritis idiopática juvenil y enfermedad de Still del adulto).
- Espondiloartropatías (incluye artritis reactivas).
- Enfermedades autoinmunes sistémicas: conectivopatías (LES, síndrome antifosfolípido, síndrome de Sjögren y terapia biológica, miopatías inflamatorias, esclerosis sistémica, fenómeno de Raynaud).
- Enfermedades autoinmunes sistémicas: vasculitis (arteritis temporal y polimialgia reumática, granulomatosis de Wegener, enfermedad de Churg-Strauss, vasculitis leucocitoclásticas, crioglobulinemia, enfermedad de Behçet).
- Otras artropatías (artropatías microcristalinas, artritis infecciosas).
- Patología no inflamatoria (artrosis, fibromialgia, lumbalgia).



- Patología metabólica ósea (osteoporosis, enfermedad de Paget).
- Fármacos y Reumatología (antiinflamatorios no esteroideos, fármacos y embarazo en las enfermedades reumáticas, protocolos de infusión intravenosa de fármacos).

Al mismo tiempo el tratado incluye los consensos SER sobre el uso de terapias biológicas en el tratamiento de la artritis reumatoide y espondiloartropatías, así como el consenso sobre fibromialgia.

En el tratado "Enfermedades reumáticas" han participado todas las unidades de Reumatología de la Comunidad Valenciana

PROF. DR. ANTONIO CASTILLO-OJUGAS

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

Baños termales

“La Isabela”

El Museo del Prado conserva un retrato de su fundadora la Reina Isabel de Braganza y Borbón. Está de pie, en su despacho. Viste un traje rojo que enmarca su estado gestacional. A su alrededor, planos y escritos y dibujos de la Pinacoteca. Su mano derecha señala la ventana desde donde se ve el edificio que, programado en las reformas madrileñas de Carlos III, había diseñado el arquitecto Juan de Villanueva. Es un retrato retrospectivo firmado por Bernardo López Piquer, basado en el original que hizo su tío Vicente López Portaña.

No pudo la pobre Reina inaugurar el Museo porque estando en las últimas semanas de su segundo embarazo, el 26 de diciembre de 1818, acompañando en amigable tertulia vespertina al Rey Fernando VII y otros dignatarios, sufrió un desvanecimiento con contracturas. Una eclampsia gravídica que le originó la muerte. Le extrajeron el feto, casi a término, y ambos cadáveres fueron expuestos para su exhumación y honras fúnebres.

El Museo fue abierto al año siguiente, el 9 de noviembre de



Figura 1: Isabel de Braganza, por Bernardo López Piquer

1819 por el Rey y su nueva esposa doña María Amalia de Sajonia, exponiéndose 311 cuadros del Patrimonio Nacional.

LA “CHARCA DE SACEDÓN”

Con el nombre de La Isabela fue denominada la “charca de Sacedón”, vecina al pueblo de Huete (Cuenca), que inicialmente le pertenecía, pero que fue donada al Rey

Fernando VII después de su regreso a España tras su obligada estancia en Velencay (Francia) durante la Guerra de la Independencia. El Rey era un gotoso reincidente y acudió a Sacedón donde había un incipiente balneario, siguiendo las indicaciones de su tío don Antonio, que había sido tratado antes de la guerra y hecho analizar las aguas por el farmacéutico de Alcalá de Henares, don Pedro Bermúdez, en 1800.

El rey ordenó construir un establecimiento digno y le dio el nombre de su esposa. Era un conjunto agradable como puede observarse en el pequeño óleo de Brambilla, en la margen del río Guadiela, que desde Huete baja al Tajo. Eran aguas mesotermales de 29 grados, sulfatado cálcicas, oligometálicas y radioactivas. Además del palacete, se construyeron baños para el resto del público y en la finca una serie de habitaciones para el personal real, caballerizas y para los colonos que cultivaban la finca.

La Isabela, como posesión real, duró poco tiempo, ya que la tercera esposa de Fernando VII, doña María Amalia de Sajonia, deseosa de pro-

En la guerra civil fue transformado en lugar de campaña y posteriormente quedó anegado por el pantano de Buendía



Figura 2: Baños de La Isabela, por F. Brambilla

creación, fue aconsejada de tomar las aguas de Solán de Cabras, no lejos de Sacedón, y allí fue con su esposo, reclamando en sentidos y cursis versitos las excelencias campestres de aquellos lugares.

La creación del Cuerpo de Médicos de Baños por el Dr. Castelo, facultativo directo del Rey, de ideas progresistas y liberales frente al realismo fernandino, sirvió de gran ayuda para la persistencia de la institución, puesto que desde su fundación en 1824 se hicieron cincuenta informes anuales. Destacaban los enfermos reumáticos, secuelas del “mal venéreo”, escrófula y diversos problemas neurológicos y psíquicos.

En 1876 don José de Fontagud y Gargollo compra esta propiedad al Patrimonio Nacional y mejora las instalaciones terapéuticas y hoteleras, al tiempo que los médicos señalaban en sus informes los beneficios que se lograban.

EL OCASO DEL BALNEARIO

En 1931 la posesión fue adquirida por el Marqués de la Vega Inclán y en el folleto de propaganda de las termas hay una introducción escrita por don Gregorio Marañón, titulada “Sobre la necesaria resurrección de los balnearios de España”, en verdad

curiosa. Vega Inclán fue el promotor de los paradores nacionales. Crearon el de Aranda de Duero, el de Manzanares y el alpino de Gredos. No tuvo suerte con el balneario. A pesar de la propaganda, el número de enfermos disminuía. Desde los 558 pacientes tratado en 1924 se descendió a 255 en 1933. No tenemos más datos.

En 1936 el balneario fue requisado para transformarlo en un hospital de campaña y al terminar la guerra, devastado y sin futuro, fue abandonado, puesto que en toda esa zona se promovió la creación de un gran embalse, el de Buendía, que anegaría todas las instalaciones. En 1950 las sesenta personas que vivían en esa heredad fueron trasladadas a unas parcelas en Peñafiel de Valladolid.

Desapareció el balneario que desde tiempo inmemorial curó a los antiguos pobladores, habiendo sido usado por los romanos, que lo llamaron “Thermida”, y después por los árabes, bajo el nombre de “Salambir”, o sea, “pozo de salud”. Existe una vieja tradición señalando que fue el Gran Capitán, don Gonzalo de Córdoba, desterrado en el castillo de Santiber por orden de Fernando el Católico, quien las utilizó para tratar el fuerte reuma que padecía y quedó curado.

“La Isabela” o “Charca de Sacedón” fue lugar de reposo y alivio para reyes y nobles reumáticos

EN LAS CITAS DE LOS CLÁSICOS

Los beneficios fueron luego citados por los clásicos autores castellanos del Siglo de Oro y posteriores, como Fernando Infante (1636) en su “Teatro de la Salud. Baños de Sacedón”, donde señala las mejoras que hizo el marqués de Montealegre. Seguimos con Miguel Ballesteros, en su “Examen médico-quirúrgico de las aguas thermales de Buendía y Sacedón” (1768) y con Juan Gayán y Santoro, “Antorcha metódica...”

La descripción más exacta corresponde al “Espejo cristalino de las aguas de España”, publicado en 1697 por Alfonso Limón Montero, con datos recogidos diecinueve años antes en Sacedón, y como raro y excepcional, enigmático y falto de criterio, el “Tratado de las aguas medicinales de Salam-Bir que comúnmente llaman de Sacedón, escrito en lengua árabe”, traducido por el doctor Mariano Pizzi, basado en muchas de las observaciones del anterior. Es un libro de interés para los historiadores, los bibliófilos y los investigadores de hechos extraños.

Gran fama tuvieron los baños de Sacedón hasta su desaparición en 1935. No se contabilizaron los de 1936 y la desaparición de la antigua posesión real en 1950. Los ataques gotosos de Fernando VII, la artrosis de tantos visitantes, las cruralgias y gonalgias, las ciáticas y los dolores de espalda pasaron por dicho establecimiento. Procuraré comentar en diversos artículos otros balnearios que han sido utilizados para tratar a nuestro enfermos reumáticos.