

ENERO - FEBRERO

20
10 **Nº 39**
AÑO 8

LOS REUMATISMOS

Publicación Oficial de la Sociedad Española de Reumatología



II Simposio

Enfermedades Sistémicas Autoinmunes

CARA A CARA



Dr. José V. Moreno



Dr. Santiago Muñoz

LOS REUMATÍSMOS[®] 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.



losreumatismos@ser.es
www.ser.es

Edita:
Sociedad Española de Reumatología
C/ Marqués de Duero, 5 - 1º
28001 Madrid
Tel: 91 576 77 99
Fax: 91 578 11 33

Editor:
Dr. Víctor M. Martínez-Taboada

Consejo Asesor:
Dra. Rosario García de Vicuña,
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

Coordinadora:
M^a José Rodríguez Chamizo

Publicidad:
Raúl Frutos Hernanz



www.inforpress.es

Diseño gráfico y maquetación:
Inforpress
(Departamento Publicaciones)

Asesoría y coordinación:
Inforpress
(Departamento Publicaciones)

Impresión:
Inforpress
(Departamento Publicaciones)

Entidades que han colaborado en este número:

Abbott, Amgen, Bristol-Myers Squibb, Faes Farma, Gebro, Pfizer, Schering Plough, UCB.

Suscripciones y atención al cliente:

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA
C/ Marqués del Duero, 5, 1º C
28002-Madrid
Correo electrónico: ser@ser.es

Tarifa de suscripción anual
(IVA incluido):

Particulares: 30,00 €
Entidades: 60,00 €

EDITORIAL

Aires de cambio

La Reumatología, al igual que la Medicina en general, evoluciona cada día, cada minuto, cada segundo. Y con ella, la Sociedad Española de Reumatología. Como habréis podido observar, **Los Reumatismos** ha cambiado su imagen. No es un lavado de cara, es una adaptación a los nuevos tiempos, a la modernidad y a la nueva sociedad en la que vivimos. Y no será el único cambio de imagen que acometerá la SER en estos meses.

Para renovarnos también en conocimientos, acabamos de celebrar el II Simposio de Enfermedades Sistémicas Autoinmunes de la SER. En él, cerca de cuatrocientos especialistas se han podido actualizar en este tipo de patologías, en las que el reumatólogo juega un papel fundamental, no sólo como el especialista indicado en su tratamiento, sino también como coordinador de todo el equipo multidisciplinar implicado en el manejo de estas enfermedades. Como muestra de esta actividad conjunta entre especialidades, la asistencia a nuestro simposio de expertos de otras áreas de la Medicina como Radiología, Neurología o Medicina Interna, que nos han aportado otra visión de este grupo de afecciones.

Siguiendo con el cambio. En este número de **Los Reumatismos** os presentamos a los dos candidatos a presidente electo de la SER, que vienen con ánimo de renovar y mejorar la Sociedad. El Dr. José Vicente Moreno Muelas destaca de su programa su intención de consolidar y mejorar aquellos aspectos en que hemos llegado a buena altura, mientras que el Dr. Santiago Muñoz Fernández hace referencia a la gestión y creación de conocimiento en Reumatología y el servicio a los socios. Desde aquí queremos desearles a ambos suerte en estas elecciones, que como sabéis, tendrán lugar en Tarragona durante la celebración del XXXVI Congreso Nacional de la SER.

Otra noticia importante de la SER es su cada vez más consolidado reconocimiento mundial. En esta ocasión, un representativo grupo de reumatólogos de la Sociedad Japonesa de Reumatología se ha desplazado a Madrid para asistir al curso sobre Revisiones Sistemáticas organizado e impartido por la SER. Asimismo, miembros de la Junta Directiva de la Sociedad Brasileña de Reumatología han visitado nuestra Sociedad para recabar información sobre ella, así como para compartir criterios en la implantación de Biobadabrasil, base de datos sobre efectos adversos de biológicos puesta en marcha a partir de la experiencia de Biobadaser. Ambas visitas nos llenan de satisfacción porque ponen sobre la mesa el hecho de que la SER es una asociación de referencia en el ámbito mundial.



Los Reumatismos renueva su imagen y se adapta a una sociedad en constante mejora y actualización como la SER



Sumario

3 **Editorial**
Aires de cambio

5 **Cara a cara con...**
El Dr. José V. Moreno y el Dr. Santiago Muñoz

13 **Eventos SER**
II Simposio de Enfermedades Sistémicas Autoinmunes

19 **Sociedades Autonómicas**
Esclerodermia localizada
21 Premios Armando Laffón
22 Nuevo presidente de la SORCOM
27 El abordaje del lupus en los primeros meses

28 **Bibliografía comentada**

33 **Buzón del paciente**

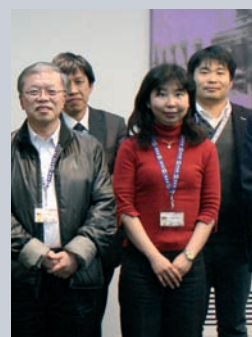
35 **Buzón del reumatólogo**
¿Realmente son eficaces los bolus de ciclofosfamida en la neumonitis intersticial de la esclerodermia?

37 **Reuma Update**
Servicio On Line de Actualización Bibliográfica en Reumatología

39 **Noticias SER**
La SER forma a un grupo de reumatólogos japoneses en Revisiones Sistemáticas

46 **Noticias**
Procade da sus primeros pasos

49 **Artículo Histórico**
El gotoso de Francken II





Cara a cara

Dr. José Vicente
Moreno

Dr. Santiago
Muñoz



Dr. Moreno



“La **SER** ha de ser percibida por todos sus **socios** como algo **propio**”

Dr. Muñoz



“Creo que **todos** debemos mucho a la **SER**”

Dr.

José Vicente Moreno

“Desde la **Presidencia de la SER** es posible plantear **iniciativas** que mejoren la actividad de los **reumatólogos**”

¿Qué le motivó a presentarse a la Presidencia de la Sociedad Española de Reumatología?

La convicción, basada en mi experiencia como Vicepresidente en la Junta del Dr. Blanch y durante los últimos cuatro años, de que desde la Presidencia de la SER es posible plantear iniciativas que repercutan en mejorar aspectos importantes de la actividad profesional de los reumatólogos y, por tanto, en la calidad asistencial a los pacientes reumáticos.

¿Cuáles son los principales objetivos de su programa?

En cuanto a la SER, consolidar y mejorar aquellos aspectos en que hemos llegado a buena altura, como son la investigación y la formación. Para asegurar el nivel de inversión en este campo habrá que hacer un esfuerzo en la gestión de nuestros re-

cursos. Y para asegurar su utilidad, un importante replanteamiento en su reparto.

Además, la SER ha de ser percibida por todos sus socios como algo propio, porque no sólo los reumatólogos de los grandes hospitales formamos parte de ella. Hay compañeros en los Hospitales Comarcales, en la Asistencia Primaria, médicos de Familia, los hay que están exclusivamente en la actividad privada, los compañeros jubilados o los que hace poco que terminaron la especialidad, entre quienes existe un alto porcentaje de subempleo... La SER ha de pensar en todos y llegar a todos, para que la vean como algo útil.

En cuanto a la Especialidad, será imprescindible realizar un esfuerzo todavía mayor de comunicación para conseguir

situar a la Reumatología y al reumatólogo como la especialidad y el especialista de referencia en el manejo de la patología médica del Aparato Locomotor. Y para esto, queda todavía mucho camino por recorrer.

¿Qué opina de la labor que está llevando a cabo la SER en la actualidad?

Muy pocas sociedades científicas resistirían la comparación con la nuestra. Pero, así y todo, es francamente mejorable en muchas áreas.

¿En qué áreas cree que sería importante hacer evolucionar a esta Sociedad?

Es necesario abrir la Sociedad a todos los socios, no sólo a los que están mejor situados o a los que tienen inquietudes investigadoras o de formación. Mi



impresión, que deriva de mi experiencia de cuatro años como Vicepresidente, es que muy pocos de los más de mil socios de la SER tienen acceso a los beneficios a que podrían tener derecho, a las grandes inversiones que se hacen en becas, formación, etc.

Alejémonos del benevolente cinismo del Príncipe de Salina, no aceptemos que algo ha de cambiar para que todo siga igual. Nos lo hemos de replantear todo, muchas cosas han de cambiar para que los recursos de la SER lleguen a todos los socios de forma más igualitaria.

¿Qué opina del futuro de la Reumatología como especialidad? ¿Cuáles son sus puntos débiles y cuáles los fuertes? ¿Cómo mejoraría esas debilidades desde la presidencia de la SER?

La nuestra es una especialidad con un gran futuro, como asegura la prevalencia de las enfermedades reumáticas y los importantes avances que se están dando en el conocimiento de sus mecanismos patogénicos, seguidos por avances igualmente importantes en su tratamiento como, por ejemplo, las terapias biológicas en los reumatismos inflamatorios.

Nuestro principal punto débil es el desconocimiento que la sociedad tiene acerca de la Reumatología y de la labor de los reumatólogos, que yo atribuyo a nuestra prolongada ausencia de la Asistencia Primaria y que sólo ahora se está corrigiendo a cuentagotas, de manera que especialistas en Cirugía Ortopédica o Rehabilitación siguen tratando patología médica del Aparato Locomotor, que debería estar atendida exclusivamente por el especialista entrenado para ello, que no es otro que el reumatólogo.

¿Cómo ve el papel de la investigación y la formación en una Sociedad Científica como la SER?

Mi deseo es potenciar la investigación todavía más. Si lo permite la situación financiera del momento, quiero crear un laboratorio de investigación básica. Tam-

bién potenciaré proyectos de investigación 'distributivos': que todos los socios que lo deseen y cumplan con los requerimientos necesarios puedan acceder a ensayos clínicos de nivel.

En cuanto a la formación, dada la previsible necesidad a corto plazo de revalidar nuestros conocimientos y aptitudes para seguir ejerciendo la especialidad, lo que sucederá en cuanto se desarrolle la LOPSE, será objetivo prioritario de mi Presidencia implementar un programa de formación continuada que sea accesible a todos, con el fin de que sirva para conseguir que sea la SER la que re-acredite nuestra suficiencia profesional, y no el Ministerio de Sanidad o la Consejería Autonómica.

¿Ante un panorama económico como el actual, en el que predominan las fusiones de los laboratorios, qué propuestas contempla para que la SER supere esta situación?

La tendencia de las empresas farmacéuticas a fusionarse no es algo sobre lo que podemos actuar, así que tendremos que amoldarnos a la nueva situación, que no podemos negar que es preocupante. Y no sólo por las fusiones, sino por los más que probables recortes que, en un futuro próximo, se van a dar en el área de las prestaciones farmacéuticas.

Pero hemos de ser positivos: tenemos una sólida posición de partida con nuestros propios recursos, aunque sea fundamental, y ése es mi compromiso: organizar un nuevo modelo económico de la SER ajustado a la nueva realidad.

Ante la posibilidad de que la SER busque nuevas vías de financiación aparte del sector salud, ¿cree que es correcto que esta Sociedad Científica abra su campo en esta área o cree que se debe ceñir al ámbito del conocimiento?

La SER no es una sociedad mercantil, ni un área de negocio de una multinacional. Debemos basar nuestros resultados económicos principalmente en el



área de conocimiento de la Reumatología, haciéndola más eficiente y competitiva. Bastaría con acercarnos al objetivo de que la mayor parte de la actividad financiera que se genere desde la Reumatología se centre y esté gestionada en esta casa común de la especialidad que es la SER/FER, y no fuera de ella, como sucede ahora en la mayoría de los casos.

Lo que no es óbice para que nos abramos a futuras fuentes alternativas de financiación, siempre que no haya el más mínimo riesgo de que nuestro bien ganado prestigio sufra daño alguno.

En su opinión, ¿cuál es el papel de las profesiones asociadas (Allied Health Professionals) –Psicología, Fisioterapia, etc.- en Reumatología?

La Reumatología va creciendo y haciéndose cada vez más compleja. Es muy importante contar con profesionales de otros ámbitos de la salud que se puedan asociar con nosotros en el manejo de los pacientes reumáticos, y tengo la decisión de fomentarlo desde la Presidencia. Hasta tal punto es así que, en la del Dr. Blanch, contribuí activamente a la creación de la asociación AEPROSER, de profesionales relacionados con la Reumatología.

Envíe un mensaje a los socios, ¿por qué deberían votarle a usted?

Soy un reumatólogo clínico, cuyo único interés como Presidente de la SER será el socio y la repercusión que la actividad de

nuestra Sociedad debe tener en la sociedad civil. No tengo otras ambiciones, no busco plataformas de lanzamiento a 'más altas miras' (no la hay más alta que ser útil a los compañeros), no debo, ni voy a

deber, ni voy a hacer favores a nadie y, sobre todo, no quiero que la nuestra sea una Sociedad endogámica y elitista. Al contrario, quiero que participen en la vida de la SER todos los socios que lo deseen

y que, por los motivos que sea, se han encontrado con que los caminos para ello o son muy angostos o están ya ocupados. Quiero que los socios sepan que, al votarme, se votan a sí mismos.

DE TODO UN POCO:

- **Defínase a sí mismo en pocas palabras.** Soy, en el buen sentido de la palabra, bueno.
- **¿Por qué se especializó en Reumatología?** De niño quería ser médico. Cuando llegué a estudiante de Medicina, quería ser reumatólogo. A esto se le suele llamar vocación. Pero este deseo de ejercer una actividad antes de conocerla es una emoción que se basa en débiles experiencias. Como sólo se ama lo que se conoce, más importante que la vocación es saber que hoy, que tengo experiencia para parar un tren, estoy seguro de no haberme equivocado. Mi especialidad no ha dejado de apasionarme, me he sentido muy útil ejerciéndola y no la cambiaría por ninguna otra.
- **¿De no ser reumatólogo, qué le gustaría ser?** Si alguna fuerza maléfica me impidiese ser reumatólogo, lo que por ahora no parece muy probable, volvería la vista atrás y desearía ser médico, sin más apellidos y con mayúsculas, como lo fue mi padre.
- **¿Su mayor defecto?** Pongo mucha pasión en todo lo que hago.
- **¿Y una virtud?** Pongo mucha pasión en todo lo que hago.
- **Uno de los mayores placeres de la vida es...** Vivir.
- **¿Qué titular le gustaría leer en los periódicos del futuro?** Ante la evidencia de que las dos terceras partes de las visitas que se realizan en las consultas de Traumatología, en la Asistencia Primaria, corresponden a enfermedades reumáticas, el Ministerio de Sanidad, conjuntamente con las Consejerías de Salud de todas las Comunidades y las Ciudades Autónomas, ha decidido proceder a la reconversión progresiva del 70% de las plazas de Traumatología en plazas de Reumatología.

Dr.

Santiago Muñoz

“Nuestro programa se basará en la **gestión y creación del conocimiento en Reumatología y en el servicio a los socios, como indican los estatutos de la SER**”

¿Qué le motivó a presentarse a la Presidencia de la Sociedad Española de Reumatología?

El principal motivo ha sido una clarísima vocación de servicio a nuestra sociedad científica. Creo que todos debemos mucho a la SER. Optar a la Presidencia y poder ejercerla, en el caso de ganar las elecciones, sería la forma máxima de ofrecer mi servicio a todo lo que he recibido de ella.

¿Cuáles son los principales objetivos de su programa?

El programa lo estamos elaborando un nutrido grupo de reumatólogos de toda España que proceden de la Junta Direc-

tiva actual, de la próxima y, finalmente, profesionales que nunca han participado en una Junta Directiva y que pueden dar un “aire fresco” a la gestión de la Sociedad. Lo primero que deseo es agradecer su colaboración, que ha sido absolutamente desinteresada e incondicional.

Por estatutos, la SER tiene por objeto centrarse en la gestión y creación del conocimiento en Reumatología y en el servicio a sus socios. Por lo tanto, el programa tendrá que basarse en estos tres puntos:

GESTIÓN

- **Reducción del nivel de presidencialismo.** Uno de nuestros objetivos es con-

tinuista con la actual Junta Directiva y abunda en acciones ya tomadas en la actualidad para hacer más operativa y profesional nuestra Sociedad, disminuyendo al máximo el presidencialismo. Las decisiones serán más consensuadas y más colegiadas. Para ello pueden ser necesarias modificaciones de estatutos.

- **Gestión de la Calidad Total en beneficio de nuestros socios.** Estamos acostumbrados a usar la gestión de la Calidad como una herramienta en busca de la mejora continua al servicio de nuestros pacientes. ¿Por qué no emplear estos conceptos en la SER? Para ello lo primero que plantearemos será la realización de



una autoevaluación tipo E.F.Q.M. para poder tener un punto de partida que nos oriente hacia el mejor servicio posible a los socios.

- **Colocar el centro de interés en la Reumatología**, así, con mayúsculas, englobando en la SER, de alguna manera, a todo profesional o grupo relacionado con ella. Necesitamos articular cómo participarán otros profesionales en favor de la Reumatología y, por lo tanto, en favor de los reumatólogos.

ASISTENCIA

Creo que los estudios de las necesidades actuales de reumatólogos en las diferentes comunidades autónomas han quedado obsoletos y hay que replantearlos.

También debemos liderar una propuesta de imperativos de Calidad en atención reumatológica que implique a todos los profesionales relacionados con ésta. Para ello, trabajaremos en definir los principales procesos asistenciales y sus resultados clave para ayudar a los distintos servicios del país a definir su propia gestión.

En el campo asistencial no podemos olvidar el inestimable servicio que prestan a la especialidad los socios dedicados exclusivamente a la medicina privada.

Son, a menudo, los grandes olvidados y su labor en áreas como, por ejemplo, la prevención de enfermedades, puede ser fundamental y no sustituida por la actividad de los grandes hospitales públicos.

DOCENCIA

Cuando hablamos de Docencia nos referimos a actividades encaminadas a la obtención de una titulación.

- **En cuanto a la Docencia pregrado debemos tratar de aumentar la presencia de especialistas en Reumatología en la Universidad.** Creo que esto siempre está presente en todos los programas, pero hasta ahora no se ha realizado ninguna acción concreta dirigida en este sentido. Quizás nuestros socios aún no conozcan un proyecto en marcha llamado ReumaAcademia, comenzado en la actual Presidencia y que se consolidará en la siguiente del Dr. Úcar, que intentará facilitar que los socios con un currículum relevante puedan optar a la acreditación como profesores por la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA), aunque la acreditación no implica necesariamente la presencia en las universidades. En el momento que nos toque ejercer la Presidencia, intentaremos proyectarnos más allá con acciones encaminadas a que los acreditados formen realmente parte de la Universidad.

- **Formación de residentes de Reumatología:** La SER está ejerciendo una labor importante ayudando a la formación de los residentes. Nuestra idea es seguir esta línea y ofrecer productos de formación de calidad y complementarios a los que ofrecen los Servicios. Para ello haremos un estudio, de acuerdo con los residentes y los Servicios, acerca de sus necesidades formativas para contribuir a resolverlas.

FORMACIÓN CONTINUADA

Las acciones de Formación Continuada van encaminadas a la mejora de las capacidades de los profesionales ya titulados. La oferta actual es extraordinaria, pero a mi modo de ver podemos mejorar dichas actividades de las siguientes maneras:

- **Trabajando para detectar las necesidades formativas que tienen nuestros socios.** Vamos a intentar orientar las actividades hacia estas necesidades. En este sentido, vuelvo a mencionar a los socios dedicados en exclusiva a la Medicina privada y cuyas necesidades pueden o no coincidir con las del resto. En caso de que no coincidan, serán tenidas en cuenta.
- **Vamos a introducir productos formativos innovadores** que respondan a esas necesidades. Es importante renovar los métodos actuales.
- **Vamos a medir los resultados de nuestras actividades.** En las acciones formativas vamos a intentar introducir el concepto de evaluación antes y después de la actividad. Queremos conocer el impacto real de lo que hacemos.

INVESTIGACIÓN

- Está relacionado con todo lo anterior: **creación de currículum orientados a la Docencia.** Esto implica a los jóvenes reumatólogos que tengan interés tanto por la Investigación como por la Docencia. Sólo facilitando, mediante proyectos de investigación de impacto, la formación de buenos currículum, aumentaremos nuestra presencia en la Docencia Universitaria.

- **Aumentar la duración de los proyectos.** No podemos seguir definiendo proyectos de investigación a uno o dos años.

- **Proponer convocatorias de proyectos de investigación específicos para Unidades de Reumatología** en donde no haya ninguno en marcha. Creo que es importante crear esta cultura de la investigación y favorecer la introducción a la misma en centros donde no exista.

- **Pondremos al servicio de los socios la información necesaria para la financiación de proyectos mediante otras empresas o agencias.** No todo debe estar financiado por la SER, pero la SER puede ayudar al socio a encontrar financiación.

RELACIONES INSTITUCIONALES

- **La Reumatología debe integrarse en la multidisciplinariedad y la relación con otras especialidades.** En este sentido, tendremos que ser capaces de elaborar proyectos comunes con otras sociedades científicas, especialmente de Atención Primaria, nuestros principales demandantes de actividad. Esto puede contribuir a garantizar la continuidad asistencial de nuestros pacientes y a favorecer la creación de conocimiento.

- Creo que podemos y debemos potenciar desde la SER la presencia de reumatólogos españoles en **foros internacionales.**

- Me parece importante también **fortalecer una cultura de alianzas** entre los socios en la consecución de objetivos comunes.

CONGRESOS Y REUNIONES CIENTÍFICAS

La estructura organizativa de los comités científicos que viene definida por estatutos no es suficiente para afrontar el futuro de estos actos, cada vez más exigentes. Creo que hay que introducir en los estatutos el concepto de "Comité de Asuntos Científicos". Este Comité debería ser lo suficientemente amplio y ajeno a la propia Junta Directiva para generar ideas y canalizar demandas de

los socios que pudiéramos introducir en nuestros actos científicos.

¿Qué opina de la labor que está llevando a cabo la SER en la actualidad?

Su labor es intensa e integral. Destacaré cuatro aspectos:

- **Plan Ícaro**, quizá poco conocido en la actualidad pero de enorme proyección en un futuro inmediato.

- Las bases que se han sentado a nivel gubernamental para desarrollar una **Estrategia Nacional** en enfermedades del aparato locomotor.

- El trabajo que me consta que se está haciendo para **dar a conocer nuestra especialidad** Consejería por Consejería de cada una de nuestras Comunidades Autónomas.

- El abordaje, por fin, de la docencia pregrado con el proyecto **ReumaAcademia.**

¿En qué áreas cree que sería importante hacer evolucionar a esta Sociedad?

- Creo que, al estilo de las empresas, tenemos que autoevaluarnos para poder identificar nuestras áreas de mejora y nuestras debilidades para trabajarlas.

- Se impone revisar y rediseñar el Plan Estratégico que termina ahora. En los próximos años debería estar centrado en resultados tanto en la gestión económica como en la gestión y creación de conocimiento.

- La especialidad está claramente implantada en la asistencia y la docencia MIR, los sistemas de formación continuada para la mejora de los profesionales titulados están marchando, nos falta el abordaje de la docencia universitaria en la que los reumatólogos participamos de manera testimonial.

- Creo que también tenemos que abrirnos hacia la multidisciplinariedad. Se impone la colaboración con otras sociedades científicas y nuestra apertura a profesionales que, aun no siendo reumatólogos, trabajan también para la Reumatología.

- Creo que también ha llegado la hora de abordar la re-certificación de los pro-

fesionales. La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias lo contempla, pero no articula la manera de hacerlo. Creo que debemos adelantarnos y prepararnos para ello.

¿Qué opina del futuro de la Reumatología como especialidad? ¿Cuáles son sus puntos débiles y cuáles los fuertes? ¿Cómo mejoraría esas debilidades desde la Presidencia de la SER?

La Reumatología es una especialidad con mucho futuro. Yo he participado recientemente en la apertura de un nuevo hospital y he vivido, como nadie, las debilidades de la Reumatología para convertirlas en oportunidades y luego realidades. Una debilidad del reumatólogo es que nos vemos obligados a ser brillantes y trabajar más para poder conseguir lo necesario para ejercer nuestro quehacer diario. Sólo con la excelencia y logrando ofrecer servicios más allá de la propia especialidad, podemos hacernos fuertes en los servicios de salud.

Esta obligación es, a su vez, nuestra fortaleza. Nos hemos acostumbrado a trabajar bien, a obtener resultados, a evaluarlos y a mejorarlos.

¿Cómo ve el papel de la investigación y la formación en una Sociedad Científica como la SER?

Es una inversión de futuro. Me enorgullece pertenecer a una Sociedad Científica que tiene claro, independientemente de quién la dirija, que la Investigación y la Formación son fundamentales. No veo sentido en almacenar capital de beneficios inmovilizado como ha ocurrido en un pasado reciente. Creo que debemos establecer como norma un programa de inversiones en Investigación y Formación sobre un porcentaje de los beneficios obtenidos con nuestras actividades, de tal manera que aseguremos la viabilidad económica y, a su vez, la inversión de beneficios en áreas capitales como las que se mencionan. La SER, por estatutos, es una organización sin ánimo de lucro y, en mi modesta opinión, creo que muchos

socios no tienen esta percepción. El único fin que tiene ganar dinero en la SER debería ser por y para el desarrollo de la Reumatología.

¿Ante un panorama económico como el actual, en el que predominan las fusiones de los laboratorios, qué propuestas contempla para que la SER supere esta situación?

La imaginación es un arma que siempre se nos ha dado bien a los reumatólogos. En tiempos de crisis hay que ampliar los campos para la financiación y mirar a lados diferentes a la Industria Farmacéutica, nuestra principal aliada.

En investigación, podemos tratar de lograr financiación de otras fuentes mínimamente explotadas. Además de ofrecer a los socios nuestros propios recursos para que opten a becas y proyectos de investigación, podemos gestionar lo necesario para que nuestros proyectos encuentren su financiación en otras agencias o empresas. ¿Por qué no obtener fondos para investigación de la Fundación Mafre, la Mutua u otras fundaciones o empresas?

La SER puede lograr también financiación a través de servicios a empresas fuera de la Industria Farmacéutica. Debemos abrir otros horizontes compati-

bles con nuestros objetivos definidos por estatutos.

Podemos proyectar nuestro congreso anual, fuente importante de recursos, de manera que interese a otros colectivos de profesionales. Uno de mis objetivos es tratar de lograr que nuestro congreso interese no sólo a los reumatólogos.

Podemos, también, ofrecer actividades de Formación Continuada a otros colectivos, por ejemplo, médicos de Atención Primaria u otras especialidades.

Ante la posibilidad de que la SER busque nuevas vías de financiación aparte del sector salud, ¿cree que es correcto que esta Sociedad Científica abra su campo en esta área o cree que se debe ceñir al ámbito del conocimiento?

Creo que es correcto que nuestra Sociedad Científica aborde todo tema relacionado con la Reumatología, yendo más allá del propio reumatólogo y sin perder de vista el servicio al socio. Me explico: ¿por qué no podemos ofrecer servicios de formación a una empresa láctea que desea que su red de ventas conozca la importancia de la dieta en la formación del hueso? Es sólo un ejemplo.

En su opinión, ¿cuál es el papel de las profesiones asociadas (Allied He-

alth Professionals) –Psicología, Fisioterapia, etc.– en Reumatología?

El papel que desarrollan estos colectivos de profesionales es parejo en importancia y complementario al papel fundamental del reumatólogo.

Por lo tanto, es obligatorio para esta Sociedad contribuir a su desarrollo y abordar la mejor manera de que participen en el seno de nuestra Sociedad.

Envíe un mensaje a los socios, ¿Por qué deberían votarle a usted?

- Porque desde hace 21 años, toda mi vida profesional, he sido un trabajador global de la Reumatología, integrando asistencia, investigación clínica aplicada y docencia a residentes.
- Porque he participado en la apertura de un nuevo servicio en un nuevo hospital, lo cual ha abierto mi visión de la especialidad, entre otras cosas, en cuanto a la capacidad de gestión.
- Porque conozco bien esta Sociedad Científica y he conocido bien a muchos de los que la han gestionado previamente.
- Porque éste no es un proyecto personalista, tengo detrás un equipo de profesionales con imaginación y ganas de innovar en los próximos años creando conocimiento.
- Porque voy a intentar que cada socio que lo desee encuentre un sitio en el desarrollo de la Sociedad.

DE TODO UN POCO:

- **Defínase a sí mismo en pocas palabras:** Tenaz, positivo, optimista, razonable y vital.
- **¿Por qué se especializó en Reumatología?** Porque era la especialidad que más me gustaba, no había otra razón.
- **¿De no ser reumatólogo, qué le gustaría ser?** Músico, sin duda.
- **¿Su mayor defecto?** Me gustaría tener mucha más cultura. Tengo aún mucho que aprender.
- **¿Y una virtud?** Soy tremendamente positivo. Siempre adelante.
- **Uno de los mayores placeres de la vida es...** disfrutar de mi familia, esquiar con mis hijos, pasear sin tener nada que hacer, echar unas risas con los amigos, ir al cine, al teatro, leer tranquilo oyendo música de fondo, visitar una exposición de cuadros impresionistas, poder practicar con la guitarra de nuevo, jugar al fútbol con los amigos, cocinar algo rico, hay tantos...
- **¿Qué titular le gustaría leer en los periódicos del futuro?**

Por fin se ha terminado la fabricación de todo tipo de armas en el mundo.



II Simposio de Enfermedades Sistémicas Autoinmunes

La Sociedad Española de Reumatología (SER) ha celebrado en Madrid un encuentro en el que más de 400 reumatólogos de toda España han abordado los últimos avances en la detección y abordaje de estas patologías

Una de cada cuatro consultas en los Servicios de Reumatología de los hospitales de nuestro país está relacionada con alguna enfermedad sistémica autoinmune. Este hecho muestra la gran importancia de este grupo de enfermedades –de las cuales las más conocidas son la artritis reumatoide o el lupus eritematoso sistémico–, que aunque por separado presentan una baja incidencia, en su conjunto afectan a más de un millón y medio de personas en España.

Estas patologías constituyen, además, un grupo de enfermedades que pueden llegar a ser de extrema gravedad debido al daño orgánico que pueden causar. De hecho, más de la mitad de los ingresos hospitalarios que se producen en los Servicios de Reumatología se deben a estas enfermedades, y las cifras se incrementan en algunos casos hasta el 70% del total de los ingresos en esta área.

Una meta común

Con estos datos en la mano, la presidenta de la SER, la Dra. Rosario García de Vicuña, destaca la importancia del II Simposio de Enfermedades Sistémicas Autoinmunes “porque en enfermedades que individualmente son poco prevalentes, pero presentan un impacto tan importante en la vida de los pacientes, es necesario realizar actualizaciones exhaustivas y poner en común los aspectos más novedosos

tanto en la patogenia de cada dolencia como en las terapias”.



La presidenta de la SER, la Dra. Rosario García de Vicuña, junto con la Dra. María Galindo, miembro del comité científico del Simposio

Actualmente, la dolencia sistémica autoinmune más frecuente es la artritis reumatoide, que afecta a más de 200.000 personas en España, según los datos del Estudio EPISER, llevado a cabo por la Sociedad Española de Reumatología. “El Síndrome de Sjögren, aunque es menos conocido, afecta al mismo número de personas y duplica en incidencia a patologías quizá más famosas como el lupus, enfermedad que padecen 100 personas de cada 100.000 habitantes”, añade la Dra. María Galindo, miembro del Comité Científico del Simposio. “Por el contrario, la esclerosis sistémica, las vasculitis o las miopatías son bastante menos frecuentes, por lo que es difícil contar con datos exactos de prevalencia”.

Colaboración de especialidades

En opinión del Dr. Santiago Muñoz, Jefe de la Sección de Reumatología del Hospital Infanta Sofía, en San Sebastián de los Reyes (Madrid), y coordinador del comité científico de la reunión, “el diagnóstico precoz y una actitud terapéutica correcta son imprescindibles para evitar afectaciones de órganos vitales como ocurre con el riñón en el lupus, el pulmón en esclerodermia o las pérdidas fetales con abortos de repetición en el síndrome antifosfolípido”.

La colaboración de equipos multidisciplinares conformados por especialistas de diversas áreas se vislumbra como la mejor herramienta para tratar de la forma más adecuada estas enfermedades con afectaciones multiorgánicas.

Todavía poca investigación

Los últimos años han sido fundamentales tanto en el avance del conocimiento de estas enfermedades como en el desarrollo de terapias novedosas y más efectivas. El mayor inconveniente a la hora de investigar en este ámbito es la reducida prevalencia de cada una de las dolencias por separado, lo que hace que la investigación tanto básica como clínica se encuentre con grandes dificultades.

“Se investiga mucho, pero no lo suficiente”, indica el Dr. Muñoz. “Aunque hemos avanzado en el conocimiento



de los mecanismos de perpetuación de estas enfermedades, apenas sabemos nada de sus causas”.

Teniendo en cuenta las limitaciones que puedan existir tanto en la clínica como a la hora de investigar estas enfermedades, la Dra. García de Vicuña señala “la necesidad de desarrollar

programas y protocolos comunes que permitan abordar de forma eficiente no sólo estas patologías en concreto, sino todas las reumáticas”.

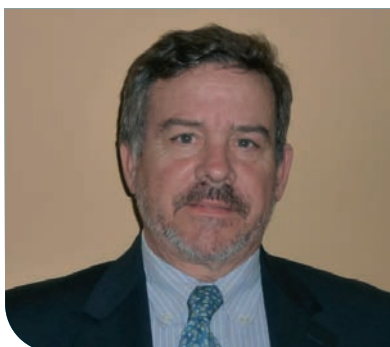
En este sentido, el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales anunció el pasado año la elaboración de una Estrategia Nacional que se presentará

a lo largo de 2010. “Iniciativas de este tipo –continúa la presidenta de la SER– hacen que mejore la calidad de la asistencia y, por lo tanto, se pueda reducir el tiempo de diagnóstico de estas enfermedades, lo que implicaría en muchos casos reducir el riesgo de incapacidad y mejorar así la calidad de vida de los pacientes”.

Las terapias contra Linfocitos B, nueva alternativa para el tratamiento del lupus



El Dr. Fernández Nebro y el Dr. Marengo, coordinadores del estudio LESIMAB



El tratamiento basado en anticuerpos monoclonales dirigido contra linfocitos B podría suponer una nueva alternativa terapéutica para el tratamiento del Lupus Eritematoso Sistémico (LES) en aquellos pacientes que no han tenido una respuesta positiva a otros tratamientos.

Así lo indican los primeros datos del estudio multicéntrico LESIMAB presentado en el II Simposio de Enfermedades Sistémicas Autoinmunes.

Este estudio, coordinado por los servicios de Reumatología de los hospitales de Valme de Sevilla y Carlos Haya de Málaga, ha contado con la participación de 131 pacientes de 19 hospitales repartidos por toda la geografía española.

El Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad autoinmune crónica que tiene una estimación de la prevalencia en la población española adulta de 91 casos por 100.000 habitantes, según el Estudio EPISER de la Sociedad Espa-

ñola de Reumatología. Se caracteriza porque el sistema inmunitario actúa atacando al propio organismo, sobre todo a órganos como el riñón, la piel o las células sanguíneas.

Pacientes no respondedores, los más graves

A la vista de estos resultados, se concluye que ésta podría ser una alternativa terapéutica que podría convertirse en una esperanza para pacientes con lupus que no responden a los actuales tratamientos, los cuales se basan en la administración de inmunosupresores y corticoides, y que conforman el grupo de los pacientes más graves.

Actualmente, los fármacos dirigidos contra los linfocitos B –células que se encargan de producir los anticuerpos responsables de dañar al propio organismo– se utilizan con éxito en enfermedades tan heterogéneas como el linfoma y la artritis reumatoide, que a su vez están relacionadas con el sistema inmune.

Alcohol, cocaína y fármacos para el colesterol, los mayores causantes de miopatías tóxicas

A pesar de que pueden reducirse a simples episodios de debilidad muscular, las miopatías –sobre todo las causadas por agentes tóxicos como el alcohol, la cocaína o algunos fármacos– pueden acabar con cuadros graves de necrosis muscular si no se limita el consumo de sus desencadenantes.

El hecho de que en países desarrollados se incrementen cada vez más las cifras de personas que padecen colesterol y son tratados con hipolipemiantes, ha hecho que aumente a la vez el número de miopatías provocadas por fármacos. Así se puso de manifiesto durante el II Simposio de Enfermedades Sistémicas Autoinmunes de la SER.

Las miopatías son enfermedades reumáticas que se caracterizan por la fatiga muscular, por lo que el paciente suele dar muestras de debilidad física. “En el caso de las miopatías causadas por drogas o fármacos este síntoma se puede paliar simplemente evitando su consumo, a no ser que se haya llegado ya a extremos en los que se ha producido raptidiomiolisis aguda, es decir, necrosis muscular”, apunta el Dr. Alejandro Olivé, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Germans Triás i Pujol, de Barcelona. “Aunque se ha conseguido no llegar a estos estadios a causa de la ingesta de distintos fárma-

cos –incluso algunos han tenido que ser retirados del mercado–, no ha ocurrido lo mismo en los casos de consumo de cocaína”, añade.

La primera causa de miopatías provocadas por tóxicos es la ingesta abusiva de alcohol. Asimismo, drogas como la cocaína se están convirtiendo en un desencadenante de esta enfermedad, y con efectos mucho más severos.

Otros fármacos

“Los cuadros clínicos de esta dolencia van desde procesos totalmente asintomáticos donde sólo se perciben las enzimas musculares aumentadas, a miopatías muy graves provocadas por una debilidad muy pronunciada”, explica el Dr. Olivé. “No poder levantarse de la silla y el cansancio extremo porque

La combinación de dos hipolipemiantes aumenta el riesgo de miopatía

las extremidades no pueden realizar su función son algunos de los signos principales de la enfermedad”.

Algunos de los tratamientos más comunes para enfermedades reumáticas, como la coxicina o los antipalúdicos de síntesis –utilizados



para lupus o gota– pueden ser también desencadenantes de esta dolencia, al igual que los corticoides.

Dudas en el diagnóstico

Las miopatías inflamatorias idiopáticas son entidades menos frecuentes que las miopatías tóxicas, pero adquieren gran relevancia porque la mayoría pueden ser tratadas. Podemos diferenciar entre dermatomiositis, la miositis por cuerpos de inclusión, y la polimiositis, que es la menos frecuente.

“Aunque de estas tres variaciones de la enfermedad se pueden dar casos en la infancia, sobre todo de la dermatomiositis, la edad donde aparecen con más frecuencia es a partir de los 20 años, y por encima de los 50 años la que más se da es la miositis por cuerpos de inclusión”, asegura el Dr. Antonio Guerrero, de la Unidad de Enfermedades Neuromusculares del H. Clínico San Carlos de Madrid.



La vasculitis aumenta el riesgo de padecer problemas vasculares y ceguera

Este dato es más significativo si se tiene en cuenta que la arteritis de células gigantes, la más frecuente de las vasculitis, produce 12 nuevos casos de cada 100.000 españoles mayores de 50 años por año. “Partiendo del hecho de que, además, esta enfermedad se da sobre todo en edades avanzadas y que hay un progresivo envejecimiento de la población, es razonable pensar que esta patología aumentará su frecuencia en los próximos años”, apunta el Dr. Víctor Martínez-Taboada, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, de Santander, y vicepresidente de Sociedad Española de Reumatología (SER).

Los factores genéticos y ambientales están relacionados con el desarrollo de la vasculitis

El incremento de riesgo de dolencias cardiovasculares en personas con vasculitis, los marcadores implicados en la perpetuación de la enfermedad y la inmunidad innata con que cuentan ciertos perfiles de pacientes han sido

algunos de los temas tratados durante el II Simposio de Enfermedades Sistémicas Autoinmunes de la SER.

Al igual que ocurre con la gran mayoría de las enfermedades autoinmunes, las vasculitis tienen un origen desconocido pero, como con otras enfermedades inflamatorias crónicas, tanto factores genéticos como ambientales están relacionados con su desarrollo.

Relación directa con el envejecimiento

El hecho de que la arteritis de células gigantes se dé exclusivamente en individuos de edad avanzada implica que los factores relacionados directamente con el envejecimiento pueden jugar un papel clave en el desarrollo de la enfermedad.

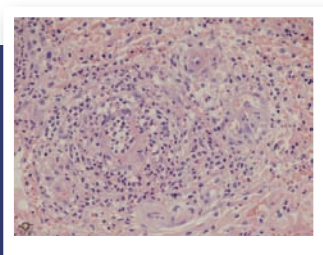
En cuanto a complicaciones isquémicas, “no existe un consenso acerca de que la antiagregación con ácido acetilsalicílico pueda disminuir de forma concluyente el riesgo de futuras complicaciones isquémicas en pacientes con arteritis de células gigantes”, apunta el Dr. Miguel Ángel González-Gay, también del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Y por otro lado, “la presencia de hipertensión incre-

menta el riesgo de complicaciones vasculares severas en pacientes con la citada vasculitis”, afirma.

El tabaco se ha encontrado desde siempre entre los factores de riesgo cardiovascular más importantes, por lo que se puede estimar que los fumadores tienen también mayor riesgo de padecer vasculitis como la arteritis de células gigantes.

Un significativo número de pacientes sufre ceguera

Según la Dra. María Cinta Cid, del Servicio de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Clinic de Barcelona, “la pérdida de visión afecta actualmente a entre el 15 y el 20% de los pacientes de arteritis de células gigantes. Los corticosteroides han reducido eficazmente el riesgo de ceguera, que en épocas anteriores a su uso llegaba a ser del 60%. Sin embargo, en un 10-17% de los pacientes que se presentan con síntomas visuales, la visión sigue deteriorándose durante la primera semana de tratamiento. Existen datos preliminares que sugieren que la endotelina podría tener un papel en los espasmos de los vasos del nervio óptico que genera pérdidas de visión transitorias antes de la definitiva, y el



Vasculitis leucocitoclástica. Biopsia de piel. Los vasos están siendo destruidos por leucocitos polimorfonucleares neutrófilos; puede verse necrosis fibrinoide

Vasculitis cutánea en paciente con crioglobulinemia asociada a infección por virus de la hepatitis C (VHC)



bloqueo de su receptor podría tener quizá un papel en evitar el deterioro de la visión en estos pacientes”.

Sin embargo, la poca prevalencia de la enfermedad, unido a la dificultad de reclutar pacientes con perfiles similares, ha desencadenado que en la actualidad no exista un consenso sobre cómo abordar el tratamiento de las distintas complicaciones de la arteritis de células gigantes.

“Contamos con estudios realizados de forma retrospectiva que no son concluyentes, por lo que necesitamos más estudios prospectivos que nos permitan valorar con mejores datos cuál sería el mejor tratamiento en cada caso”, apunta el Dr. González-Gay.

Esta misma opinión es compartida por la Dra. Cid, “también se están investigando los mecanismos que participan en la actividad inflamatoria de la arteritis de células gigantes con el fin de poder abrir caminos hacia nuevas dianas terapéuticas, pero nos encontramos con pocos grupos que se dediquen a esto y, por tanto, nos hallamos ante una evidencia experimental débil en lo que respecta a lo que podrían ser nuevos tratamientos”.

I Curso de Esclerodermia de la Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR)

Esclerodermia Localizada, no sólo una enfermedad cutánea

Múltiples procesos que cursan con endurecimiento y pérdida de la elasticidad de la piel pueden confundirse con la esclerodermia. La forma localizada la integran un grupo heterogéneo de procesos que cursan con engrosamiento y esclerosis cutánea, en los que la histopatología resulta indistinguible en estadios tardíos de la forma sistémica. Cursan con afectación cutánea siempre y en ocasiones, con afectación visceral o sistémica. Se caracterizan también por la ausencia de esclerodactilia (respeta manos y cara) y fenómeno de Raynaud (¿por qué no subyace un fenómeno vascular?).

Se clasifican como forma Lineal que afecta a tronco, cabeza o extremidades; y la Morfea, que aunque suele ser localizada o limitada (en placas, gotas), en ocasiones puede presentar una forma generalizada (superficial o profunda), e incluso una forma mixta o panesclerótica.

En general, se considera, como proceso benigno, banal debido a que esta restringido a la afectación cutánea, que excepcionalmente evolucionan a formas sistémicas, con tendencia a autolimitarse.

Asimismo, cursa con artralgiyas en el 10-15% de los pacientes, acompa-

ñándose de factor reumatoide hasta en el 35% de ellos. Los pacientes no presentan fenómeno de Raynaud, siendo excepcional la asociación a otra enfermedad sistémica autoinmune. Por otro lado, no existen estudios controlados que demuestren la eficacia de diversos agentes de efecto sistémico. En formas amplias, al inicio se puede valorar el uso de corticoides.

Repercusión de la esclerosis cutánea localizada

Presentan manifestaciones extracutáneas en más del 20% de los niños con esclerodermia localizada. La prevalencia de otras enfermedades autoinmunes es de alrededor del 15% (por encima de la esperable en la población general) y hasta el 45% en la forma de morfea generalizada (7% para LES, AR y EA). La concurrencia familiar superior al 10% para el LES, AR, y hasta el 7,5% para esclerodermia. Predominan manifestaciones articulares (oligoartritis o poliartritis en el 11% de los casos), neurológicas, oftalmológicas, vasculares y digestivas, siendo más infrecuente la afectación pulmonar o renal. Sin embargo, la evolución o presencia de esclerosis sistémica es excepcional.

Por todo ello, algunos autores consideran la esclerosis cutánea localizada como una enfermedad autoinmune

Lesiones hiperpigmentadas con zonas blanquecinas de hipopigmentación interior correspondientes a morfea



organoespecífica, indicando que estas formas de morfea generalizada y mixta serían realmente síndromes sistémicos autoinmunes. Se empieza a disponer de evidencia científica para mejorar la evaluación de la actividad y pronóstico de la enfermedad cutánea y respuesta a diversos tratamientos inmunomoduladores. Por tanto, en estos pacientes es necesario apartar la idea de que “sólo es un problema cutáneo”. Por su posible repercusión, se debe realizar una valoración más extensa, un seguimiento estrecho y, si fuese necesario, un tratamiento más agresivo.

Dr. Gregorio Santos Soler

Sección de Reumatología
Hospital Marina Baixa.
Villajoyosa. Alicante.



Se entregan los premios **Armando Laffón 2009**



Lydia Abasolo, Estíbaliz Loza y Lucía Silva, tres de las galardonadas con estos premios

Los premios **Armando Laffón**, que se han entregado en el marco del XII Congreso de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM), reconocen las mejores publicaciones en investigación de los reumatólogos que ejercen en la Comunidad de Madrid.

El premio a la mejor publicación de un residente de Reumatología de la Comunidad de Madrid 2008 ha recaído en

“Accuracy of physical examination in subacromial impingement syndrome”. Se trata de un estudio realizado por los reumatólogos L. Silva, J.L. Andreu, P. Muñoz, M. Pastrana, I. Millán, J. Sanz, C. Barbadillo y M. Fernández-Castro.

También se entregaron dos premios a la mejor publicación en investigación clínica: “Observed and expected frequency of comorbid chronic diseases in rheumatic patients”, un estudio reali-

zado por los doctores E. Loza, J. A. Jover, L. Rodríguez-Rodríguez, L. Carmona y el Grupo de estudio EPISER, y “Prognostic Factors in Short-Term Disability Due to Musculoskeletal Disorders”, de los reumatólogos Lydia Abasolo, Loreto Carmona, directora de la Unidad de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología, Cristina Lajas, Gloria Candelas, Margarita Blanco, Estíbaliz Loza, César Hernandez-García y Juan A. Jover.

Imágenes interactivas en la web SVR

La web de la SVR, con la colaboración de los laboratorios Schering-Plough, ha incorporado durante el año 2009 una nueva sección interactiva, dedicada a iconografía y coordinada por el Dr. Mauricio Mínguez Vega, de la Sección de Reumatología del Hospital de San Juan de Alicante.

En ella e incluyen imágenes acompañadas de una pregunta con cinco posibles

respuestas. Al seleccionar la respuesta correcta aparece una breve explicación de la imagen. El mecanismo de respuesta es totalmente anónimo.

El acceso a este bloque se realiza a través de la página principal de la SVR (www.svreumatologia.com).

Es necesario pinchar el icono correspondiente desde la portada en Herra-

mientas-Imágenes o acceder desde el área de socios en la pestaña superior. Se trata de una sección que se irá actualizando periódicamente, de forma que los socios pueden colaborar enviando imágenes que serán seleccionadas para su publicación. Además, existe la posibilidad de suscribirse para recibir información a través del correo electrónico cada vez que se actualice el archivo.

Juan Carlos López Robledillo, nuevo presidente de la SORCOM



“El objetivo es dar a conocer la Reumatología a la sociedad”

El Dr. Juan Carlos López Robledillo ha sido nombrado nuevo presidente de la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM), relevando así en el cargo a la Dra. Mónica Vázquez.

“Sin duda alguna, es una prioridad para la nueva junta directiva de la Sociedad la generación de conocimiento en Reumatología, no sólo de cara a la población sino también entre los propios reumatólogos, por lo que se potenciarán los proyectos SORCOM de investigación colaborativa”, ha explicado López Robledillo. “De esta forma, vamos a dar un impulso a los nuevos avances en la especialidad, que trasladados a nuestra práctica clínica diaria redundarán en una mejora de la calidad en la atención que se le presta al paciente”.

Consolidación de la oferta formativa

El Dr. López Robledillo también ha incidido en la importancia de la existencia de una continuidad en las líneas estratégicas y objetivos marcados por cada una de las juntas directivas de la sociedad científica madrileña. “En este sentido, trataremos de consolidar la oferta formativa que ya se inició en años anteriores” ha apuntado. Se potenciarán tanto los cursos y talleres de habilidades básicas para residentes de Reumatología, como todo lo que respecta a nuestro congreso anual”. Asimismo, siguiendo la línea de continuidad que el Dr. López Robledillo contempla en los planes de formación, la nueva junta directiva de la Sociedad se plantea la necesidad de reforzar los lazos existentes con otras sociedades científicas y los gestores sanitarios o asociaciones de pacientes.

La Doctora Olaia Fernández recibe el I Premio Manuel Figueroa

La Doctora Olaia Fernández, reumatóloga del Hospital de Basurto, ha sido galardonada con el I Premio Manuel Figueroa a la mejor presentación oral. La entrega de premios, que ha congregado a especialistas en Reumatología de todo el País Vasco, ha tenido lugar durante el último Congreso Anual de la Sociedad Reumatológica de Euskadi (SRE), celebrado en Hondarribia.

El trabajo de la Dra. Fernández lleva por título “Niña con Cefalea y Altera-

ción del comportamiento”. Entre los candidatos a recibir dicho premio figuraban, además de la galardonada, el Dr. Samuel Hernández, del Hospital de Cruces; la Dra. Joana Atxotegui, del Hospital Donostia, y la Dra. Olga Maiz, del mismo hospital.

Además, el Congreso Anual de la SRE acogió diversas ponencias relacionadas con las enfermedades reumáticas y la presentación de la página web de la Sociedad, a la que se puede acceder a través de la

siguiente dirección:

www.sreuskadi.com

El Dr. Figueroa, presidente de la Sociedad Española de Reumatología (SER) entre 1994 y 1996, se ha convertido en un referente de la Reumatología española gracias a su trabajo y dedicación. Estos premios reconocen su trayectoria.



El abordaje del lupus en los primeros meses ayuda a prevenir dolencias asociadas

La famosa serie televisiva ‘House’ ha hecho que enfermedades poco conocidas por la mayoría de la población suenen en nuestros oídos como términos muy familiares. Una buena muestra es el Lupus Eritematoso Sistémico (LES), que no ha faltado hasta el momento en casi ninguno de los diagnósticos diferenciales de la serie, debido a que se trata de una enfermedad reumática sistémica que puede afectar potencialmente a diferentes órganos.

Sin embargo, y pese a lo que aparece en la ficción, el lupus es una patología poco frecuente en la actualidad que “en general, no es difícil de diagnosticar si se tiene experiencia en esta patología. El problema radica en que, cuando la enfermedad tiene una forma de presentación rara, o cuando el enfermo está grave, hay que tomar decisiones rápidas de tratamiento, barajando diferentes diagnósticos”, apunta la Dra. Encarnación Saiz, del Hospital Morales Messeguer, de Murcia, que participó en la última reunión conjunta de las Sociedades de Reumatología de Murcia y Valencia.

El Lupus Eritematoso Sistémico afecta en España a 91 personas en edad adulta por cada 100.000 habitantes, según los datos del Estudio EPISER, de la Sociedad Española de Reumatología (SER), y se da en mayor medida en la población femenina. Se trata de una do-

lencia cuyas manifestaciones más frecuentes son lesiones cutáneas y artritis, aunque también pueden verse afectados otros órganos como los riñones, el corazón, los pulmones o el cerebro.

“Por lo general los pacientes llegan a la consulta de Reumatología en fases tempranas de la enfermedad, aunque eso no asegura que lo hagan sin afectación de órganos como los riñones o el cerebro. Este abordaje precoz hace que respondan de forma positiva a los tratamientos convencionales, aunque

Los riñones, el corazón, los pulmones o el cerebro pueden verse afectados por el Lupus Eritematoso Sistémico

es importante destacar que esta enfermedad no es como la artritis reumatoide, suele cursar en brotes y en función de la gravedad se tratará con un fármaco u otro. En general, cuando no afecta a un órgano denominado no mayor, como la piel o las articulaciones, se trata con antimaláricos y dosis bajas de corticoides. Cuando el paciente no responde o hay manifestaciones graves, se trata con inmunosupresores. En lupus no disponemos de tanto arsenal terapéutico, con eficacia claramente demostrada, como en artritis reumatoide”, indica la Dra. Saiz.

En la actualidad se han dado importantes pasos para el desarrollo de terapias biológicas –todavía en fase de estudio– en el tratamiento del lupus.

Anticiparse siempre es bueno

El diagnóstico temprano, y por consiguiente un tratamiento precoz, suelen hacer que el pronóstico de la enfermedad sea mejor. “Si bien anticiparse a que la dolencia esté más evolucionada siempre es bueno, el pronóstico de las enfermedades reumáticas es diferente en todas y cada una de ellas”, subraya la Dra. Saiz. “En enfermedades como la artritis reumatoide se ha demostrado claramente que el tratamiento precoz es decisivo para la salud del paciente a largo plazo. En el lupus, lo más importante es prever el pronóstico durante los primeros meses y realizar un seguimiento más cercano de los pacientes que tengan formas más graves de la enfermedad, así como prevenir dolencias cardiovasculares”.

Además, gracias al avance que se ha producido durante los últimos años en el conocimiento de los mecanismos de la enfermedad, y los esfuerzos que se están haciendo desde organismos científicos como la Sociedad Española de Reumatología (SER) para elaborar guías de abordaje y protocolos, se está consiguiendo tratar cada vez mejor a los pacientes con lupus.



Dr. José Carlos Rosas Gómez de Salazar
Hospital Marina Baixa, Villajoyosa. Alicante

Dr. José Ivorra Cortés
Hospital Dr. Peset. Valencia

Dr. José Luis Fernández Sueiro
Hospital Juan Canalejo. A Coruña

Bibliografía Comentada

■ Artrosis ■ Osteoporosis ■ Vasculitis

Artrosis

Gel de antiinflamatorios:
útiles en artrosis de rodilla

Más del 30% de la población mayor de 65 años presenta síntomas relacionados con la presencia de artrosis de rodilla. Con frecuencia se trata con



analgésicos y antiinflamatorios (AINE) por vía oral, que pueden ser causa de

efectos secundarios potencialmente graves. Las guías de tratamiento de la artrosis de rodilla incluyen el uso de AINEs tópicos en base a diversos estudios que demuestran su eficacia frente al placebo, aunque la mayoría de ellos tienen una corta duración.

El grupo de Barthel evalúa mediante un estudio randomizado, doble ciego y controlado, la eficacia y seguridad de un gel de diclofenaco sódico al 1%, aplicado cuatro veces diarias durante 12 semanas, en 492 pacientes mayores de 35 años con artrosis de rodilla leve-moderada (grado 1, 2 o 3 de Kellgren-Lawrence), sintomática al menos durante seis meses.

El grupo que recibió gel de diclofenaco frente al gel con placebo, presentó de forma significativa, desde la primera semana a la duodécima, mayor eficacia al analizar los resultados de la escala WOMAC de dolor (-5 vs -4. P=0.01), de función física (-15 vs -10.9. P=0.001) y de enfermedad global (-27 vs -18.2. P<0.001), así

como respecto al dolor con el movimiento (-27.7 vs -20.1. P<0.002). Aunque no hubo diferencias entre los grupos en relación al uso de medicación analgésica de rescate, el grupo de diclofenaco, de forma significativa, estuvo más tiempo sin medicación de rescate que el grupo placebo.

Respecto a los efectos secundarios, el grupo que recibió gel de diclofenaco presentó mayor número de reacciones locales (5.1% vs 2.5%). La incidencia de síntomas gastrointestinales fue similar entre ambos grupos (5.9% vs 5.0%). Asimismo, la adherencia al tratamiento fue ligeramente superior al 80% en ambos grupos.

Los resultados del estudio confirman la eficacia del uso de AINE tópico cuatro veces al día, en el tratamiento de la artrosis de rodilla leve-moderada. Dado que se ha demostrado que la absorción del fármaco induce niveles 17 veces menores que con la vía oral, el AINE tópico debería ser una medida coadyuvante en estos pacientes, es-

pecialmente en los sujetos que no deban utilizar AINE orales por intolerancia o que presenten riesgo elevado de efectos secundarios.

Estudio randomizado y controlado del gel de diclofenaco sódico en la artrosis de rodilla. Barthel HR, Haselwood D, Longley S, et al. Semin Arthritis Rheum 2009; 39:203-212.

■ Dr. José Rosas

Osteoporosis

Utilidad de la densitometría periférica en el diagnóstico de osteoporosis

La utilización de la densitometría periférica de absorciometría de rayos X (pDXA) como instrumento diagnóstico es una práctica muy extendida. A ello han contribuido su menor coste, la rapidez en la realización de las exploraciones, el poco espacio que precisa para su ubicación y la movilidad de los aparatos. Sin embargo, la toma de decisiones terapéuticas basándose en sus resultados es un tema controvertido, pues las diferentes guías de manejo de la osteoporosis (OP) se han establecido mediante los resultados obtenidos con densitometrías realizadas a nivel de columna o cadera (cDXA).

Debido a que la concordancia de las medidas con pDXA y cDXA no es siempre buena y varía con los distintos tipos de densitómetros, la NOS (UK National Osteoporosis Society) elaboró una guía para la utilización de los pDXA en el estudio de

pacientes con osteoporosis posmenopáusica. Las recomendaciones sugieren que se debe realizar un estudio de concordancia para cada tipo de densitómetro pDXA, con un densitómetro cDXA para así poder establecer dos T-score como puntos de corte, con el objetivo de obtener una especificidad y sensibilidad del 90% para el diagnóstico de OP. Esto implica que el 90% de los pacientes con un T-score < 2,5 a nivel de columna o

rica inferior al punto de corte inferior, sobre todo si existen otros factores de riesgo. Si la DMO periférica es superior al T-score que constituye el punto de corte superior, el riesgo de fractura sería bajo. Si el T-score periférico se sitúa entre los dos puntos de corte se recomienda realizar una cDXA.

Los autores calculan los puntos de corte para los siguientes densitόμε-

El resumen de los resultados se muestra en la siguiente tabla

Densitómetro Periférico	Área medición	Punto de corte superior (Ts)	Punto de corte inferior (Ts)	Densitómetro Central
Osteometer DTX-200	Antebrazo	-1,4	-2,6	Hologic
Schick AccuDEX	Mano	+0,1	-1,6	Hologic
GE Lunar PIXI	Calcáneo	-0,4	-2,0	Lunar
Alara Metriscan	Mano	-0,6	-2,4	Lunar
Demetech DXL Calscan	Calcáneo	-1,4	-2,7	Lunar

cadera tienen que estar por debajo del punto de corte superior en la medición con el densitómetro pDXA, y que el 90% de los pacientes con T-score mayor de -2,5 a nivel central tendrán unos valores de densidad mineral ósea (DMO) periférica por encima del punto de corte inferior del pDXA.

Según las recomendaciones de la NOS, los pacientes susceptibles de tratamiento serían aquellos con DMO perifé-

ros periféricos: Osteometer DTX-200, (antebrazo), Schick AccuDEXA (mano), GE Lunar PIXI (calcáneo), Alara MetriSc (mano) y Demetech Calscan (calcáneo).

Para ello realizan un estudio multicéntrico y seleccionan para realizar una DMO periférica al menos a 70 mujeres remitidas para estudio de OP con cDXA normal y a 70 mujeres con cDXA con OP. Con ello calculan los puntos de corte según se



detalla más arriba. La edad de las mujeres se situaba entre 55 y 70 años. Con estos puntos de corte se evitarían entre un 50% y un 60% de cDXA.

El presente trabajo supone la puesta en práctica de la metodología propuesta por la NOS para la utilización de los densitómetros periféricos. Estos deberían usarse siempre como complemento de uno central. Además, se precisa el cálculo de los puntos de corte de cribado con una sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de OP del 90%. Este cálculo varía con los distintos tipos de densitómetro periférico y probablemente dependa también del densitómetro central de referencia. Los resultados que se muestran aquí hacen referencia a una población de mujeres posmenopáusicas inglesas entre 55 y 70 años. Sería por ello aconsejable que estos cálculos se realizaran en cada caso concreto en el que se vaya a utilizar la combinación de densitometría periférica-central.

Una lista de puntos de corte específicos para la interpretación de los resultados obtenidos con distintos densitómetros periféricos mediante absorciometría de rayos-X. Blacke Gm, Chinn DJ, Steel SA et al. *Osteoporos Int* 2005;16:2149-2156.

■ **Dr. José Ivorra**

Vasculitis

Bolos o terapia continua en las vasculitis asociadas a ANCA

La granulomatosis de Wegener, la poliangeitis microscópica y su variante li-

mitada al riñón están asociadas a la presencia de anticuerpos anti-citoplasma del neutrófilo (ANCA). Todas causan cambios similares a nivel renal, están asociadas a anticuerpos patogénicos y responden de forma similar a la inducción con terapia inmunosupresora. El desenlace de estas enfermedades ha mejorado de forma sustancial con el tratamiento con ciclofosfamida (CFA) oral, sin embargo, este tratamiento no está exento de efectos secundarios. La CFA en bolos podría ser un régimen menos tóxico para inducir la remisión. El objetivo del estudio fue analizar la efectividad y la toxicidad de la CFA en bolos en la inducción de la remisión de estas vasculitis comparándolo con la CFA oral.

El estudio fue abierto, multicéntrico, aleatorizado y controlado. Los criterios de inclusión fueron vasculitis diagnosticadas de novo con afectación renal definida por al menos uno de los siguientes criterios: creatinina (>1.7 - ≤ 5.7 mg/dl), biopsia demostrando glomerulonefritis necrotizante y positividad para ANCA. Los criterios de exclusión fueron: coexistencia de otra enfermedad autoinmune, hepatitis B, C o infección por HIV, creatinina >5.7 mg/dl, historia de cáncer, embarazo o edad menor de 18 o mayor de 80 años.

Se utilizaron dos regímenes de tratamiento: CFA iv, 3 bolos 15 mg/kg cada dos semanas, seguidos cada tres semanas por bolos de 15 mg/kg o 5 mg/oral durante tres días conse-

cutivos hasta la remisión, y durante otros tres meses; CFA oral 2 mg/kg diaria hasta la remisión seguido por 1.5 mg/kg durante otros tres meses. En ambos grupos se ajustó el tratamiento de acuerdo a la edad y la creatinina. Después de la remisión se utilizó azatioprina 2 mg/kg hasta el mes 18. La dosis de prednisona fue igual en ambos grupos.

El desenlace principal fue el tiempo para alcanzar la remisión definido por la ausencia de signos nuevos o empeoramiento de los previos de enfermedad activa en la escala Birmingham Vasculitis Activity Score (BVAS). Los desenlaces secundarios fueron la proporción de pacientes que alcanzaron la remisión a los seis y nueve meses.

Recibieron CFA en bolos 76 pacientes y 73 CFA oral. El 79% alcanzó la remisión a los nueve meses. De los 18 que no la alcanzaron, cinco pacientes en el grupo oral y tres en el grupo de bolos fallecieron. No hubo diferencias en cuanto a la remisión, siendo el tiempo medio para la remisión tres meses. En 19 pacientes que consiguieron la remisión, a los nueve meses recidivaron (13 en el grupo de bolos y seis en el tratamiento oral), sin diferencias en ambos grupos. La función renal y la escala BVAS mejoró en los dos grupos.

En cuanto a efectos adversos, sólo se observó diferencia significativa en la presencia de leucopenia en los tratados

con bolos de CFA. Asimismo, se registraron 51 infecciones en 41 pacientes (22 en 20 pacientes con bolos y 29 en 21 pacientes con tratamiento oral). La dosis media acumulada de CFA fue de 15.9 gr oral versus 8.2 gr bolos. Por otro lado, no se observaron diferencias en el tiempo para alcanzar la remisión. El grupo tratado con CFA en bolos presentó menos episodios de leucopenia. Aunque hubo más episodios de recidiva en el grupo tratado con bolos, las características de diseño del estudio no permitieron extraer conclusiones en este importante aspecto.

En nuestra opinión, aunque los datos demuestran una eficacia similar de la CFA en bolos frente a la CFA oral, creemos que serán necesarios más estudios para confirmar que el tratamiento con bolos mantiene la eficacia en el tiempo del tratamiento de estas enfermedades graves y potencialmente mortales. Si bien la CFA en bolos puede reducir el número de efectos secundarios, habrá que tener en cuenta que la ausencia de control de la enfermedad potencialmente puede ser peor que los propios efectos adversos.

Tratamiento con bolos versus ciclofosfamida oral diaria en la inducción de la remisión en las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma del neutrófilo: un ensayo aleatorizado. Groot K, Harper L, Jayne D, Flores L, Gregorini G, Gross W, Luqmani R, et al. *Ann Intern Med* 2009;150:670-680.

■ **Dr. José Luis Fernández Sueiro**



Dr. José Carlos Rosas Gómez de Salazar
Hospital Marina Baixa, Villajoyosa. Alicante

Dr. José Ivorra Cortés
Hospital Dr. Peset. Valencia

Dr. José Luis Fernández Sueiro
Hospital Juan Canalejo. A Coruña



Damos respuestas

COLAGENOPATÍAS

Artritis y abortos

Soy mexicana, tengo 34 años y espero que me puedan ayudar. He tenido dos abortos (los dos antes de las ocho semanas de embarazo) y tengo dolor en mis articulaciones –manos, pies, cadera y espalda– todo el tiempo. También alergias constantes y problemas digestivos. ¿Es posible que estos síntomas se relacionen con un tipo de artritis?

Gladis

(remitida desde hispanoamérica a la web www.ser.es)

Podríamos resumir su caso en que se trata de una mujer joven, con dolor en las articulaciones (desconocemos si se acompaña de signos de inflamación) y que además ha presentado dos abortos en el primer trimestre del embarazo. El resto de datos aportados –problemas digestivos y alergias– no son concluyentes, pero no parecen relacionados por el momento.

Según lo comentado, en principio usted puede padecer una enfermedad reumática de las llamadas autoinmunes o sistémicas. Por su frecuencia, habría que descartar un lupus eritematoso sistémico (LES) con síndrome antifosfolípido asociado (este último se ha asociado a abortos de repetición). Aunque la artritis reumatoide es la artritis crónica más fre-

cuente, no se relaciona con un aumento de abortos. Para determinar qué enfermedad padece, se precisa una evaluación clínica completa y un estudio que incluya analítica general con hemograma, velocidad de sedimentación y una batería inmunológica que incluya: factor reumatoide, anticuerpos antinucleares (ANA), anti-DNA, Sm, Ro, La, cardiolipina, C3, C4 y anti-péptidos citrulinados.

Por tanto, le aconsejamos que consulte con un reumatólogo, pues hoy en día contamos con tratamiento adecuado, incluso para prevenir abortos en un alto porcentaje, si estos están relacionados con la presencia de anticuerpos anti-cardiolipina.

Dr. José Rosas

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

¿Qué puede ocurrir si no tomo la medicación?

Les escribo porque mi hija de 52 años padece de reuma desde hace un tiempo, pero no sigue el tratamiento que le dieron. Se cansa enseguida, lo abandona y claro, no le hace efecto. ¿Qué le puede ocurrir si no toma la medicación?, ¿cómo puedo influir para que haga el tratamiento?

A. Sánchez, Alicante.

Al no darnos datos clínicos concretos de la enfermedad reumática que padece su hija, le contestaremos de forma general. La realización incorrecta del tratamiento por parte del paciente reumático es un problema que se da con frecuencia, aunque también aparece en todo tipo de enfermedades. Habitualmente se debe a olvidos, a la aparición de efectos secundarios que no son graves e, incluso, por probar y ver qué ocurre si no se toma la medicación. Suele ocurrir especialmente en enfermedades crónicas, sobre todo durante los periodos que no provocan síntomas, como ocurre con

frecuencia en las enfermedades reumáticas en las que el paciente se encuentra incluso asintomático, ya que la enfermedad está controlada.

Esta situación puede provocar diversas consecuencias que podrían ser evitables. La primera y más importante es que al no tomar la medicación la enfermedad se mantenga activa y por tanto con capacidad de provocar lesiones que podrían ser irreversibles. Por otra parte, el médico que controla al paciente puede tomar decisiones erróneas, incrementando la terapia o añadiendo nuevos



fármacos, que pueden a su vez provocar efectos secundarios. Además, ante un tratamiento irregular, el paciente estaría asumiendo los riesgos inherentes al tratamiento sin el beneficio de la propia terapia.

Para aumentar la adherencia del paciente al tratamiento, se debe intentar averiguar las causas de su incumplimiento. Hoy en día, muchos de los fármacos utilizados cuentan con diversas presentaciones que ayudan a su seguimiento. Según la

enfermedad, contamos con fármacos que pueden administrarse en dosis única diaria, semanal, mensual, en parches, etc. Si aparecen efectos secundarios con la medicación, el paciente debe comunicarlo a su médico a fin de intentar evitarlas o cambiar de fármaco.

Lo aconsejable es que el médico y el paciente consensúen previamente la mejor pauta para asegurar una realización correcta, teniendo en cuenta tanto las preferencias del paciente, como las

posibles obligaciones de la vida personal o laboral. Finalmente, es adecuado que el paciente conozca la evolución natural de la enfermedad que padece y, por tanto, las consecuencias de no llevar a cabo un tratamiento de forma adecuada, especialmente, hoy en día que contamos con tratamientos eficaces en gran cantidad de enfermedades reumáticas. Así, la buena comunicación entre el paciente y su médico es primordial.

■ **Dr. José Rosas**



Rash cutáneo y lupus

Tengo artritis, además de una erupción en la nariz y las mejillas. Mi médico me está tratando para el acné, pero me pregunto si lo que tengo podría ser por un lupus. Varios miembros de mi familia, incluyendo a mi hermana y su hija, tienen lupus. ¿Es posible que yo también lo tenga a pesar de que los resultados de mis pruebas de laboratorio son negativos?

Isabel, La Coruña.

■ La artritis es una característica frecuente en los pacientes con lupus. Por otro lado, las erupciones en la cara son otra característica que su médico puede tener en cuenta a la hora de hacer un diagnóstico. Además, esta enfermedad se caracteriza por la posible afectación de otros órganos internos, especialmente el riñón, anomalías en la sangre como la cifra de leucocitos y/o plaquetas bajas, anemia y por la presencia de ciertos anticuerpos en la sangre como los anticuerpos antinucleares positivos (ANA) o los denominados anti-DNA.

Debido a que tiene miembros de su familia con lupus, es comprensible

que usted esté preocupada acerca de su propio diagnóstico. De hecho, el riesgo de lupus es mayor entre los familiares de las personas con dicha enfermedad.

A menos que tenga otros signos, incluyendo pruebas de laboratorio positivas, suponemos que esto no es una erupción cutánea producida por el lupus. Le aconsejamos que lo hable con su médico y si hay dudas, dado que el lupus es una enfermedad reumática, debe dirigirse a un reumatólogo para solventarlas.

■ **Dr. José Luis Fernández Sueiro**



¿Realmente son eficaces los bolus de ciclofosfamida en la neumonitis intersticial de la esclerodermia?

Dra. Patricia E. Carreira. Médico Adjunto, Servicio de Reumatología
Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid

La ciclofosfamida (CF) se ha utilizado para el tratamiento de la afectación intersticial pulmonar de la esclerodermia desde hace más de dos décadas. A pesar de existir numerosas publicaciones sobre su utilización, en general estudios retrospectivos u observacionales, hasta muy recientemente no se han publicado ensayos clínicos comparativos con placebo.

En el Scleroderma Lung Study (1), se aleatorizaron 154 pacientes. La CF oral diaria a 1-2 mg/kg durante un año fue superior al placebo en cuanto a mejoría en la capacidad vital forzada (FVC), afectación dérmica, índice de disnea, grado de discapacidad y calidad de vida percibida por los pacientes. Los pacientes fueron seguidos, ya sin tratamiento, durante otro año más, demostrándose en este periodo que el efecto beneficioso de la CF permanece los seis primeros meses tras la suspensión, pero desaparece al año, lo que sugiere que es necesario un tratamiento de mantenimiento (2).

Un metanálisis de todos los estudios observacionales y los ensayos clínicos publicados concluye que la CF no ha demostrado mejorar significativamente la

función pulmonar en los pacientes con esclerodermia y afectación intersticial pulmonar (3). Este estudio ha ocasionado una gran controversia entre “favorables” y “detractores” de la CF en esta patología. En este metanálisis se observa una diferencia importante entre los resultados obtenidos en ensayos clínicos y en estudios observacionales: los resultados son favorables a la CF, tanto para la FVC como para la difusión de CO (DLCO) en los estudios abiertos, mientras que son negativos en los ensayos clínicos. Esta discordancia bien puede tener su base en la selección de pacientes en cada caso. Los estudios abiertos habitualmente incluyen pacientes con enfermedad intersticial progresiva y más avanzada, mientras que los ensayos clínicos incluyen pacientes muy seleccionados, lo que hace que aquellos con afectación más grave estén, en general, poco representados.

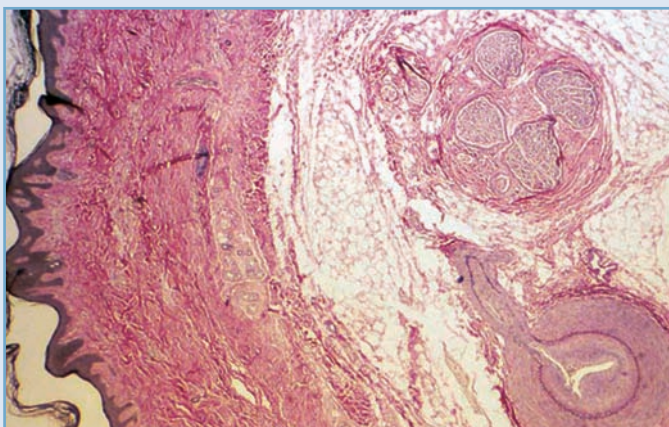
De hecho, en el Scleroderma Lung Study, la CF era más efectiva para prevenir la progresión de la afectación pulmonar en los pacientes con FVC menor del 70%, es decir, los más graves. Por otra parte los propios autores del metanálisis reconocen que ninguno de los estudios incluye datos de función pulmonar



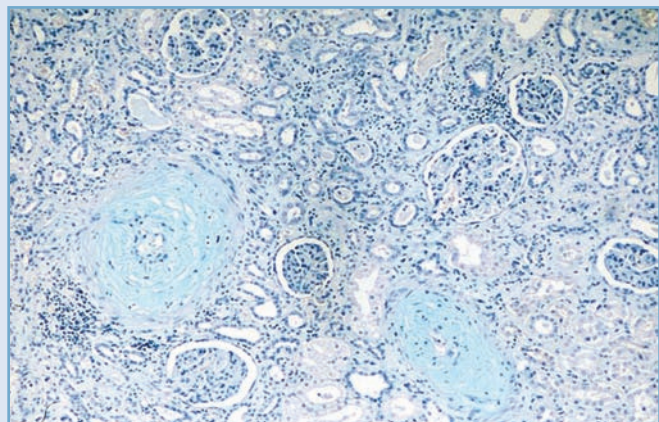
Dra. Patricia E. Carreira

anterior al inicio de la CF, y sugieren la necesidad de realizar estudios en pacientes con deterioro previo demostrado de la función pulmonar, ya que serían los más susceptibles de presentar mejoría, o al menos, estabilización de la misma.

Un reciente estudio (4), estratifica los pacientes con esclerodermia y afectación intersticial en dos grupos, limitada o extensa, según dos criterios fácilmente obtenibles en la práctica habitual: 1) la extensión de la afectación pulmonar en



Corte de piel en el dedo de la mano con esclerodermia y fenómeno de Raynaud. Tiene gran engrosamiento fibroso de la dermis, algunos restos de anexos cutáneos atróficos y epidermis atrófica. En la hipodermis, arteria de tipo muscular con hiperplasia de la íntima y acentuada estenosis del lumen. Al lado de esta arteria hay un nervio con fibrosis perineural



Corte en corteza renal con dos arterias radiadas corticales teñidas de azul por captación del colorante azul alciano, especialmente en su íntima hiperplástica rica en mucopolisacáridos ácidos. La lesión vascular de la esclerodermia produce una muy acentuada estenosis del lumen vascular Azul Alciano x 80

el TAC torácico de alta resolución (menor o mayor del 20%) y 2) la FVC (mayor o menor del 70%). Sus resultados indican que la mortalidad en pacientes con afectación limitada (afectación radiológica menor del 20% y FVC mayor del 70%) es significativamente menor que la de los pacientes con afectación extensa (afectación radiológica mayor del 20% o FVC menor del 70%), independientemente de la estrategia terapéutica utilizada. El estudio no analiza la influencia de los tratamientos, dada su variabilidad, en la evolución de la afectación intersticial, pero los autores sugieren que, en los casos más graves, el tratamiento debería iniciarse lo más precozmente posible, para evitar así la progresión de la lesión pulmonar. Aunque esta asociación no ha sido confirmada en otros estudios, parece razonable seleccionar para un tratamiento agresivo y no exento de efectos secundarios, como la CF, a aquellos pacientes con mayor riesgo de progresión y mortalidad.

¿Cómo podemos saber en casos iniciales si la enfermedad intersticial va a avanzar rápidamente o no? Sin duda, lo más importante que debemos hacer es vigilar a los pacientes cuidadosamente, con prue-

bas funcionales respiratorias seriadas, para instaurar tratamiento inmediato en caso de empeoramiento.

Gran parte de estos datos se han obtenido de pacientes tratados con CF oral diaria, y no necesariamente tienen que representar lo que ocurriría si el tratamiento se hubiera realizado en bolus IV mensuales. El metaanálisis comentado previamente no detecta diferencias en cuanto a la eficacia entre la CF oral o IV. Dado el perfil de seguridad de la forma IV respecto a la oral, parece claro que la IV sería la elección más adecuada, mientras no dispongamos de otros tratamientos con menor toxicidad. En este sentido, actualmente está en marcha el Scleroderma Lung Study II, para evaluar la eficacia del Micofenolato Mofetil (MMF) comparado con CF oral, en el tratamiento de la afectación pulmonar. Esperemos que los resultados de este ensayo arrojen en un futuro próximo alguna luz a este respecto. Permanece sin aclarar cuánto tiempo debe durar el tratamiento con CF y qué terapia de mantenimiento debemos utilizar después de su suspensión. Al igual que en la nefritis lúpica, tanto la Azatioprina como el MMF parecen buenos candidatos, pero habrá que esperar a futuros estudios para tener la respuesta más adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tashkin DP, Elashoff R, Clements PJ et al. Cyclophosphamide versus placebo in scleroderma lung disease. *N Engl J Med* 2006;354:2655-66
2. Tashkin DP, Elashoff R, Clements PJ et al. Effects of 1-year treatment with cyclophosphamide on outcomes at 2 years in scleroderma lung disease. *Am J Respir Crit Care Med* 2007;176:1026-34
3. Nannini C, West CP, Erwin PJ, Matteson EL. Effects of cyclophosphamide on pulmonary function in patients with scleroderma and interstitial lung disease: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials and observational prospective cohort studies. *Arthritis Res Ther* 2008;10:R124
4. Goh NSL, Desai TJ, Veeraraghavan S, et al. Interstitial lung disease in systemic sclerosis: a simple staging system. *Am J Respir Crit Care Med* 2008;177:1248-54



ReumaUpdate: Actualización bibliográfica en Reumatología

- Artritis Reumatoide
- Espondiloartropatías
- Colagenopatía
- Reumatología Pediátrica
- Investigación Básica en Reumatología

La numerosa información generada en torno a la Reumatología dificulta al médico especialista su actualización ante la multitud de novedades científicas publicadas. Consciente de esta realidad, nace el Proyecto ReumaUpdate como Servicio On Line de Actualización Bibliográfica en Reumatología, en el que participa un gran número de reumatólogos españoles, en colaboración con Abbott Immunology y declarado de interés científico por la SER

ReumaUpdate, además de facilitar una actualización periódica, permite acceder a un curso acreditado de formación continuada con 5,8 créditos, reconocidos por la "European accreditation council for CME de la UEMS".

A continuación se muestra un artículo comentado por expertos de la SER procedente de ReumaUpdate.

ARTÍCULO SELECCIONADO

Fibromialgia (FM), Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y evaluación de la actividad del LES.

Wolfe F, Petri M, Alarcón GS, Goldman J, Chakravarty EF, Katz RS, Karlson EW. J Rheumatol 2009; 361:82-88

Resumen

El objetivo del trabajo fue determinar si la fibromialgia o los síntomas fibromiálgicos, entendidos como la tendencia a responder a la enfermedad o al estrés psicosocial, con fatiga, dolor generalizado y aumento de la sintomatología, aumentan en los pacientes con o sin LES. Se valoró la actividad del LES mediante el cuestionario SLAQ (SLE Activity Questionary) ana-

lizando si es excesivamente sensible a los síntomas fibromiálgicos.

Se estudió los LES y FM existentes en 23.321 pacientes reumáticos de la base de datos nacional americana y como grupo comparativo se utilizó conjuntamente a la AR reumatoide y enfermedades no inflamatorias. Se identificó FM en un 22,1% de los LES y en un 17% del grupo artritis. Los síntomas de Raynaud, rash, fiebre, pérdida de pelo y hematomas se asociaron más al LES que a la FM, mientras que los síntomas de cefalea, dolor abdominal, parestesias, cansancio, problemas cognitivos y el dolor o debilidad muscular, fue a la inversa. No existió un aumento significativo de síntomas fibromiálgicos en los LES. El trabajo concluye que la prevalencia de FM en LES está mínimamente aumentada comparándola con la prevalencia en el grupo de Artritis. Los síntomas fibromiálgicos no desfiguran los test diagnósticos o de actividad del LES.

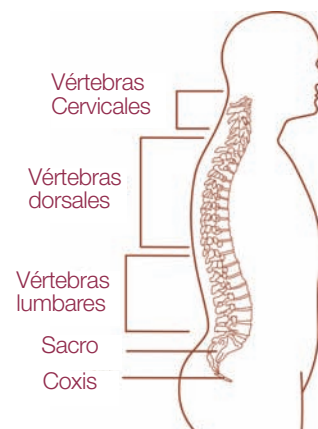
Comentario

El artículo concluye que la FM, no modifica los cuestionarios de actividad. Los síntomas fibromiálgicos como la fatiga, el dolor generalizado o el aumento de la sintomatología de la enfermedad asociada, son una respuesta a la enferme-

dad o al estrés psicosocial, por lo que podríamos esperar encontrarnos un alto porcentaje de FM en enfermos reumáticos. Esto da lugar a tres preguntas: ¿Está aumentada la FM o los síntomas fibromiálgicos en el LES?, ¿la FM o los síntomas fibromiálgicos influyen en el diagnóstico o en la actividad del LES?, y ¿la valoración de la actividad del LES cambia en presencia de una FM?

Los autores valoraron la intensidad de los síntomas por el cuestionario SI (Symptoms Intensity: útil para valorar la intensidad de los síntomas en la FM) mostrando que en LES la puntuación está ligeramente y significativamente más elevada que en el grupo artritis, aunque donde esta sustancialmente aumentado es en el grupo FM. La presencia de ANAs positivos es más alta en el grupo FM que en el grupo artritis y esto puede provocar que fácilmente una FM cumpla los 4 criterios mínimos de la ACR para su diagnóstico como LES. Las escalas de actividad del LES se correlacionan ampliamente con las de los síntomas fibromiálgicos. Sin embargo, no hay evidencia de que la FM o el aumento de la sintomatología fibromiálgica distorsione en gran medida las escalas de actividad del LES.

Lumbago y dolor cervical, las enfermedades crónicas más comunes en España



¿Quién no ha padecido dolor lumbar o de cervicales en algún momento de su vida? Las malas posturas, el sedentarismo, la obesidad, etc., suelen ser los detonantes de este tipo de dolencias que afectan a más del 80 por ciento de la población en algún momento de su vida. Aunque en ocasiones no pasan de ser más que un dolor puntual, en otras pueden convertirse en crónico si no se tratan a tiempo.

Algunas prácticas sencillas como hacer deporte, el reposo o unas simples normas básicas de higiene postural a la hora de realizar actividades cotidianas podrían

reducir estas preocupantes cifras. Por ello, desde las consultas de los Servicios de Reumatología se dan desde hace tiempo consejos prácticos para llevar a cabo en la vida diaria.

Principales causas

En ocasiones no son factores externos los detonantes, sino que la propia mala estructura de la columna o aquellos con una masa muscular débil sufren dolor lumbar o cervical. Curiosamente, en la gran mayoría de los casos el origen radica en una tensión muscular mantenida, relacionada con estrés o tensión emocional.

Consejos para evitar el dolor

Es preferible un ejercicio suave, con estiramientos lentos, al reposo, que sólo se debe aconsejar en períodos de mucho dolor y durante un tiempo no superior a tres días. Aparte del ejercicio controlado, para combatir el dolor lumbar se puede recurrir a la aplicación de calor local y a los masajes.

Siguiendo la norma de “mejor prevenir que curar”, aprender a coger peso, caminar y sentarse correctamente reduce su aparición. Pero sobre todo, mantener una musculatura fuerte en la espalda para que, si el dolor aparece, pase rápido.

La SER forma a un grupo de reumatólogos japoneses en Revisiones Sistemáticas

La Sociedad Española de Reumatología ha impartido el curso Revisiones Sistemáticas a un grupo de reumatólogos japoneses desplazados a España únicamente para recibir esta formación. El curso, patrocinado por Abbott, ha sido impartido por los miembros de la Unidad de Investigación de la SER: Loreto Carmona (directora de la Unidad de Investigación), Estíbaliz Loza, Juan Antonio Martínez y Aurelio Tobías.

Entre los asistentes al curso se encontraba el Profesor Miyasaka, presidente de la Sociedad Japonesa de Reumatología, que inauguró el curso con unas palabras de agradecimiento

hacia la SER por permitirles llevar a cabo esta iniciativa.

El curso, “Basic Course on Systematic Review”, tiene como objetivo capacitar a los especialistas en Reumatología en la realización de Revisiones Sistemáticas. Para ello, los participantes han aprendido a manejar programas específicos y a buscar en bases de datos.

A los asistentes se les ha otorgado un certificado de la Sociedad Española de Reumatología. Tras este curso, los asistentes podrán llevar a cabo el proyecto 3E en su país de origen.

Proyecto 3E

El proyecto 3E es una iniciativa internacional, propuesta y liderada por el profesor M. Dougados, patrocinada por Abbott y que cuenta con el aval de la Sociedad Española de Reumatología (SER). Este proyecto busca fusionar la evidencia científica con la experiencia práctica.

Se han llevado a cabo distintas ediciones en las que un número amplio de reumatólogos de diferentes países se han reunido para poner en común los últimos avances en este campo. Dichas aportaciones, tras ser evaluadas por un grupo de expertos, han permitido difundir recomendaciones en el conocimiento y tratamiento de las diferentes patologías reumáticas.

La Sociedad Brasileña de Reumatología visita la SER



Un grupo de expertos de la Sociedad Brasileña de Reumatología, con su presidenta Leda Maria M. Laurindo a la cabeza, ha visitado la Sociedad Española de Reumatología para exponer los avances conseguidos en el

proyecto Biobadabrazil, una iniciativa que arrancó en 2008 a imagen y semejanza del proyecto BiobadaSER.

Gracias a este encuentro y al intercambio de conocimientos con los responsables de BiobadaSER, la Sociedad Brasileña de Reumatología ha podido mejorar el diseño de su proyecto, que al igual que BiobadaSER en España, tiene como finalidad principal identificar acontecimientos adversos relevantes que aparezcan durante el tratamiento de enfermedades reumáticas con terapias biológicas y estimar su frecuencia

de aparición. Biobadabrazil cuenta en la actualidad con 19 puntos de recogida de información en todo el país, aunque esperan que en el mes de julio este número supere los 30.

Entre las ideas de cara al futuro que la sociedad brasileña presentó a sus homólogos españoles destaca la posibilidad de incluir una variable sobre coste-efectividad de los tratamientos. Asimismo, otro de sus objetivos es conseguir disponer de un centro en cada estado, especialmente en las zonas críticas como el norte del país.

Los avances en el tratamiento de la osteoporosis, a debate en Barcelona

El II Simposio Internacional 'Avances en Osteoporosis' fue el marco elegido por expertos de referencia a nivel internacional para abordar temas como las nuevas dianas terapéuticas y la microarquitectura o las propiedades de la matriz ósea como determinantes de la fragilidad del esqueleto.

Uno de los factores que influyen en los niveles de riesgo de fracturas óseas provocadas por osteoporosis es la zona geográfica donde se habite. Hoy en día, España presenta unos niveles de riesgo dentro de la media europea, mientras que los valores más elevados se encuentran en el norte del continente.

La Dra. Núria Guañabens, del Servicio de Reumatología del Hospital Clínic de Bar-

celona y directora del II Simposio Internacional 'Avances en Osteoporosis' explica cómo "las cifras de riesgo de fractura ósea de nuestro país son muy similares a otros de nuestro entorno como Francia, sin embargo, siguen siendo inferiores a las de otros países cercanos como Italia".

En el evento, celebrado en Barcelona, se dieron cita más de 150 participantes, en su mayoría reumatólogos, y se congregaron especialistas de nuestro país, así como de Francia, Reino Unido, Alemania y Estados Unidos.

Los nuevos marcadores: diana de la investigación

Uno de los aspectos más importantes en la evolución del diagnóstico de la osteoporosis se ha centrado en los

nuevos marcadores dentro de la estructura ósea.

"El conocimiento de la microarquitectura o las propiedades de las proteínas de la matriz ósea son nuevos matices que debemos tener en cuenta porque también influyen en la fragilidad del esqueleto y, además, nos permiten abordar la osteoporosis desde distintos puntos de vista", apunta la Dra. Guañabens.

En cuanto al tratamiento de la osteoporosis, uno de los avances más importantes han sido "los fármacos osteoformadores y anabólicos, así como los antirresortivos basados en anticuerpos monoclonales, que han mostrado su mayor eficacia frente a las moléculas reguladoras del remodelado óseo".

Algunas patologías reumáticas, principal causa del dolor crónico

Entre el 10 y el 23% de los españoles sufre dolor crónico, cuyo origen más frecuente son ciertas patologías reumáticas –lumbalgia, fibromialgia, artrosis– y las cefaleas. Esto se traduce en que entre diez y once millones de personas padecen dolor musculoesquelético durante más de seis meses, lo que supone un impacto económico enorme tanto por el coste de los tratamientos como por las bajas laborales. También tiene repercusión en la calidad de vida de las personas afectadas y de sus familiares, ya que muchos de estos pacientes pierden su trabajo y sufren por no sentirse socialmente útiles.

Jenny Moix y Francisco M. Kovacs, coordinadores del libro ‘Manual del dolor’ y Malén Oliver-Frontera, autor del prólogo, coinciden en afirmar que “pese a que ningún profesional de la salud discutiría que el dolor es un fenómeno biopsicosocial, en la mayoría de las ocasiones su tratamiento no se corresponde con la concepción que se tiene del mismo, pues todavía son pocos los casos que se tratan de manera auténticamente multidisciplinar”.

Según los autores, “los tratamientos cognitivo-conductuales están muy lejos de implantarse oficialmente en las clínicas y hospitales, pese a que han demostrado ser eficaces en múltiples investigaciones”. El libro trata de presentar un protocolo que pueda resultar útil a los profesionales que tratan a pacientes aquejados de dolor crónico.

Para realizarlo, se ha contado con la aportación de 24 psicólogos que colaboran en clínicas del dolor de hospitales públicos españoles. El equipo está integrado tanto por profesionales clínicos con amplia experiencia práctica como por profesores universitarios con un gran bagaje en teorías del dolor.

Osteoporosis, entre las enfermedades más relevantes del s. XXI

La osteoporosis es la causa de 1,6 millones de fracturas de cadera en todo el mundo cada año, 40.000 de las cuales se producen en nuestro país, lo que provoca un importante incremento de la mortalidad. En concreto, se da un aumento del riesgo relativo de muerte del 86 %. Es decir, si en mayores de 65 años, el riesgo de fallecer en cinco años es de un 20%, una persona con fractura de cadera, tendrá un 86% más de riesgo, lo que equivale a que fallecerá el 37% aproximadamente.

Debido a la creciente importancia de esta patología y la necesidad de un mayor conocimiento, la Sociedad Española de Reumatología ha presentado la segunda edición del ‘Manual de Enfermedades Óseas’. La obra ha sido coordinada por el Dr. Luis Pérez Edo, del Servicio de Reumatología del Hospital del Mar, en Barcelona, y el Dr. Luis Arboleya, reumatólogo del Hospital San Agustín, en Avilés.

“El objetivo ha sido resumir los principales avances en el campo del tejido óseo y sus enfermedades, analizándolos en

profundidad y con enfoque clínico útil y práctico para la consulta diaria”, según los autores.

El manual está dirigido principalmente a reumatólogos, ya que estos especialistas tienen un importante peso específico en el campo de las enfermedades óseas. Sin embargo, también nace como un elemento de ayuda en la práctica diaria para todas las especialidades relacionadas con este tipo de patologías, como pueden ser Ginecología, Traumatología, Medicina Interna o Medicina General, así como para los no iniciados que quieran efectuar una puesta al día de sus conocimientos.

Avances

“Los aspectos más novedosos que se incluyen en este manual se han centrado en la puesta al día de los diferentes elementos del diagnóstico y tratamiento, donde hemos podido incorporar las últimas novedades”, indica el Dr. Pérez Edo. Uno de los temas tratados en mayor profundidad ha sido el ciclo de remodelado óseo y los mecanismos que lo alteran.

El Dr. Indalecio Monteagudo Sáez, elegido Defensor del Socio

De acuerdo con lo previsto en el artículo 66 de los Estatutos de la SER, la Junta Directiva ha proclamado Defensor del Socio al Dr. Indalecio Monteagudo Sáez para el periodo mayo 2010-mayo 2014.

El Dr. Monteagudo es, en la actualidad, tutor de Residentes en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid) y dirige el curso Tutores y Re-

sidentes de la Sociedad Española de Reumatología. Las funciones del Defensor del Socio consisten en asistir a los socios en la defensa de sus derechos, velar por la imparcialidad del proceso sancionador, atender las quejas y reclamaciones que tengan los socios respecto a cualquier aspecto de la Asociación y elevar informe a la Junta Directiva.



Procade da sus primeros pasos

Los laboratorios Roche y BMS han sido los primeros participantes en este proyecto, del que sus delegados han destacado la calidad de los contenidos

La iniciativa PROCADÉ se ha puesto en marcha con éxito en varios laboratorios farmacéuticos. “De la mano de la Sociedad Española de Reumatología (SER), los delegados de visita médica reciben una formación técnica específica que les capacita en un campo en el que no tienen por qué ser especialistas”, explica Juan A. León, delegado de Roche, uno de los laboratorios que se ha unido a la experiencia.

El delegado de Roche ha comentado que se trata de una iniciativa excepcional gracias a la cual los representantes de los laboratorios podrán mejorar su labor de ventas y asesoramiento al reumatólogo. Jaime Rivas Bardavio, de

Bristol Myers Squibb (BMS), se ha mostrado de acuerdo con esta afirmación y ha añadido que “esta iniciativa ha tenido una acogida muy positiva, ya que ésta era una demanda que se había planteado en anteriores ocasiones y que viene a complementar el desarrollo formativo del delegado”.

Por su parte, BMS tan sólo lleva unas semanas inmersa en la iniciativa, pero Rivas no ha dudado en expresar su satisfacción ya que “permite aumentar y homogeneizar los conocimientos de los delegados”.

Ambos han coincidido en la importancia de la formación, que es hoy en día

uno de los campos en los que los laboratorios farmacéuticos centran sus esfuerzos.

“De esta forma, podemos prestar un mejor servicio al cliente, contribuir a solventarle las dudas, que es en definitiva lo que tratamos de conseguir”, ha comentado Juan A. León.

Tanto Roche como BMS ya han llevado a cabo el programa de la Sociedad Española de Reumatología, una iniciativa necesaria, según Jaime Rivas, ya que “tanto las compañías farmacéuticas que trabajan en el campo de la reumatología como la SER, tienen su razón de ser en la colaboración permanente”.



Dr. José Francisco García Llorente, coordinador de PROCADÉ

¿En qué consiste PROCADÉ? Se trata de un PROgrama para la CApacitación de DElegados, con el cual la SER quiere participar en la formación técnica de los representantes de visita médica en aquellas áreas de interés de la Reumatología. Con ello, aseguramos que dichos participantes dispongan de una información técnica adecuada elaborada por la SER, así como controlar dicho conocimiento con una prueba tipo test eliminatória.

¿Qué opina de esta iniciativa? Me parece una acción muy positiva pues, de este modo, se asegura un nivel mínimo de conocimientos importantes dentro del campo de actuación de cada delegado, siendo la primera vez que se hace una

iniciativa de este tipo dentro de la visita médica en España.

¿Sería recomendable que todos los delegados lo hicieran?

¿Por qué? La industria farmacéutica ya se encarga por su cuenta de aportar los conocimientos necesarios a sus delegados para el correcto desempeño de su trabajo, pero de este modo homogeneizamos y limpiamos de sesgos dichos conocimientos. Asimismo, garantizamos el conocimiento a través de la prueba que se realiza al final del programa. Es por ello que los delegados que superen dichos pasos se pueden presentar ante su cliente, el médico, con la confianza de saber que están lo suficientemente capacitados para ejercer su acción informadora.



Faes Farma firma un acuerdo con MSD España para comercializar etoricoxib

Faes Farma ha suscrito un contrato con Merck Sharp & Dohme España, filial de la multinacional norteamericana Merck & Co. Inc., segunda en el ranking mundial de laboratorios, por el que la farmacéutica recibe los derechos de comercialización del producto antiinflamatorio Etoricoxib bajo su marca ARCOXIA®.

Etoricoxib es un fármaco antiinflamatorio indicado para el tratamiento de la

artrosis, la artritis reumatoide, el dolor y los signos de inflamación en la artritis gotosa aguda, así como para la espondilitis anquilosante, con una tolerabilidad digestiva mejorada en comparación con los AINES tradicionales.

El medicamento está disponible en varias presentaciones con dosis diferenciadas para cada una de las indicaciones descritas.

De esta manera, este importante acuerdo supone para Faes Farma consolidar su cartera de productos en el área de traumatología y reumatología, que sumados a los ya existentes (ibandronato, calcio, vitamina D, etc.) posicionarían a la farmacéutica como una empresa líder en el área osteoartítica, ofreciendo alternativas terapéuticas que mejoran la calidad de vida de los pacientes y reducen los efectos secundarios.

UCB y Rovi se alían para la comercialización de Cimzia®

UCB y Rovi se han unido para comercializar conjuntamente el medicamento de UCB Cimzia® (certolizumab pegol), anticuerpo anti-TNFα PEGilado (factor de necrosis tumoral alpha (TNFα)), en España. El medicamento ha sido autorizado por la Comisión Europea para el tratamiento de la artritis reumatoide.

Mediante este acuerdo, UCB completará el procedimiento de aprobación

local de Cimzia®, mantendrá vigente la autorización de su comercialización y, una vez obtenido el asentimiento, promocionará, junto con ROVI, el fármaco en España.

Khoso Baluch, Director General de UCB España, afirma que “esta alianza estratégica supone unir esfuerzos para conseguir nuestro objetivo común, satisfacer las necesidades de los pacientes”, y que esta relación “contribuirá a

que el mayor número posible de enfermos con artritis reumatoide en España tengan un acceso más rápido a nuestro medicamento innovador Cimzia®”.

Asimismo, según Juan López-Belmonte Encina, Consejero Delegado de ROVI, “esta alianza va a capitalizar el conocimiento que posee ROVI en el segmento hospitalario, con el objetivo de beneficiar a los pacientes con artritis en España”.



Nuevo consenso de tratamiento con anti TNFs del grupo europeo de trabajo de espondiloartritis

La revisión post ACR 09 ha establecido la actualización del consenso ASAS para el uso de pacientes con espondilitis anquilosante, o bien con diagnóstico de espondiloartritis axial. La reunión, celebrada en el Museo Reina Sofía de Madrid el pasado 7 de febrero y patrocinada por Abbott, congregó a más de 300 especialistas.

Las diferencias más significativas entre los criterios vigentes hasta ahora y los actualizados por el post ACR serían los siguientes:

- Cumplir criterios de N.Y. modificados, o criterios ASAS para espondilitis axial.
- Fallo o intolerancia a 2 AINEs, durante un periodo de 4 semanas en total.
- En pacientes con predominio de síntomas periféricos, no es imprescindible un tratamiento previo con sulfasalazina.

Hasta ahora, los criterios ASAS para espondilitis que regían en pacientes menores de 45 años con dolor lumbar a partir de los tres meses, se definían con sacroilitis en imagen y una o más de las características de espondilitis, dolor lumbar inflamatorio, artritis, entesitis en talón, uveítis, dactilitis, psoriasis, enfermedad de Crohn-colitis ulcerosa, buena respuesta a AINEs, historia familiar para espondiloartritis, HLA-B27, PCR elevada.

O bien se definían con HLA-B27 y dos ó más características en espondilitis (sacroilitis en imagen), inflamación activa (aguda) en RM altamente sugestiva de sacroilitis asociada a espondilitis, y sacroilitis radiográfica definida según criterios de N.Y. modificados.

La discapacidad laboral afecta a más del 45% de los pacientes con artritis reumatoide

Más del 45% de los pacientes con artritis reumatoide en edad activa sufre discapacidad laboral moderada o grave, cerca del 35% presenta problemas laborales con bajas temporales o disminución de la productividad, y un 29% están jubilados a causa de la enfermedad.

Estos son los resultados del Estudio CaliRA, una iniciativa promovida por UCB Pharma dentro del Programa CompARte y que ha contado con la colaboración de la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis).

En el estudio han participado 828 pacientes y 76 investigadores de 36 centros hospitalarios españoles, con el fin de recabar información en relación a la calidad de vida, la productividad laboral y los costes en el manejo de la artritis reumatoide en pacientes con criterios de tratamiento con agentes biológicos. Se trata del mayor estudio epidemiológico de evaluación clínica y social realizado en España.

En este sentido, las dificultades o la incapacidad a las que se enfrentan los pacientes a la hora de realizar sus fun-

ciones diarias o sociales derivan, muchas veces, en un bajo estado de ánimo o en un cuadro de depresión. “Aproximadamente el 43% de los pacientes con artritis reumatoide tiene un bajo estado de ánimo y en torno al 7% se encuentra muy ansioso o deprimido”, asegura el Dr. Juan Ángel Jover, jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Clínico San Carlos de Madrid.

Asimismo, “el dolor es el otro factor principal que caracteriza a esta patología crónica y que influye negativamente en la calidad de vida del paciente”, afirma el médico.

El uso de medicamentos antimalaria reduce la mortalidad en pacientes con lupus

El uso de medicamentos antimalaria puede aumentar la supervivencia de enfermos de Lupus Eritematoso Sistémico, según un reporte de la revista *Arthritis & Rheumatism* publicado recientemente. Según los datos revelados por el estudio, durante

un seguimiento medio de 55 meses, el índice de mortalidad de los pacientes que no usaron este tipo de medicamentos fue de un 11,5 %, frente al 4,4 % de los pacientes que sí fueron medicados. Asimismo, los datos confirman que el índice de mortandad de los enfermos que usaron medicamentos antimalaria entre seis meses y dos años disminuyó un 38%.

El Dr. Bernardo A. Pons-Estel, del Hospital Provincial del Rosario, Argentina, corrobora la investigación previa, afirmando que este tipo de terapia “puede ayudar a prevenir los efectos del lupus y reducir el daño de la enfermedad”.

De esta forma, el estudio concluye que el uso de este tipo de medicamentos debe-

ría aplicarse a todos los pacientes de lupus, independientemente del grado de actividad de la enfermedad o de la duración de esta. Así lo avalan los resultados, que establecen un beneficio de esta medicación igualmente efectivo en todo tipo de pacientes.

Para identificar los efectos de estos fármacos en relación con la supervivencia al lupus, los investigadores examinaron características socio-demográficas, manifestaciones clínicas, criterios de clasificación, pruebas de laboratorio y variables de tratamiento en 1.480 pacientes pertenecientes al Grupo Latinoamericano de Estudio de Lupus (GLADEL), todos ellos enfermos de lupus durante al menos dos años.



Lupus Eritematoso Sistémico. Lesiones en dedos de vasculitis con aspecto livedoide.

El Gotoso de Francken II

Prof. Dr. Antonio Castillo-Ojugas
Presidente de Honor de la SER

Antiguo Jefe de Servicio de Reumatología del Hospital 12 de Octubre.
Profesor Emérito de Reumatología Universidad Complutense de Madrid.

Uno siempre ha tenido que trabajar muchas horas, por lo que la familia y las aficiones quedaban relegadas a los pocos ratos de descanso diario y a los fines de semana. Sin embargo, cuando llega la jubilación y se está en buena forma física y mental, hay infinitas ocasiones para realizar sueños que parecían imposibles durante la dura época de trabajo. Para mí, uno de ellos era visitar exposiciones de arte, galerías, inauguraciones, sesiones monográficas... Un certamen muy interesante que recomiendo es “Feriarte Madrid”, en el que se exponen más de doscientos anticuarios. Como resulta imposible visitarlos todos en una sesión (antes intentaba hacerlo y quedaba agotado) voy buscando un día relojes, otro día pintura del XIX, Art Decó... Sólo para ver, observar y gozar, aunque por desgracia nunca para comprar.

Dentro de la Feria, durante muchos años, uno de los mejores pabellones ha sido y es “Theotokópulos”, de los anticuarios Pedro Jiménez y María, ella especializada en pintura primitiva española y flamenca. Hace un par de años tenían expuesta una pequeña tabla de Francken II titulada “Vanitas”.

La pintura representaba a un anciano de buena posición económica, pues tenía en la mano una moneda de oro y tres más descansaban en la mesa junto a un par de papeles. Aparecía sentado, con el pie apoyado en un escaabel, hinchado y doloroso. A su lado, una momia o esqueleto tocaba el violín con los huesos flexionados, apoyándose sobre un reloj de arena. La



“Vanitas”. Alegoría del gotoso. Frans Francken II.
Galería de Arte Antigua Theotokópulos. Madrid.

calavera de la momia es expresiva, como queriendo inducir un mensaje de gravedad.

“En un estudio que hice hace cuatro años sobre la familia Medici, se detectaron dieciocho posibles casos de enfermos gotosos”

Al fondo de la habitación, hay un armario bajo y un estante con diversos objetos. Un capitel con aspecto de niño y en la pared, un cuadro redondo, tal vez de un animal en un paisaje visible. Más al fondo, en una segunda habitación con puerta al campo, quizá la muerte advierte al personaje su fin.

Indudablemente, el título “Vanitas”, se refiere a la ilusión del dinero, de la vida cómoda y fácil, a la vez que hace referencia a que todo puede acabar en un momento, cuando la muerte quiera (esta vez representada a través del esqueleto músico y avisándole desde la segunda estancia del cuadro). Pero



“Vanitas” también representa al triunfador, adinerado, lujosamente vestido y alhajado, empapado en sus negocios, haciendo poco caso a su pierna enferma.

Simbología

El esqueleto y el cadáver han sido empleados, desde siempre, como premonitorios de la muerte, tanto en símbolos literarios como artísticos. Como ejemplo, quiero recordar un par de casos de nuestro Museo del Prado.

Uno de ellos es “Las tres edades de la muerte” de Hans Baldung Grieg (1485-1545). En la pintura, la muerte lleva del brazo a una anciana demacrada, que a su vez quiere arrastrar a una mujer joven. Ambas están desnudas. En el suelo hay un niño dormido bajo la lanza rota de la Parca, queriendo significar su indiferencia ante el triunfo de la vida después de los esfuerzos y peligros que significa nacer.

En “El triunfo sobre la muerte” vemos un enfermo gotoso que tal vez fuera hipertenso

Este cuadro y su pareja, “La Armonía”, fueron trasladados junto a otras trescientas pinturas desde el Palacio Real al, por entonces, recién inaugurado entonces Museo del Prado, en 1823. Allí fueron colocados en una “Sala Reservada”, por el desnudo, hasta la muerte de Fernando VII en 1835.

Punto de vista médico

La otra obra maestra es “El Triunfo de la muerte”, de Peter Brueghel (1525-1565). En esta obra hay innumerables escenas premonatorias mientras que carretones con esqueletos avanzan hacia el Reino de la Muerte.

Es todo desolador. Se supone que Brueghel estuvo en Italia, concretamente en Sicilia, sin embargo no se sabe quién y cuándo compró el cuadro. Estaba en el Palacio de La Granja de San Ildefonso y pasó al Prado en 1827.

Nosotros, los médicos, vemos en este cuadro algo más allá del contenido moral. Vemos que el enfermo gotoso Francken II tal vez fuera hipertenso.

La hipertensión sobre una arterioesclerosis empeora la vascularización del riñón, con lo que aumenta la presión arterial, y con ello, las posibilidades de fallecer. Por otra parte, se elimina el ácido úrico en más cantidad si se toman fármacos uricosúricos y otra razón a tener en cuenta es si el paciente es alcohólico. Es importante señalar que la toma de sustancias encimáticas o básicas como el alopurinol han hecho disminuir notablemente la nefrolitiasis de los hiperuricémicos. En un estudio que hice hace cuatro años sobre la familia Medici, había dieciocho casos posibles de enfermos gotosos y de ellos, cuatro calculosos.

Frans Francken II

El artista Frans Francken II (Amberes 1581-1642), era hijo de Frans Francken, “El viejo”, y a su vez, padre de Frans Francken III. Será en 1628 cuando empiece a firmar como Frans Francken II, cuando se convierte en un pintor solicitadísimo por la clase pudiente flamenca. Creó entonces un amplio taller en el que trabajaban figuras como Jan Brueghel II, Neefs, Momper... Hay centenares de obras suyas distribuidas entre museos de todo el mundo, de las cuales diecisiete están en el Prado. Tiene un estilo ágil, de fácil dibujo y bellos colores.



“Las tres Edades y la Muerte”.
Hans Baldung Grieg. Museo del Prado.