



#### Entrevista

D. Jesús Pedroche

“Para aceptar la enfermedad y vivir con ella hay que entenderla”



#### Asociaciones

Día PAR

Primer encuentro de pacientes y reumatólogos

Ya se puede  
modificar su curso

# Espondilitis anquilosante



# ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA  
Y COMUNICACIÓN

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

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

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

Compruebe el estilo que nos caracteriza en [www.ibanezyplaza.com](http://www.ibanezyplaza.com)



**ibáñez & Plaza**

EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN

# Suscríbese a LOS Reumatismos

**LOS REUMATISMOS** es una revista de distribución gratuita. No obstante, **si Vd. desea asegurarse su recepción habitual** (4 números al año), puede suscribirse mediante una módica cantidad que incluye los gastos de envío. El importe de la suscripción varía según se trate de particulares o entidades/instituciones. Para formalizar la suscripción rellene el que corresponda de los dos boletines adjuntos, realice la transferencia y envíe el boletín de acuerdo con las instrucciones.

## LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Particulares

Apellidos ..... Nombre ..... NIF .....

Dirección ..... Población .....

Provincia ..... C.P. ....

Teléfono ..... Fax ..... E-mail .....

### Suscripción por 4 números

Números 4, 5, 6 y 7 ----- 10  
(ejemplares bimensuales)

Fecha: \_\_ / \_\_ / 200\_\_

Firmado:

### Forma de pago

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

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

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

## LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Empresas/Asociaciones

Denominación social ..... CIF .....

Actividad principal .....

Dirección ..... Población .....

Provincia ..... C.P. ....

Teléfono ..... Fax ..... E-mail .....

Persona de contacto ..... Cargo .....

### Suscripción por 4 números

Números 4, 5, 6 y 7 ----- 18  
(ejemplares bimensuales)

Fecha: \_\_ / \_\_ / 200\_\_

Firmado:

### Forma de pago

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

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

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



# XXX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología

## ¡BARCELONA OS ESPERA!

En nombre del Comité Organizador Local del XXX Congreso Nacional de la SER os invitamos a acudir al evento que se va a desarrollar en nuestra Ciudad, en mayo próximo. Estamos trabajando duro para que éste sea el mejor realizado hasta la fecha; lo que va a ser difícil debido al elevado nivel de los precedentes. El Comité Científico está velando para que la parte de su competencia mantenga los niveles de calidad alcanzados hasta el presente. En cuanto a los aspectos lúdico-sociales, en ningún caso desdeñables, esperamos que sean así mismo un éxito.

Ponderar, a estas alturas, las bondades de nuestra Ciudad nos parece innecesario, por lo que lo único que quisiéramos reiteraros es el deseo de que acudáis, nuevamente, a la cita anual de la reumatología española, en dónde esperamos poderos saludar y compartir unos días en agradable, cordial y sana convivencia.

Fins aviat!

**Josep Blanch i Rubió**  
Presidente del Comité Organizador Local  
XXX Congreso Nacional de la SER

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

**Editor:**

Dr. Jesús Tornero Molina

**Consejo Asesor:**

Dres. Eliseo Pascual Gómez, F. Javier Paulino Tevar, Pere Benito Ruiz, Jordi Carbonell Abelló

**Secretario de Redacción:**

Dr. José Rosas Gómez de Salazar

**Colaboradores:**

Dr. José Ivorra Cortés (H. de Onteniente, Valencia), y Dr. Santiago Muñoz Fernández (H. La Paz, Madrid)

[www.ser.es](http://www.ser.es)[www.ibanezyplaza.com](http://www.ibanezyplaza.com)**ibáñez & Plaza** Asociados, S. L.  
EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN**Coordinación Editorial,  
Diseño y Maquetación:**  
Ibáñez&Plaza AsociadosC/ Bravo Murillo, 81 (4º C)  
28003 Madrid  
Teléf.: 91 553 74 62  
Fax: 91 553 27 62  
[ediciones@ibanezyplaza.com](mailto:ediciones@ibanezyplaza.com)  
[losreumatismos@ibanezyplaza.com](mailto:losreumatismos@ibanezyplaza.com)**Redacción:**

Gabriel Plaza Molina, Carmen Salvador López, Pilar López García-Franco

**Dirección de Arte:**  
GPG**Publicidad:**

Ernesto Plaza Gajardo

**Administración:**

Concepción García García

**Impresión:**

Neografis S.L.

DEPÓSITO LEGAL M-42377-2003  
SOPORTE VÁLIDO SOLICITADO**Entidades que han colaborado con  
Los Reumatismos en este número:**

- Abbott ■ Bioibérica
- Ibáñez&Plaza ■ Fundación EspreV
- Kyphon ■ Schering Plough
- Wyeth ■ Zambón

# Una iniciativa ejemplar y un compromiso

**E**l primer encuentro entre reumatólogos y pacientes, iniciativa conjunta de la SER y la LIRE, ha sido una experiencia inédita coronada por el éxito. Esta jornada de acercamiento entre pacientes y especialistas sirvió también para aproximar los problemas de la reumatología, y muy concretamente de la artritis reumatoide y la espondilitis anquilosante, a la Administración sanitaria, que ha respondido al reto de manera positiva y esperanzadora.

La oferta de la ministra de Sanidad y Consumo, Ana Pastor, parece clara y contundente: compromiso de su Ministerio en seguir investigando sobre estas dos patologías, y al mismo tiempo incorporar al arsenal terapéutico los fármacos más innovadores, las terapias físicas que demuestren su utilidad y la mejor atención a los pacientes. Una declaración de intenciones que, cualquiera que sea el resultado de las urnas el próximo 14 de marzo, debe mantenerse desde la Administración, y cuyo cumplimiento habrán de exigir los colectivos implicados en las enfermedades reumáticas.

**“Aspiraciones legítimas”:  
información,  
diagnóstico precoz,  
acceso a los fármacos  
más convenientes y  
adecuada asistencia**

El pronunciamiento de la ministra viene a responder al documento de “diez aspiraciones legítimas” que se presentó también en el Día PAR. Un decálogo que a su vez puede condensarse en cuatro parámetros fundamentales: Información, diagnóstico precoz, acceso a los fármacos más convenientes y adecuada asistencia.

El tratamiento de las diversas patologías que conviven en el complejo mundo de la reumatología ha experimentado avances sustanciales en los últimos años.

Pero quizás el más cualitativo ha sido el progreso en el terreno de las terapias biológicas. En este sentido es elocuente y esclarecedor el testimonio de Jesús Pedroche Nieto, ex presidente de la Asamblea de Madrid y paciente de espondilitis, cuando afirma que “con los anti-TNF han desaparecido, y además rápidamente, el dolor y el cansancio”. Pero al mismo tiempo pone el dedo en la llaga del problema que supone la falta de información, que implica un retraso en el diagnóstico e inevitablemente un avance de la enfermedad: “De haber sido consciente de su gravedad, habría puesto más empeño en frenarla desde el principio”.

En ese mismo terreno de las espondiloartropatías, que reciben atención destacada en este número de “Los Reumatismos”, hay que subrayar la iniciativa de la SER de iniciar un Registro de Pacientes con el propósito de seguir de cerca la evolución de estos procesos y su respuesta a distintos fármacos.

**El Día PAR,  
encuentro entre  
especialistas y  
pacientes, ha  
obtenido de la  
Administración  
promesas  
esperanzadoras**

Publicación Oficial de la Sociedad Española de Reumatología

enero - febrero 2004  
N° 3 - AÑO 2

Ya se puede  
modificar su curso

# Espondilitis anquilosante

**Entrevista**  
D. Jesús Pedroche  
"Para aceptar la  
enfermedad y vivir  
con ella hay que  
entenderla"

**Asociaciones**  
Día PAR  
Primer encuentro  
de pacientes y  
reumatólogos

**Nuestra Portada**

Junto a la artritis reumatoide, la espondilitis anquilosante es una patología clave en la especialidad reumatológica. Así se subrayó en el día PAR, primer encuentro de pacientes y reumatólogos. Un paciente de renombre, D. Jesús Pedroche, ex presidente de la Asamblea de Madrid, testimonia la dolorosa peculiaridad de esta patología y el espectacular remedio que para ella están suponiendo las nuevas terapias biológicas. El problema y tratamiento actuales de la espondilitis anquilosante ilustran nuestra portada y protagonizan este número de **Los Reumatismos**.

**1** Editorial **Una iniciativa ejemplar y un compromiso** · El día PAR ha obtenido de la Administración promesas esperanzadoras

**3** Entrevista **D. Jesús Pedroche Nieto**  
Ex presidente de la Asamblea de Madrid  
Adaptarse a la espondilitis

**9** Reportaje **Espondilitis Anquilosante**  
... cuando las vértebras se sueldan  
**13** · Terapéutica actual de la espondilitis anquilosante

**20** Técnicas **Cifoplastia**  
Alivia el dolor y la deformidad de columna  
y puede realizarse de forma ambulatoria

**21** Documento **Condroprotección**  
La terapia condroprotectora, tratamiento  
de base en la artrosis

**26** Asociaciones **Día PAR**  
Primer encuentro de pacientes y  
reumatólogos

**29** Bibliografía Comentada **Dres. Rosas e Ivorra**  
Glucosamina y condroitín en artrosis ·  
Tendón de Aquiles · Tofos · Tabaco...

**35** Consultorio **Dres. Rosas e Ivorra**  
Problemas músculo-tendinosos ·  
Intolerancia a plantillas · Espondilitis

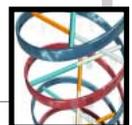
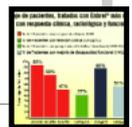
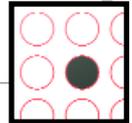
**37** Noticias **Terapias Biológicas**  
Etanercept más metotrexato · Diagnóstico  
precoz · Enfermedad crónica infantil ·  
Primer congreso de jóvenes reumáticos

**42** Humanidades **Prof. Dr. Castillo-Ojugas**  
La enfermedad pudo modificar el estilo  
artístico de Henri Matisse

**45** Firma Invitada **J. M<sup>a</sup> Fernández-Rúa**  
"Miopía Española"  
El desafío de descifrar el genoma humano...

**46** Recursos de reumatología en Internet  
**Reum@tismos:** Medslides · American  
College of Rheumatology · EreSalud.com · EA

**49** Boletín de suscripción  
**¡Suscríbase a Los Reumatismos  
para conseguir todos los números!**



D. JESÚS PEDROCHE NIETO  
EX PRESIDENTE DE LA ASAMBLEA DE MADRID

“Para aceptar la enfermedad y vivir con ella hay que entenderla”

Texto Carmen Salvador · Imagen: GPG



## D. Jesús Pedroche Nieto

a punto de cumplir los 43 años, el ex presidente de la Asamblea de Madrid asegura que ha encontrado la forma de **adaptarse**, pero sin ser derrotado, a la **espondilitis**, una enfermedad con la que lleva conviviendo varios años.

## “De haber sido consciente de su gravedad, habría puesto más empeño en frenarla desde el principio”

“Desde muy joven he tenido problemas reumáticos. Antes de los diez años ya me diagnosticaron una artritis juvenil, y he sufrido varios ingresos por inflamación de las articulaciones, en especial de las rodillas. Con los años me diagnosticaron espondilitis, que entonces no sabía lo que era. Ahora me produce cada vez más rigidez.”

Su andar y su postura delatan en parte la evolución de la enfermedad, debida a la rigidez de la columna. “Cuando me la diagnosticaron, me aconsejaron ‘lo tuyo es la natación’, pero como estaba mejor que ahora, no hice caso y fui capeando el temporal como pude, hasta que al cabo de tres o cuatro años me lo tomé en serio y desde entonces voy a natación casi todos los días. He notado los beneficios y gracias a ello tengo la enfermedad más controlada.”

Recuerda que no ha habido antecedentes en su familia, “al menos de espondilitis, aunque posiblemente sí los haya de otros procesos reumáticos, como en casi todas las familias”.

**-¿Ha observado si los síntomas de la enfermedad eran más intensos en momentos difíciles?**

-He notado más los efectos cuando llevo prisa, cuando estoy tenso por algún motivo... Entonces se me endurece el cuello, la parte de arriba de la columna...

**-Y eso en política debe de ser frecuente...**

-Creo que por esa razón la enfermedad me ha ayudado a cambiar, a

ser más tranquilo... Por supuesto que la sangre me hierve de vez en cuando, como a todo el mundo, pero trato de tomarme las situaciones de otra manera, de evitar los enfrentamientos... Esta enfermedad tiene sus pausas, sus ritmos. Cuando te haces con ella, la entiendes más, la aceptas, asumes que no puedes vencerla porque es más fuerte, pero puedes encontrar un “escape”, una “salida”, que te haga vivir con ella, sin derrumbarte, sin ser derrotado.

### MÁS TIEMPO PARA CUIDAR DE UNO MISMO

Jesús Pedroche fue consejero a la Presidencia con Gallardón durante cuatro años. “Llegó un momento en que la gestión me absorbía tanto tiempo que lo estaba escatimando a mi propio autocuidado. En un momento concreto dije “Hasta aquí hemos llegado”. Se celebraron las elecciones y volvió a ganar el PP. Gallardón, que es buen amigo, me dijo: “¿Qué quieres?”. Le respondí que irme a la Asamblea. Sabía que si me apeaba del caballo, si pasaba de la gestión a una dedicación más institucional, iba a tener más tiempo para mis ejercicios.”

Jesús, abogado de profesión, dice que ahora está buscando trabajo fuera del ámbito político. “Por el momento estoy en situación de disponible; quizás estoy encontrando más dificultades porque busco media jornada, precisamente para tener tiempo para cuidarme.”

**-¿Sus compañeros lo sabían?, ¿había algún trato especial?**

-Sí lo sabían. Estar enfermo no es

ningún deshonor, es ley natural; el asunto es que el dolor y los otros síntomas no se hagan contigo. Un amigo socialista me decía, “Jesús, si tu no tuvieras espondilitis, no serías tú”. En cuanto a recibir un trato especial, desde luego que no, y menos en política. Te dan toda la “caña” que pueden.

### FALTA DE INFORMACIÓN

**-¿Se ha preocupado alguna vez por informarse sobre la EA, conocer a otras personas con esta enfermedad o acudir a alguna asociación?**

-Nunca. He estado muy perdido y muy negativo en este asunto. Tengo un amigo en Burgos que también padece la enfermedad y es con el que intercambio comentarios. Ahora dice que va a crear una asociación allí y espero que lo haga.

**-¿Lo peor de la enfermedad?**

-Dormir mal por las noches. Te acuestas preocupado por algo y el efecto es peor. La vasculitis o el cansancio te debilitan y no puede hacer todo aquello que quisieras...

### “TENGO UN BUEN ESTÓMAGO”

Los antiinflamatorios, la natación y otros ejercicios han sido la base de su enfrentamiento a la enfermedad. “Durante muchos años he estado tomando antiinflamatorios a diario sin problemas, porque tengo un buen estómago, al que además le gustan la fabada y los callos.”

Curiosamente fue su adversario

**“Con los anti-TNF han desaparecido, y además rápidamente, el dolor y el cansancio”**

## “Además del dolor, la enfermedad te debilita y no puedes hacer todo lo que quieres”

político, el portavoz del PSOE en la Asamblea, Pedro Sabando, reumatólogo, quien le aconsejó que acudiese al doctor Carreño, en el Hospital Gregorio Marañón, para un

posible tratamiento con anti-TNF, un nombre que no termina de aprender. “Es un fármaco en forma de goteo que me administran cada dos meses y que me ha quitado

mucho dolor y cansancio”.

### -¿Fueron rápidos los efectos?

-Desde luego. Yo ahora mismo no tengo dolores. En una escala del 1 al 10, puedo estar en el 2-3, pero es que estaba en el 7-8. Ahora es otra cosa, es una pequeña molestia. Hace unos años cuando no había iniciado este tratamiento y estaba de pie en una recepción, a los 10 minutos estaba buscando un sitio donde sentarme; con este tratamiento, y no estoy exagerando, puedo pasar una hora de pie y a lo mejor estoy un poco más cansado que el resto, pero no mucho más. Aún sigo tomando un antiinflamatorio a diario, y tratando la vasculitis, que me suele afectar cada dos o tres meses. Además practico la natación en agua caliente, que es lo que más me relaja, y unos veinte minutos de ejercicios.

### HACER CASO AL MÉDICO

Jesús se considera un privilegiado. “Hay casos mucho peores que el mío. Las circunstancias de cada uno son distintas, a mi me gustaría curarme, es evidente, y si se pudiera, mañana mismo lo haría, pero me ha tocado y hay que asumirlo. Yo hago caso al médico, creo que estoy en las mejores manos y sigo el tratamiento, mis ejercicios, mi medicación...”

A pesar de su enfermedad, de la que sabe que no hay curación y que continúa evolucionando con el tiempo, para él lo más importante no es precisamente la salud. “Para mí lo más importante es mi relación con Dios, que lo condiciona todo, y antes que la salud también están la familia o el trabajo, entendido como hacer el bien a los demás.”





El síntoma más frecuente es el dolor lumbar, por trastornos de la mecánica normal de la columna

# Espondilitis anquilosante

## ...cuando las vértebras se sueldan

La espondilitis anquilosante es una enfermedad inflamatoria de la columna vertebral que afecta, generalmente, a personas jóvenes. Produce un dolor lumbar de características especiales, más intenso durante el reposo nocturno, acompañado, a veces, de artritis y de dolor en los puntos del esqueleto donde se fijan los tendones y ligamentos de los huesos. Los tratamientos actuales -fármacos, rehabilitación y gimnasia- permiten en la mayoría de los casos, controlar los síntomas y la evolución de la enfermedad.

La enfermedad aparece sobre todo en personas jóvenes, especialmente en varones entre los 15 y los 25 años. En algunos casos puede comenzar en la infancia y adolescencia, y afectar a las mujeres, aunque en estas últimas la enfermedad suele ser más leve y, por ello, muchas veces es más difícil de diagnosticar. Puede aparecer en personas sanas o en pacientes con una enfermedad en la piel, psoriasis, o enfermedades inflamatorias del intestino.

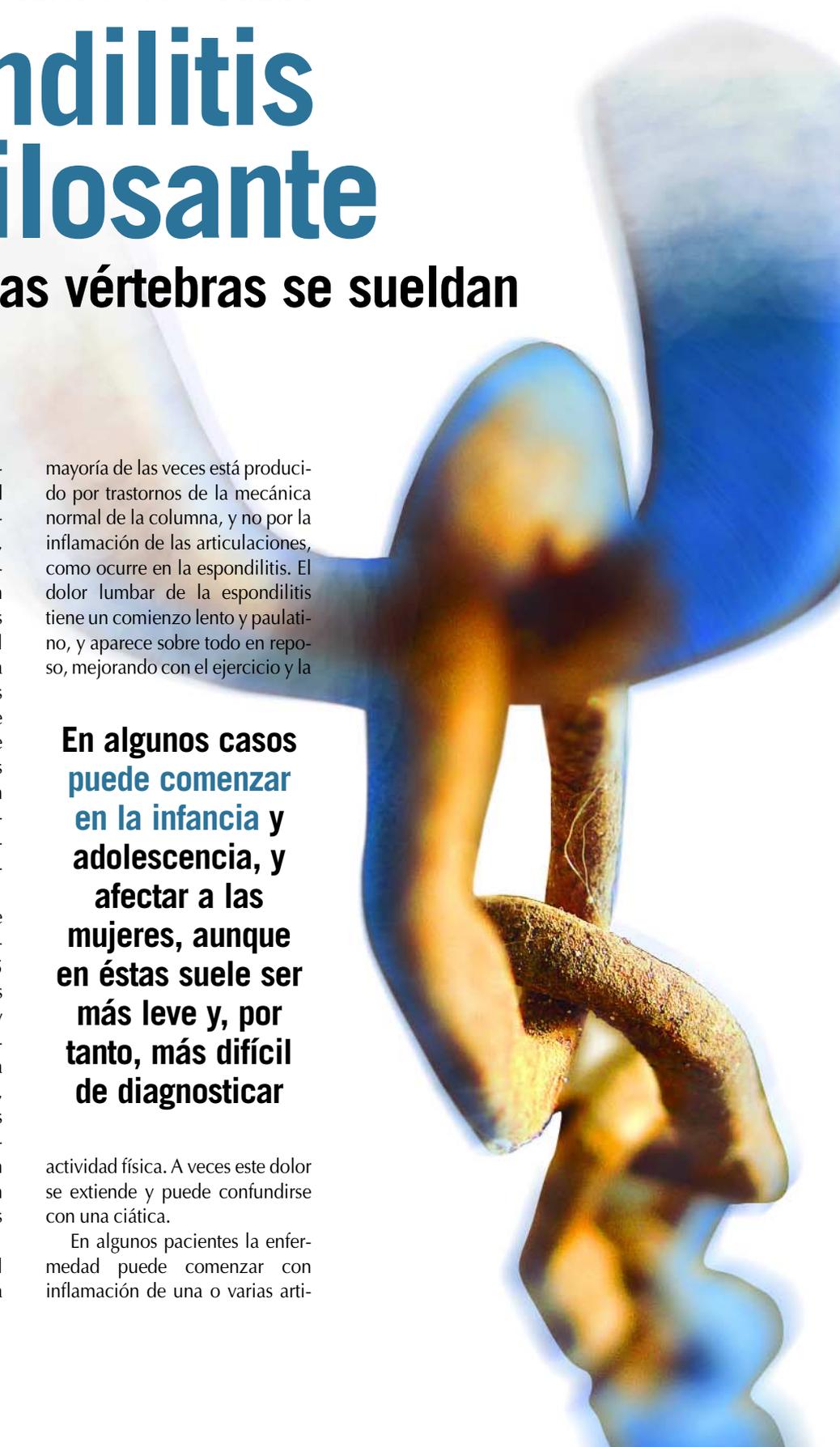
El síntoma más frecuente es el dolor lumbar, un dolor que la

mayoría de las veces está producido por trastornos de la mecánica normal de la columna, y no por la inflamación de las articulaciones, como ocurre en la espondilitis. El dolor lumbar de la espondilitis tiene un comienzo lento y paulatino, y aparece sobre todo en reposo, mejorando con el ejercicio y la

**En algunos casos puede comenzar en la infancia y adolescencia, y afectar a las mujeres, aunque en éstas suele ser más leve y, por tanto, más difícil de diagnosticar**

actividad física. A veces este dolor se extiende y puede confundirse con una ciática.

En algunos pacientes la enfermedad puede comenzar con inflamación de una o varias arti-



## El antígeno HLA-B27, presente en el 95% de los pacientes con espondilitis, posee variantes importantes, algunas asociadas con la enfermedad, pero otras no

culaciones: rodillas, tobillos, dedos del pie, o por dolor debido a la inflamación de aquellas zonas donde se fijan los ligamentos y tendones a los huesos, como el talón, el tendón de Aquiles...

### UNA DOLOROSA SOLDADURA

La palabra deriva del griego "spondylos", vértebra y "ankylos", soldadura. Existen 7 vértebras en la columna cervical, 12 en la dorsal y 5 vértebras lumbares, unidas entre sí por diferentes articulaciones y ligamentos. El sacro, a su vez, se une al resto de la pelvis, a través de unas articulaciones llamadas sacroilíacas. Precisamente en estas últimas es donde se inicia casi siempre la inflamación, extendiéndose hacia otras articulaciones. La enfermedad evoluciona lentamente, pero si no se trata, puede llegar a fusionar las vértebras entre sí, dejando la columna rígida, sin flexibilidad.

Afortunadamente, gracias sobre todo a la rehabilitación y la gimnasia, son muy pocos los enfermos con espondilitis anquilosante a los que se les sueldan todas las vértebras y quedan anquilosados y rígidos en su columna vertebral.

En su evolución produce ataque o brotes sucesivos de dolor lumbar, con o sin síntomas de artritis (en hombros, caderas, rodillas o tobillos) o de inflamación en los puntos de unión de tendones y ligamentos al hueso. En el tiempo que media entre ataque y ataque de la enfermedad, el paciente está libre de síntomas y puede realizar su vida familiar y laboral normal, excepto en aquellos pacientes a quienes afecte la cadera.

Existen otros síntomas fuera del aparato locomotor, sobre todo en la estructura del globo ocular, como es la uveítis. Raras veces pueden presentarse lesiones pulmonares o en las válvulas cardíacas. La inflamación y la pérdida de movilidad de las articulaciones de la caja torácica y de la columna dorsal pueden producir una rigidez y una disminución de la elasticidad del tórax, que repercute sobre la función de la respiración.

### MANIFESTACIONES TÍPICAS

■ **Sacroilíacas.** Es un dolor muy frecuente en los estadios iniciales. Se debe a la inflamación de las articulaciones sacroilíacas en la parte terminal de la columna vertebral,



### UN PROYECTO SER

## Registro de pacientes con espondiloartropatías

La SER ha comenzado un Registro de Pacientes con Espondiloartropatías, un grupo de enfermedades en las que se incluye espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, artritis asociadas a enfermedades inflamatorias

del intestino, artritis reactivas secundarias a determinadas infecciones... El objetivo de este registro es "hacer un seguimiento para ver cuál es la evolución de estos procesos en nuestro entorno y cuál es la respuesta a distin-

tos fármacos", señala el doctor Juan Mulero Mendoza, del hospital Puerta de Hierro de Madrid.

En una primera etapa, de un año de duración aproximadamente, participan nueve hospitales de varias Comunidades: Galicia, Asturias, Madrid, Cataluña, Andalucía..., con la

participación de unos 2.500 pacientes. Se trata de una iniciativa pionera: "hasta donde nosotros sabemos no se ha establecido de esta manera en ningún país".

Para hacer la base de datos se ha contado con una serie de elementos validados a nivel nacional, lo que hace



veces son la principal causa de molestias en los períodos iniciales de la enfermedad, y no suelen ser bilaterales. Las articulaciones afectadas son caderas, rodillas, tobillos, hombros, y en algunos casos también de tarso y metatarsfalángicas.

Tórax. Ante la tos y los estornudos aparece un dolor importante, los movimientos torácicos son cada vez menos amplios y, como consecuencia, el tórax se deforma y aplana.

Manifestaciones no articulares. Como la uveítis, un proceso que pueden padecer entre el 25-40% de los pacientes, cursa con mucho dolor ocular, acompañado de enrojecimiento, apareciendo también visión borrosa. La fibrosis pulmonar, afectaría fundamentalmente a los lóbulos superiores del pulmón. Se daría en fases avanzada de la enfermedad. También en estadios avanzados y enfermedad severa puede aparecer una insuficiencia aórtica, debido a la dilatación de la raíz aórtica.

#### DIAGNÓSTICO, PRESENCIA DEL ANTÍGENO HLA-B27

Las espondiloartropatías son un grupo heterogéneo de enfermedades -entre las que se encuentra la espondilitis anquilosante- de difícil clasificación, que comparte características clínicas, radiológicas, patogénicas y genéticas. La más importante es su asociación con el antígeno HLA-B27. Las personas que tienen en sus glóbulos blancos esta señal o marca poseen un riesgo mayor de padecer una espondiloartropatía (entre tres o cuatro veces superior que los que no son portadores de este gen). En nuestro país se calcula que entre el 6 y el 8% de la población tiene esta característica. Sin embargo, no todas las personas que presentan el anti-

## Las espondiloartropatías son un grupo heterogéneo de enfermedades -entre las que se encuentra la espondilitis anquilosante- de difícil clasificación

geno activado van a desarrollar la enfermedad, hay otros factores medioambientales que la desencadenan a edades tempranas. Alrededor de un 95% de las personas con espondilitis presentan el antígeno HLA-B27 (no al revés, es decir, no todas las personas con el antígeno van a padecer la enfermedad). Este antígeno, descubierto hace 27 años, y que se transmite por herencia, posee unas variantes importantes, algunas se asocian con la enfermedad y otras no.

Existen otros marcadores clínicos comunes en las espondiloartropatías: afectan al raquis axial, a las vértebras, a las articulaciones periféricas, a las inserciones de los tendones, y suelen acompañarse de manifestaciones extraarticulares, como la psoriasis cutánea, la enfermedad intestinal inflamatoria, la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. Hay otros pacientes que no tienen síntomas específicos.

#### CRITERIOS PARA UN DIAGNÓSTICO PRECOZ

Además de la presencia del antígeno HLA-B27 -pero no definitivo para desarrollar la

que los pacientes sean evaluados y seguidos de una manera muy estrecha. "Para ellos supone una gran seguridad y llevar un control muy exhaustivo".

El Registro, que contará con una segunda parte más larga en el tiempo, incluirá a todos aquellos hospitales que, con la misma estructu-

ra de la base de datos, quieran participar.

#### CARACTERÍSTICAS COMUNES

Los pacientes que participan en este Registro presentan una serie de características clínicas de espondiloartropatías, entre las que se incluyen afectación de las

articulaciones sacroilíacas, inflamación de articulaciones, como rodillas, tobillos..., inflamación de secciones de tendones y otras manifestaciones no articulares, como la uveítis, además del nexo común de todas ellas, el antígeno HLA-B27.

"Esperamos obtener datos de cuál es la realidad

en nuestro entorno sobre estas patologías, ver cuál es la evolución de algunos casos de grupos de pacientes indiferenciados y hacer un seguimiento de algunos subgrupos para ver la respuesta a determinados fármacos, de acuerdo con las propuestas del Grupo de Espondilitis de la SER."



**Factores de mal pronóstico son la artritis periférica (sobre todo de cadera), edad de inicio antes de los 16 años, el grado de limitación vertebral, o escasa respuesta a los antiinflamatorios**

enfermedad-, hay otros signos que pueden alertar de la enfermedad:

- Historia de dolor de espalda de carácter inflamatorio de tres meses de duración como mínimo, que mejora con el ejercicio y empeora con el reposo. Aparece antes de los 40 años.

- Rigidez matutina, limitación de los movimientos de la columna lumbar en los planos frontal y sagital.

- Limitación de las excursiones respiratorias en relación con los valores normales, teniendo en cuenta la edad y el sexo.

- Sacroileítis definida radiológicamente, y que puede ser bilateral.

Al inicio del diagnóstico puede ser más difícil diferenciar la espondilitis de la artritis reumatoide -ambas enfermedades pueden coexistir en algunos pacientes- o del resto de la familia de las espondiloartropatías. En la espondilitis puede observarse la progresión de la enfermedad a través de las vértebras. Factores de mal pronóstico son la artritis periférica (sobre todo de cadera), edad de inicio antes de los 16 años, el grado de limitación vertebral, o escasa respuesta a los antiinflamatorios.

#### SÍNTOMAS DE LA ENFERMEDAD

Dolor en la parte baja de la espalda que empeora en la noche, en la mañana o después de un período de inactividad.

- Movimientos limitados y rigidez en la parte baja de la espalda.

- Rigidez y dolor en la cadera.

- Expansión limitada del tórax.

- Rango limitado del movimiento, especialmente involucrando la columna y las caderas.

- Dolor articular e inflamación articular en los hombros, rodillas y tobillos.

- Encorvamiento crónico.

- Dolor en el cuello.

- Dolor en los talones.

- Fatiga.

- Inflamación en los ojos (uveítis).

#### MEDIDAS PREVENTIVAS BÁSICAS

Es necesario que el paciente con espondilitis anquilosante acepte las limitaciones para evitar una mala evolución de la enfermedad y mejorar su calidad de vida:

- Evitar malas posturas.

- No utilizar fajas o corsés que inmovilicen la columna.



**Al inicio del diagnóstico puede ser más difícil diferenciar la espondilitis de la artritis reumatoide. Ambas enfermedades pueden coexistir en algunos pacientes**

- No estar demasiado tiempo en la cama o sentado.

- No coger demasiado peso.

- No fumar para no perjudicar la función respiratoria.

- Darse una ducha matinal para relajar los músculos y aliviar la rigidez matutina.

- Hacer ejercicio físico moderado a diario, en especial aquellos que contribuyen a mejorar la función de la columna, como puede ser la natación; sin olvidar los ejercicios respiratorios.



EDUARDO COLLANTES ESTÉVEZ

PROFESOR TITULAR DE LA UNIVERSIDAD DE CÓRDOBA

JEFE DEL S. DE REUMATOLOGÍA DEL H. U. "REINA SOFÍA". CÓRDOBA

# Terapéutica actual de la espondilitis anquilosante

La espondiloartritis anquilosante es la enfermedad más prevalente y el prototipo del grupo de las espondiloartropatías (espondilitis anquilosante, artritis reactivas, artritis psoriásica, artritis de las enfermedades inflamatorias intestinales crónicas, un subgrupo de la artritis crónica

juvenil y espondiloartritis indiferenciadas). Como el resto de las enfermedades de esta familia, se caracteriza por la afectación inflamatoria preferente del esqueleto axial, principalmente las articulaciones sacroilíacas y columna vertebral, de las entesis, menos frecuentemente de las articulaciones periféricas y de manifestaciones extraarti-

culares como uveítis anterior aguda, lesiones mucocutáneas o fibrosis pulmonar. Patogénicamente la lesión primordial y más característica es la entesitis, a partir de la cual se desarrolla la respuesta inflamatoria crónica, que evoluciona hacia fibrosis y osificación y que conlleva a la anquilosis ósea, proceso que discurre paralelo al daño



estructural de columna (en todos los niveles) y de articulaciones sacroilíacas.

El tratamiento de las espondiloartropatías ha permanecido inalterado hasta la última década, aceptándose de un modo resignado que poco o nada se podía hacer por modificar el curso evolutivo de la enfermedad con las armas terapéuticas al uso; sin embargo, afortunadamente este fatalismo ha venido a transformarse en esperanza paralelamente al mayor conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad y, sobretodo, gracias a las nuevas terapias emergentes.

A pesar de que el abordaje terapéutico de la enfermedad debe realizarse a tres niveles simultáneos desde el momento del diagnóstico (farmacológico, físico y educativo), el contenido de este breve artículo se centrará sólo en el farmacológico.

#### TERAPÉUTICA FARMACOLÓGICA

Los objetivos son: control de la sintomatología (dolor y rigidez), control de la evolución del daño estructural (raquídeo, periférico y extraesquelético), mejora de la función (movilidad raquídea y articular) e incremento de la calidad de vida.

#### ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINES)

Una de las características que mejor identifican al grupo de las espondiloartropatías es la respuesta terapéutica, en especial su exquisita sensibilidad a la acción de los AINES; hasta tal punto que la misma forma parte de los Criterios de Clasificación de Espondiloartropatías de B. Amor: "mejoría evidente en las 48 horas siguientes al tratamiento con AINES o recaída al dolor tras dejar el tratamiento". En gran parte de los pacientes el tratamiento mantenido con AINES a dosis terapéuticas (existen evidencias por estudios clínico-terapéuticos de Indometacina, Butazolidina, Diclofenac, Aceclofenaco y Napro-

## Se sabe que los AINES son la base de tratamiento de la espondiloartritis anquilosante. Recientemente se ha demostrado la eficacia terapéutica de los Coxibs sobre el control de los síntomas

xeno) es suficiente para controlar el curso evolutivo del proceso.

Se sabe que los AINES son la base de tratamiento farmacológico de la espondiloartritis anquilosante. Recientemente, también, se ha demostrado la eficacia terapéutica de los Coxibs sobre el control de los síntomas.

Cuando los AINES (incluidos Coxibs) no son eficaces para controlar adecuadamente los síntomas, se habla de formas refractarias. Esta circunstancia puede ser observada en un subgrupo de pacientes (10-30%) en algunas fases del curso de la enfermedad. Aunque la definición de espondiloartropatía refractaria no está clara, se puede considerar así a las situaciones clínicas de los pacientes que mantienen signos y síntomas de actividad, clínica o biológica, inflamatoria a pesar de tomar dosis óptimas de al menos 3 o 4 AINES diferentes (tomados secuencialmente), durante un mínimo de 6 a 12 semanas cada uno.

#### TERAPIAS DE SEGUNDA LÍNEA

Para tales pacientes existe un limitado número de alternativas terapéuticas (drogas de segunda línea) que han mostrado mayor o menor efica-

cia en el control de la actividad de la enfermedad. Los resultados de los estudios que han evaluado los efectos de las drogas de segunda línea son difíciles de interpretar, dado que la mayoría no dan información relativa a la forma clínica de los pacientes incluidos en dichos estudios.

La Sulfasalazina es el único fármaco modificador de enfermedad que ha demostrado eficacia en algunos pacientes sobre todo en las formas clínicas axiales y poco eficaz en las formas periféricas. Respecto del Metotrexate los estudios disponibles avalan su eficacia en algunos pacientes con forma periférica; en general debe suspenderse tras seis meses si no se obtiene una respuesta adecuada. Otros fármacos recientemente repor-



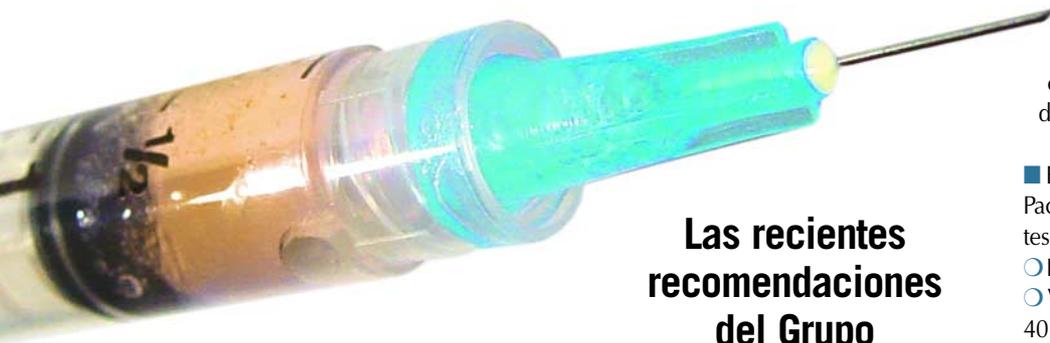
son Bifosfonatos y Talidomida, cuyos resultados sobre pocos pacientes sugieren un efecto favorable, aunque moderado, sobre los síntomas dolorosos y funcionales. Los datos no pueden ser considerados más que como preliminares y no permiten preconizar este tipo de tratamiento.

En definitiva, se puede asumir que existe un porcentaje no despreciable de enfermos de espondiloartritis (en cualquiera de sus formas clínicas: axial, periférica, entesítica o extraarticular) en los que las terapias ensayadas han sido escasamente efectivas y en los que la decisión terapéutica es difícil y muy variable: una encuesta reciente sobre pacientes con estas enfermedades revela que más del 50% de ellos no encuentran su enfermedad suficientemente controlada; en su

mayoría se trata de espondiloartritis anquilosante especialmente agresiva, artritis psoriásica o artritis de las enfermedades intestinales inflamatorias crónicas, a las que se han sugerido diversos tratamientos de fase activa (bolos de corticosteroides, Irradiación hemitotal u otras formas de irradiación) con resultados moderados cuando no escasos.

### AGENTES BIOLÓGICOS BLOQUEANTES DEL FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA (TNF- $\alpha$ )

Los agentes anti-TNF actualmente



disponibles (Infliximab y Etanercept) se presentan como las mejores alternativas terapéuticas en este grupo de enfermedades. Las expectativas tras los excelentes resultados publicados de los recientes estudios sobre la eficacia de ambos en diferentes espondiloartropatías han hecho vislumbrar, por vez primera, que se pueda contar con una terapéutica, quizá, modificadora de la enfermedad.

Desde los primeros resultados de los estudios clínicos abiertos y controlados se ha demostrado una drástica mejoría de los síntomas axiales, junto con el descenso espectacular de los reactantes de fase aguda de la inflamación (VSG y PCR), así como un efecto muy beneficioso sobre la sintomatología articular periférica, también sobre las entesitis e incluso en algunas manifestaciones extraarticulares (p.e. uveitis). La eficacia se manifestó precozmente en la mayoría de los pacientes y se mantiene,

como demuestran por ahora los estudios de extensión, al menos durante dos años

Sin embargo existen algunos factores limitantes del uso generalizado y precoz de estos agentes: su elevado coste, sus efectos secundarios y el desconocimiento de su manejo a medio y largo plazo, que obliga a un uso razonable de los anti-TNF- $\alpha$  en las espondiloartritis que incluye inicialmente una selección rigurosa de los pacientes candidatos a estas terapias y la definición de actividad clínica.

## Las recientes recomendaciones del Grupo ASAS para espondiloartritis suponen una buena guía para la prescripción de tratamientos biológicos

Las recientes recomendaciones del Grupo ASAS (para espondiloartritis anquilosante) suponen una buena guía para la prescripción de tratamientos biológicos en estos pacientes (se resumen en la tabla siguiente). Se distinguen tres grupos en función de su afectación clínica preferente:

#### ■ Formas Axiales:

○ Pacientes refractarios a AINEs (respuesta insuficiente al menos a 2 de ellos, utilizados a las dosis máximas toleradas) y al menos 3 de los 4

siguientes ítems:

- Valoración global del paciente  $\geq$  40 mm (EVA de 100) en la semana anterior
- Dolor inflamatorio (nocturno)  $\geq$  40 mm en la semana anterior.
- BASFI  $>$  40.
- PCR anormal o VSG  $>$  28 mm.

#### ■ Formas Periféricas:

- Pacientes refractarios a AINEs
- Y pacientes que presenten al menos una articulación inflamada
- Y pacientes que cumplan 2 de las 4 condiciones siguientes:
  - a) Valoración global del paciente  $\geq$  40 mm (EVA de 100) en la semana anterior.
  - b)  $\geq$  3 articulaciones dolorosas
  - c) BASFI  $>$  40.
  - d) PCR anormal o VSG  $>$  28 mm.

#### ■ Entesitis:

Pacientes que satisfagan las siguientes 5 condiciones:

- Pacientes refractarios a AINEs .
- Valoración global del paciente  $\geq$  40 mm (EVA de 100) en la semana anterior.
- Entesopatía dolorosa (al menos moderadamente) según escala de Likert.
- BASFI  $>$  40.
- Respuesta insuficiente al menos a dos inyecciones locales de corticoides.

Los abundantes y excelentes resultados terapéuticos obtenidos sobre diferentes grupos de pacientes hacen pensar que el tratamiento de las espondiloartropatías (especialmente espondiloartritis anquilosante) con Infliximab, Etanercept (y probablemente Adalimumab) controlará eficazmente la actividad inflamatoria de forma potente y mantenida, limitando así la capacidad destructiva (secuencia: entesitis, fibrosis, osificación) que acontece tras cada brote inflamatorio. liberando al paciente del dolor y la limitación, permitiendo mejorar la eficacia de los AINEs y facilitando la fisioterapia que deben realizar los pacientes.

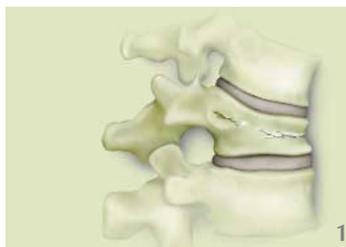
## CEMENTO ACRÍLICO PARA LAS FRACTURAS VERTEBRALES POR OSTEOPOROSIS

# La cifoplastia alivia el dolor y la deformidad de la columna (cifosis o joroba)

Puede realizarse de forma ambulatoria y con una cirugía mínimamente invasiva

La cifoplastia es una nueva técnica quirúrgica mínimamente invasiva, que se realiza de forma ambulatoria para aliviar el dolor de las fracturas vertebrales originadas por la osteoporosis o por esfuerzos y para restaurar la altura vertebral deformada por la cifosis o joroba.

La gran ventaja de la cifoplastia sobre técnicas anteriores como la vertebroplastia es que la cifoplastia permite la reducción de la fractura y la recuperación de la altura vertebral aplicando un cemento de alta viscosidad (muy espeso), lo que



## La cifoplastia permite la reducción de la fractura y la recuperación de la altura vertebral aplicando un cemento de alta viscosidad

además evita la salida de éste a zonas adyacentes, alejando de tal modo la posibilidad de complicaciones. "La gran diferencia entre la cifoplastia y el resto de las técnicas es la seguridad; es un método notablemente más seguro", opina al respecto el Dr. Nicomedes Fernández Baillo, del Servicio de Traumatología de la Clínica Moncloa.

El proceso de la técnica es el siguiente: antes de aplicar el cemento, y bajo control de rayos X, se introduce en el cuerpo vertebral un catéter terminado en un globo que se hincha para crear una cavidad. Seguidamente la cavidad se rellena con el cemento acrílico de alta viscosidad sin realizar apenas presión. El cemento adquiere su dureza máxima en

unos minutos, por lo que el paciente puede incorporarse de la cama a las pocas horas.

### LA OSTEOPOROSIS, CASI SIEMPRE IMPLICADA

La osteoporosis, con el debilitamiento de la estructura ósea que conlleva, suele estar implicada en la mayoría de las fracturas de la columna vertebral por compresión, debida a pequeños traumatismos (caídas, resbalones) o por los esfuerzos al coger un peso. "Un tercio de estas fracturas progresan con el tiempo y son causa de dolor crónico invalidante -señala el doctor Carlos Botella Asunción, neurocirujano del Hospital General Universitario de Alicante- Además, las vértebras adyacentes a la frac-



KYPLION

tura están sometidas a una sobrecarga excesiva, debido a la alteración biomecánica y tiene un riesgo cinco veces mayor de sufrir un colapso vertebral." Finalmente, señala el especialista, esta situación conduce a la deformidad cifótica de la espalda (joroba) y causa una elevada morbilidad en el anciano, depresión, pérdida de apetito, malnutrición y disminución de la función respiratoria.

A largo plazo lleva a un deterioro general progresivo y a un incremento de la mortalidad que puede llegar a ser hasta un 25% superior a las personas de la misma edad que no han padecido este problema.

## DOCUMENTO DE CONSENSO EN CONDROPROTECCIÓN

# La terapia condroprotectora: Tratamiento de base de la artrosis

El pasado mes de septiembre se presentó en Madrid el primer Documento de Consenso en Condroprotección, elaborado por Bioibérica Farma y patrocinado por la Sociedad Española de Reumatología, que establece por primera vez las bases sobre la eficacia de la terapia condroprotectora en la prevención y el tratamiento de la artrosis.

El Documento que un grupo de expertos médicos (reumatólogos, traumatólogos y farmacólogos) ha realizado, aúna criterios para establecer una definición clara de la condroprotección, un concepto novedoso que ya está liderando la pauta terapéutica del tratamiento de esta patología.

La aparición de sustancias condroprotectoras como el ácido hialurónico (500-730 kDa), el condroitín sulfato y el sulfato de glucosamina ha cambiado en los últimos años el escenario terapéutico de la artrosis. Si hasta entonces la terapia se centraba en paliar los síntomas sin evitar el proceso degenerativo de la articulación, con los condroprotectores se incide en el proceso de la enfermedad y se retrasa e incluso revierte su avance, todo ello con un perfil de seguridad mucho mejor porque no existen los clásicos efectos adversos de la terapia convencional, y la duración de su efecto es mayor (su eficacia se prolonga hasta meses después de la supresión del tratamiento).

Las evidencias clínicas demuestran que el sulfato

de glucosamina puede ser utilizado especialmente en la artrosis de rodilla, mientras que condroitín sulfato puede ser utilizado en pacientes con artrosis en una o más articulaciones (poliartrosis), demostrando su eficacia especialmente en artrosis de rodilla, dedos y cadera.

Bioibérica Farma, impulsor del Documento de Consenso, es el laboratorio farmacéutico investigador y productor del más amplio abanico de opciones en condroprotección y desarrolla mucopolisacáridos o glicosaminoglicanos, especialmente condroitín sulfato, sulfato de glucosamina y ácido hialurónico, que comercializa en España con los nombres de Condro-San®, Cartisorb® e Hyalgan®, respectivamente.

El presente documento establece las bases consensuadas con la Sociedad Española de Reumatología (SER) sobre la condroprotección como conjunto de acciones dirigidas a tratar de manera efectiva la patología artrósica y sobre los condroprotectores como fármacos utilizados en el tratamiento de dicha patología. La artrosis es la patología reumática más frecuente (con un índice del 43% de todas las enfermedades reumáticas) y representa la segunda causa de incapacidad permanente después de las enfermedades cardiovasculares, perdiéndose más jornadas laborales por la artrosis que por cáncer, tuberculosis y diabetes juntas. Es una patología que por su elevada prevalencia provoca un elevado coste socio-sanitario y económico en forma de dolor, limitación, consumo de medicamentos, recursos sanitarios y bajas laborales.

Durante mucho tiempo se ha hablado de si una sustancia puede o no modificar la patología artrósica y de si el concepto CONDROPROTECCIÓN es tan sólo una utopía.

Desde el punto de vista farmacológico, hasta hace poco tiempo no era demasiado difícil clasificar los

medicamentos usados en la terapéutica de la artrosis. Fundamentalmente se clasificaban en analgésicos y antiinflamatorios. (1) Pero la investigación realizada en farmacología básica y clínica ha permitido en los últimos años cambiar sustancialmente el escenario terapéutico en esta patología. Esto se debe, principalmente, a la aparición de algunos compuestos que están demostrando efectos beneficiosos sobre el cartílago articular.

Hoy en día, las sustancias consideradas eficaces en el tratamiento de la artrosis pueden clasificarse como sustancias de acción exclusivamente sintomática ya sea rápida (analgésicos/antiinflamatorios) o lenta (SYSADO-As) y sustancias de acción modificadora del curso de la enfermedad (2).

Al hablar de compuestos que pueden modificar el curso de la enfermedad artrósica nos referimos a los denominados genéricamente agentes condroprotectores (2). En la literatura anglosajona se les clasifica y denomina S/DMOAD (structure disease modifying osteoarthritis drug) o tan sólo structure-modifying (2,3). Este grupo incluye a aquellos agentes capaces de prevenir, retrasar, estabilizar, reparar y/o revertir las lesiones del cartílago y el hueso subcondral (2).

### ARTROSIS, FACTORES DE RIESGO

En cuanto a los factores de riesgo que se asocian con la A de rodilla se deben distinguir los que influyen en la incidencia de la enfermedad y los que influyen sobre la progresión de la A de rodilla.

Todos estos factores se pueden clasificar en dos grupos, aquellos que son susceptibles de modificación y aquellos que no lo son.

TABLA 1. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON PRESENCIA DE A. DE RODILLA

#### 1. Factores no modificables

- a. Genéticos
- b. Sexo
- c. Edad

#### 2. Factores modificables

- a. Obesidad (Índice de masa corporal, IMC > 30)
- b. Ocupación y actividad laboral
- c. Práctica de deporte profesional
- d. Alteraciones de la alineación (genu varum, valgum)
- e. Traumatismos previos sobre rodilla
- f. Fuerza del cuádriceps
- g. Densidad Mineral Ósea (DMO)
- h. Menopausia
- i. Tabaco

TABLA 2. FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON PROGRESIÓN DE A. DE RODILLA

- 1. Obesidad (IMC > 30)
- 2. Inestabilidad articular
- 3. Alteraciones de la alineación (genu varum o valgum)
- 4. Densidad Mineral Ósea (DMO)
- 5. Niveles de Vitamina D
- 6. Nódulos de Heberden

TABLA 3. FACTORES DE RIESGO PARA PADECER A. DE RODILLA

FACTOR DE RIESGO	Riesgo Relativo (IC del 95%) Hombres	Riesgo Relativo (IC del 95%) Mujeres	Riesgo Relativo (IC del 95%) Población	Referencia
Edad (Cada 5 años)	0,9 (0,5 - 1,6)	1,3 (0,9 - 1,7)		Felson DT, et al.4
Sexo femenino			2,1 (1,4 - 3,4) 1,8 (1,1,1 CE 3,1)	Carmona L.5
IMC > 30			18,3 (5,1 - 65,1) 2,2 (1,4 - 3,3) *	Cooper C, et al.6 Carmona L.5
Incremento IMC (5 U)	1,0 (0,5 - 2,1)	1,8 (1,2 - 2,6)		Felson DT, et al.4
Reducción Peso 5 kg	0,9 (0,5 - 1,5)	1,6 (1,2 - 2,3)		Felson DT, et al.4
Debilidad cuádriceps (cada 8 kg)			0,8 (0,71 - 0,90)	Slemenda C, Brandt KD, et al.7
Osteoporosis			1,5 (0,9 - 2,5)	Carmona L.5
Lesión previa de rodilla	12,1(3,4-42,5)	7,6 (3,8 - 15,2)	4,8 (1,0 - 24,1) 2,95 (1,35 - 6,45)*	Cooper C, et al.6 *Gelber AC, et al.8
Jugador Fútbol	1,3 (0,6 - 2,8)		1,3 (0,6 - 2,8)	Lau EC, et al.9 *Kujala UM, et al.10
Actividad Física intensa > 4 horas	1,53 (0,42 - 5,56)*	2,03 (1,03-3,99)*	7,0 (2,4 - 20)	McAlindon TE, et al.11 *Manninen P, et al.12
Caminar > 2 horas	2,2 (1,4 - 3,5)			Lau EC, et al.9
Cuclillas > 1 h/día	1,2 (0,7 - 2,0)			Lau EC, et al.9
Arrodillarse > 1h/día	1,4 (0,7 - 3,0)			Lau EC, et al.9
Bajar > 15 tramos	1,4 (0,7 - 3,0)			Lau EC, et al.9

TABLA 4. FACTORES DE RIESGO PARA LA PROGRESIÓN DE LA A. DE RODILLA

FACTOR DE RIESGO	Riesgo Relativo (IC del 95%)	Referencia
Dolor de Rodilla	2,4 (0,7 -8,0)	Cooper C, et al.6
Nódulos de Heberden	2,0 (0,7 - 5,7)	Cooper C, et al.6
Genu Varum	4,09 (2,2 - 7,6)	
Genu Valgus	4,89 (2,13 - 11,20)	
25-OH Vit D	2,9 (1,0 - 8,3)	McAlindon TE, et al.13
Niveles altos Vitamina C	0,3 (0,1 - 0,8)	McAlindon TE, et al.13
Dolor de Rodilla	2,4 (0,7 - 8,0)	Cooper C, et al.6

### MEDIDAS PARA VALORAR EL EFECTO CONDROPROTECTOR DE UN FÁRMACO

La medida validada internacionalmente es la radiografía mediante imagen digitalizada para calcular el espacio intrarticular. En concreto para medir la interlínea de la rodilla una buena alternativa es la radiografía en posición de Schuss (20% flexión).

Otras formas de medir la condrotección, no validadas todavía, incluyen la resonancia magnética nuclear (RMN), la ecografía, etc.

### CONDROPROTECCIÓN Y CONDROPROTECTORES

La condrotección es el conjunto de acciones dirigidas a prevenir,

retrasar, estabilizar o incluso reparar o revertir las lesiones del cartílago y/o del hueso subcondral. (14)

Un condroprotector es aquel tratamiento capaz de prevenir, retrasar o incluso reparar las lesiones del cartílago artroscópico humano. (2)

### ASPECTOS DE LA CONDROPROTECCIÓN

La condrotección puede ir dirigida u orientada a:

- Prevención
  - Protección del cartílago antes de su deterioro.
- Tratamiento
  - Disminución de la velocidad de deterioro.
  - Disminución del dolor y mejora

de la rigidez y la movilidad articular (tratamiento sintomático).

- Regeneración del cartílago dañado.

### LA TERAPIA CONDROPROTECTORA EN EL ARSENAL TERAPÉUTICO DE LA ARTROSIS

La terapia condroprotectora debería ser el tratamiento de base de la artrosis (tanto en su prevención como en la artrosis instaurada)

El tratamiento sintomático de la artrosis (Analgésicos, AINEs y SYSADOA) es necesario y debería complementar la terapia condroprotectora.

En este sentido, los condroprotectores deberían ser capaces de controlar la sintomatología.

### Escenarios para valorar la indicación de tratamiento condroprotector

1. SINTOMÁTICO	FACTORES DE RIESGO SI	RX GRADO II/III
2. SINTOMÁTICO	FACTORES DE RIESGO NO	RX GRADO II/III
3. SINTOMÁTICO	FACTORES DE RIESGO SÍ	RX GRADO 0/I
4. SINTOMÁTICO	FACTORES DE RIESGO NO	RX GRADO 0/I
5. ASINTOMÁTICO	FACTORES DE RIESGO SI	RX GRADO II/III
6. ASINTOMÁTICO	FACTORES DE RIESGO NO	RX GRADO II/III
7. ASINTOMÁTICO	FACTORES DE RIESGO SI	RX GRADO 0/I
8. ASINTOMÁTICO	FACTORES DE RIESGO NO	RX GRADO 0/I

### PACIENTES

Los pacientes susceptibles de recibir tratamiento farmacológico condroprotector para prevenir la artrosis son todos los que tienen factores de riesgo de padecer esta patología.

Los pacientes susceptibles de recibir tratamiento farmacológico condroprotector para tratar la artrosis son todos los diagnosticados de dicha patología.

Teniendo en cuenta 3 variables (sintomatología, factores de riesgo y radiología) se pueden plantear teóricamente 8 diferentes escenarios en los que se debe analizar si existe evidencia suficiente para indicar el tratamiento condroprotector.

### Bibliografía

1. Huskinson E.C., Donnelly S.M. Editorial: Hyaluronic acid in osteoarthritis. *European Journal of Rheumatology and Inflammation* 1995; 15 (1): 1-2.
2. Lequesne M., et al. Guidelines for testing slow acting drugs in osteoarthritis. *J. Rheumatol* 1994; 21 (Suppl. 41): 65-71.
3. Lequesne M. G. Symptomatic slow acting drugs in osteoarthritis: a novel therapeutic concept? *Rev Rhum (Eng/Ed)* 1994; 61: 69-73.
4. Felson DT, Lawrence RC, Dieppe PA, Hirsch R, Helmick CG, Jordan JM, Kington RS, Lane NE, Nevitt MC, Zhang Y, Sowers MF, McAlindon T, Spector TD, Poole AR, Yanovski SZ, Ateshian G, Sharma L, Buckwalter JA, Brandt KD, Fries JF. Osteoarthritis: New Insights: Part 1: The Disease and Its Risk Factors. *Ann Intern Med* 2000; 133(8): 635-46.
5. Carmona L. Artrosis. Estudio EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española. Madrid: MSD y Sociedad Española de Reumatología; 2001. 61-75.
6. Cooper C, Snow S, McAlindon TE, Kellingray S, Stuart B, Coggon D, Dieppe PA. Risk factors for the incidence and progression of radiographic knee osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 2000; 43(5): 995-1000
7. Slemenda C, Brandt KD, Heilman DK, Mazzuca S, Braunstein EM, Katz BP, Wolinsky FD. Quadriceps weakness and osteoarthritis of the knee. *Ann Intern Med* 1997; 127(2):97-104.
8. Gelber AC, Hochberg MC, Mead LA, Wang NY, Wigley FM, Klag MJ. Joint injury in young adults and risk for subsequent knee and hip osteoarthritis. *Ann Intern Med* 2000; 133(5): 321-8.
9. Lau EC, Cooper C, Lam D, Chan VNH, Tsang KK, Sham A. Factors Associated with Osteoarthritis of the Hip and Knee in Hong Kong Chinese: Obesity, Joint Injury, and Occupational Activities. *Am. J. Epidemiol* 2000; 152(9): 855-62.
10. Kujala UM, Kettunen J, Paananen H, Aalto T, Battie MC, Impivaara O, Videman T, Sarna S. Knee osteoarthritis in former runners, soccer players, weight lifters, and shooters. *Arthritis Rheum* 1995; 38:539-46.
11. McAlindon TE, Wilson PW, Aliabadi P, Weissman B, Felson DT. Level of physical activity and the risk of radiographic and symptomatic knee osteoarthritis in the elderly: the Framingham study. *Am J Med* 1999; 106(2): 151-7.
12. Manninen P, Heliövaara M, Riihimäki H, Suoma-Janien O. Physical workload and the risk of severe knee osteoarthritis. *Scand J Work Environ Health* 2002; 28(1): 25-32.

## FÁRMACOS

Los recientes ensayos clínicos que se han realizado para confirmar el potencial efecto condroprotector o modificador del curso de la artrosis de algunos fármacos sugieren que el sulfato de glucosamina y la diacereina podrían frenar la destrucción del cartílago articular en la artrosis de rodilla y cadera respectivamente (15-17).

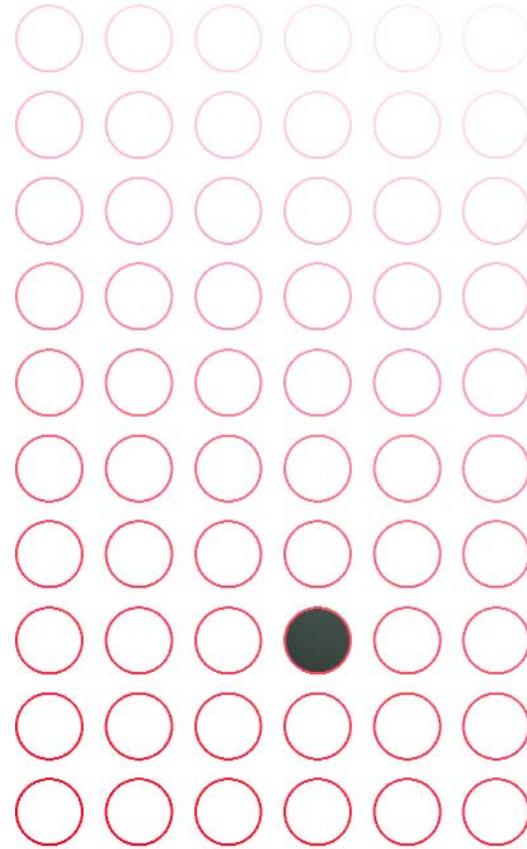
También recientes ensayos clínicos apoyan la teoría de que el ácido hialurónico (500-730 kDa) puede frenar la destrucción del cartílago en pacientes afectados de artrosis de rodilla y el condroitín sulfato en artrosis de rodilla y dedos (18-24). Es decir, si se confirman estos resultados, podrían calificarse como tratamiento modificador de la artrosis (DMOAD-CONDROPROTECTOR).

■ La eficacia en el control de la sintomatología y la seguridad que

demuestran sustancias como el ácido hialurónico (500-730 kDa), el condroitín sulfato o el sulfato de glucosamina apoyan la hipótesis de que estos fármacos pueden suponer una mejora de la calidad de vida de los pacientes artrósicos, con la consecuente reducción del coste que representa la artrosis en nuestra sociedad.

■ El condroitín sulfato puede ser utilizado en pacientes con artrosis en una o más articulaciones (poliartritis) por su efecto sintomático. Hay evidencias clínicas de eficacia y seguridad con este fármaco especialmente en artrosis de rodilla, dedos y cadera.

■ El sulfato de glucosamina puede ser utilizado en pacientes con artrosis de rodilla por su efecto sintomático. Hay evidencias clínicas de eficacia y seguridad con este fármaco especialmente en artrosis de rodilla.



Documento patrocinado por:  
Sociedad Española de Reumatología



## Grupo de expertos que han colaborado y aprobado el Documento de Consenso

### C. Alegre de Miquel

Jefe de Sección. Servicio de Reumatología Hospital Vall d'Hebron. Barcelona

### Fco. J. Blanco García

Coordinador Unidad de Investigación. Servicio de Reumatología Complejo Hospital Juan Canalejo. La Coruña

### J. Calvo Catalá

Jefe de Servicio. Servicio de Reumatología H. General Universitario. Valencia

### J. Carbonell Abelló

Jefe de Servicio. Servicio de Reumatología Hospital del Mar. Barcelona  
Presidente de la SER

### E. Collantes Estevez

Servicio de Reumatología Hospital Reina Sofía. Córdoba

### M. Figueroa Pedrosa

Jefe de Reumatología Hospital Nuestra Sra. de Aránzazu. San Sebastián, Guipuzcoa

### J.J. García Borrás

Jefe de Servicio de Reumatología. Hospital La Fe. Valencia

### Fdo. Gómez Castresana

Cirujano. Traumatólogo Centro Traumatología GOCASBE. Madrid Ex-presidente de la SECOT

### J. Honorato Pérez

Jefe de departamento. Dpt. Farmacología Clínica de Navarra. Pamplona, Navarra

### J.L. Marengo de la Fuente

Jefe de Sección. Servicio de Reumatología Hospital Nuestra Sra de Valme. Sevilla

### A. Pérez-Caballer Pérez

Jefe de Servicio de Urgencias. Traumatólogo Clínica La Milagrosa. Madrid  
Ex-secretario de la SECOT

### J. Vergés Milano

Dtor. Médico y Científico. Farmacólogo Laboratorios Bioibérica Farma

- McAlindon TE, Felson DT, Zhang Y, Hannan MT, Aliabadi P, Weissman B, et al. Relation of dietary intake and serum levels of vitamin D to progression of osteoarthritis of the knee among participants in the Framingham study. *Ann Intern Med* 1996;125: 353-9.
- Altman R, Brandt K, Hochberg M, et al. Design and conduct of clinical trials of patients with osteoarthritis: recommendations from a task force of the OARS. *Osteoarthritis Cart* 1996; 4: 217-243.
- Reginster J.Y. et al. Long-term effects of glucosamine sulphate on osteoarthritis progression: a randomised, placebo-controlled clinical trial. *The Lancet* 2001, 357 (9252): 251-256.
- Pavelka K, et al. Glucosamine sulfate use and delay of progression of knee osteoarthritis. *Arch Intern Med* 2002, 162:2113-2123.
- Pelletier JP et al. Efficacy and safety of diacerein in osteoarthritis of the knee. *Arthritis Rheum* 2000, 43 (10): 2339-2348.
- Listrat et al. Evaluación artroscópica de la actividad potencial del ácido hialurónico (Hyalgan®) para modificar la estructura en la osteoartritis de rodilla. *Osteoarthritis and Cartilage* (1997) 5, 153-60.
- Jubb RW et al. Structure modifying study of hyaluronan (500-730 kDa, Hyalgan®) on osteoarthritis of the knee. *Osteoarthritis and Cartilage* 2001, 9 (Supplement B), PP44: S16.
- Uebelhart D., Thonar E. J.-M. A., Delmas P.D., Chantraine A. and Vignon E.. Effects of oral chondroitin sulfate on the progression of the knee osteoarthritis: a pilot study. "Chondroitin Sulfate: Update in Osteoarthritis". *Osteoarthritis and Cartilage*: (1998) 6, (Supplement A): 39-46.
- Verbruggen G., Goemaere S. and Veys E. M. Chondroitin sulfate: S/DMOAD (structure/disease modifying anti-osteoarthritis drug) in the treatment of finger joint OA. "Chondroitin Sulfate: Update in Osteoarthritis". *Osteoarthritis and Cartilage*: (1998) 6, (Supplement A): 37-38.
- Uebelhart D Oral Chondroitin 4&6 Sulfate in knee osteoarthritis: effects of a cyclic administration over 1 year. *Ann Rheum Dis* (Abstracts 1999), 1229:288.
- Michel B, et al. Oral chondroitin sulfate in knee OA patients: radiographic outcomes of a two-year prospective study. *Osteoarthritis Cart* 2001, 9 (Supplement B), S68:LA2.
- Verbruggen G. et al. Systems to assess the progression of finger joint osteoarthritis and the effects of disease modifying osteoarthritis drugs. *Clinical Rheumatology* 2002, 21 (3): 231-241.

# Día PAR:

## primer encuentro de pacientes y reumatólogos

La jornada conjunta entre reumatólogos y pacientes a nivel nacional, celebrada el 29 de noviembre de 2003, resultó una experiencia muy positiva para ambas partes. Esta iniciativa de la SER y la LIRE tenía como objetivo sensibilizar a todo el país sobre dos de las patologías inflamatorias clave en la especialidad, y de gran relevancia por su posible gravedad, como son la artritis reumatoide y la espondilitis anquilosante.

La jornada -única en el mundo- consistió en un acto descentralizado en múltiples puntos de España conectados por Internet. Se inició con los mensajes del doctor Jordi Carbonell, presidente de la SER; del doctor Javier Paulino, presidente de la LIRE, y de la Ministra de Sanidad, Ana Pastor. Se difundió el documento "diez aspiraciones legítimas", que trata de resumir cómo debería realizarse

por la SER denominada "los reumatólogos quieren saber", que posteriormente se procesará y se publicará.

También en cada sede local se plantearon preguntas realizadas por las asociaciones y ligas de pacientes bajo el lema "los pacientes quieren saber". Según el doctor Santiago Muñoz, secretario técnico de la LIRE, se están procesando cientos de preguntas realizadas por los pacientes y sus asociaciones.

pueda redactar las respuestas a estas preguntas".

Según este representante de la LIRE, "estamos convencidos de que el acto, que ha llevado más de seis meses de preparación, ha valido la pena y ha contribuido a iniciar un camino hasta ahora no explorado de unión entre objetivos de los pacientes, con su entorno social, y los reumatólogos".

### **"EL DOLOR CRÓNICO SUPONE UNA SEVERA CARGA"**

En su discurso la ministra de Sanidad, Ana Pastor, señaló que el Sistema Nacional de Salud "brinda hoy en día opciones de tratamiento cada vez mayores, tanto en los tratamientos farmacológicos, como en el resto de los tratamientos físicos, quirúrgicos y mantenimiento de líneas de investigación. Somos todos conscientes de que el dolor crónico supone una severa carga para quien lo sufre y quienes le rodean".

Según la ministra, "un compromiso de nuestro ministerio es el esfuerzo por seguir investigan-

**"Se ha iniciado un camino, hasta ahora no explorado, de unión entre objetivos de los pacientes, con su entorno social, y los reumatólogos" (Dr. Santiago Muñoz, secretario técnico de la LIRE)**

una asistencia sanitaria integral a los pacientes con estas enfermedades. Durante el resto de la jornada se realizaron sesiones en cada sede local para que los pacientes realizaran una encuesta diseñada

"Se tiene la intención de formar un equipo multidisciplinar de reumatólogos, médicos de atención primaria, abogados, representantes de la administración sanitaria y de las asociaciones de pacientes, que

do sobre la AR y la EA, incorporando a nuestro arsenal terapéutico los fármacos más innovadores para todos los ciudadanos españoles, las terapias físicas que demuestren su utilidad y la mejor atención a las personas afectadas por estas patologías". "Quiero resaltar -añadió- que las ayudas del Ministerio de Sanidad y Consumo a la investigación sobre esta especialidad se materializan en más de 71 proyectos financiados por el FIS (Fondo de Investigaciones Sanitarias) en el periodo 1997-2002 con importe de 2.900.000 euros en la constitución de una red temática específi-

**Es necesario revisar el número de especialistas reumatólogos, así como su distribución en el estado español, con objeto de garantizar la atención sanitaria a estos pacientes en condiciones óptimas**

ca de investigación cooperativa y en reumatología."

Destacó también el compromiso del Ministerio "en apoyar y fomentar cuantas medidas de educación sanitaria se puedan promover desde los diferentes sectores afectados, como la que están llevando a cabo hoy la SER y la LIRE, con la celebración de este primer encuentro y otras actividades que están realizando".

**DIEZ ASPIRACIONES LEGÍTIMAS**

**1** ■ Todo paciente con una enfermedad articular inflamatoria debe ser considerado sujeto en riesgo de desarrollar enfermedad progresiva,

Ana Pastor:

**"Compromiso de nuestro ministerio es el esfuerzo por seguir investigando sobre la AR y la EA, incorporando a nuestro arsenal terapéutico los fármacos más innovadores, las terapias físicas que demuestren su utilidad y la mejor atención"**



**La mejora de la calidad de vida del paciente reumático debe ser el objetivo prioritario de todos los agentes que participan en su asistencia**



Ana Pastor ha prometido un firme compromiso con la reumatología.

por lo que debe ser diagnosticado y tratado en fase precoz, con independencia de la edad a la que aparezca la enfermedad.

**2** ■ El paciente con artritis reumatoide o espondiloartropatía tiene derecho a una atención integral (reumatológica, psicológica y fisioterapéutica) en la medida en que su afección lo requiera. Dicha atención debería estar consensuada entre las sociedades científicas, las asociaciones de pacientes y las administraciones sanitarias.

**3** ■ Para el diagnóstico precoz, el médico de cabecera debe disponer de un reumatólogo de referencia con accesibilidad y coordinación suficientes.

**4** ■ Es necesario revisar el número de reumatólogos y su distribución en el estado español para garantizar la atención sanitaria a estos pacientes en condiciones óptimas.

**5** ■ La gestión de las listas de espera es fundamental en la atención a los pacientes crónicos reumáticos, sobre todo en lo que se

refiere a su pronóstico y a la disponibilidad de medios para llevar a cabo evaluaciones periódicas con la frecuencia adecuada.

**6** ■ Los pacientes tienen derecho a ser informados de forma veraz, clara y concisa, y en un lenguaje comprensible de forma oral y escrita sobre la enfermedad y su tratamiento.

**7** ■ El paciente debe conocer su enfermedad e involucrarse de forma activa en su tratamiento.

Es necesario crear una conciencia social sobre los reumatismos inflamatorios.

**8** ■ Las asociaciones de pacientes son fundamentales en el tratamiento de las esferas psicológica y social, por lo que deben ser potenciadas y respaldadas por parte de los profesionales de la salud y las administraciones.

**9** ■ Las administraciones deben contemplar las enfermedades reumáticas de la misma forma que otras patologías crónicas.

**10** ■ La mejora de la calidad de vida del paciente reumático debe ser el objetivo prioritario de todos los agentes que participan en su asistencia.

Día  
pacer

DR. JOSÉ CARLOS ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR  
SECCIÓN REUMATOLOGÍA. H. MARINA BAIXA. VILLAJOSYA. ALICANTE  
DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS  
SECCIÓN REUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE ONTENIENTE. VALENCIA

Fotos: Banco de Imágenes de la SER

# Bibliografía Comentada



- GLUCOSAMINA Y CONDROITÍN EN ARTROSIS DE RODILLA
- QUINOLONAS Y ROTURA DEL TENDÓN DE AQUILES
- TRATAMIENTO HIPOURICEMIANTE EN TOFOS
- ARTROSIS, LESIONES MENISCALES Y RESONANCIA MAGNÉTICA
- TABACO Y RIESGO DE ARTRITIS
- TABACO Y LUPUS

## ARTROSIS

### La glucosamina y el condroitín son eficaces para el tratamiento de la artrosis de rodilla

RICHY F, BRUYERE O, ETHGEN O, CUCHERAT M, HENROTIN Y, REGINSTER JY. EFICACIA DE LA GLUCOSAMINA Y EL CONDROITÍN EN LA ARTROSIS DE RODILLA.  
*Arch Intern Med* 2005;165:1514-1522.

El **objetivo** del estudio fue evaluar la eficacia del sulfato de glucosamina y del condroitín sulfato por vía oral, frente a placebo, mediante meta-análisis sobre los efectos en el espacio articular, índice de Lequesne y de WOMAC, escala visual análoga del dolor y escala visual de movilidad articular, seguridad y respuesta al tratamiento.

**Resultados.** De más de 500 estudios inicialmente detectados, sólo 15 cumplían todos los criterios de inclusión en el meta-análisis. Incluían 1.020 pacientes tratados con sulfato de glucosamina y 755 con condroitín sulfato. El sulfato de glucosamina (1.500 mg diarios durante al menos 3 años) demostró ser efectivo en todos los parámetros analizados, tanto estructurales (mejoría del espacio articular) como referente a síntomas, en los pacientes con artrosis de rodilla. El condroitín sulfato demostró ser efectivo en los parámetros del índice de Lequesne, escala visual análoga del dolor y de la movilidad articular. Ambos fueron fárma-

cos muy seguros con apenas efectos secundarios. Sin embargo, no hubo buena correlación entre los cambios en la radiología y la mejora de los síntomas del dolor.

Las **conclusiones** del estudio fueron que el tratamiento con de sulfato de glucosamina fue eficaz para la mejoría a nivel del espacio articular. Ambos fármacos fueron eficaces para mejorar los síntomas de la artrosis de rodillas.

La artrosis es la enfermedad osteoarticular más frecuente. Su tratamiento ha sido habitualmente paliativo, basado generalmente en medidas educativas (pérdida de peso en las personas obesas, ejercicio, etc), analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y en ocasiones cirugía. En los últimos años, parte de la investigación sobre artrosis se ha dirigido hacia la búsqueda de fármacos que puedan alterar o disminuir la progresión de la enfermedad, denominados fármacos modificadores de la enfermedad. Los más relevantes, hasta el momento son el sulfato de glucosamina y el condroitín sulfato. Ambos son componentes del cartílago articular.

Este meta-análisis corrobora los estudios (algunos muy recientes) que señalan que ambos fármacos disminuyen los síntomas de la artrosis de rodilla, incluso en poco tiempo (algunos trabajos en 2 semanas) y por tanto pueden disminuir el consumo de AINEs. Los datos a nivel estructural mejoran con el uso de sulfato de glucosamina.

Dr José Rosas

## TALÓN DE AQUILES

### Quinolonas y riesgo de rotura del tendón de Aquiles

**EL RIESGO DE ROTURAS DEL TENDÓN DE AQUILES AUMENTA CON LA UTILIZACIÓN DE QUINOLONAS, SOBRE TODO EN PACIENTES TRATADOS CON CORTICOSTEROIDES.**

*Van der Linden PD, Sturkenboom MCJM, Herings MRC, et al. Arch Intern Med. 2003; 163:1801-1807.*

Aunque se han comunicado casos de rotura del tendón de Aquiles asociados a la utilización de quinolonas los datos epidemiológicos son escasos. Por ello los autores realizan un estudio retrospectivo de casos y controles utilizando una base de datos (General Practice Research Database del Reino Unido) que abarca el periodo de 1988 a 1998. Como casos se incluyeron aquellos pacientes diagnosticados de rotura del tendón de Aquiles y se tuviese acceso a la historia clínica durante los 18 meses anteriores. Los controles fueron 50000 pacientes asignados de forma aleatoria con historia clínica accesible durante los 18 meses anteriores a su inclusión.

Los **resultados** muestran que 1367 pacientes presentaron rotura del tendón de Aquiles. La odds ratio ajustada fue de 4,3 (intervalo de confianza (IC) al 95%, 2,4-7,8) para los pacientes que finalizaron el tratamiento con quinolonas en los 30 días previos a la rotura, 2,4 (IC al 95%, 1,5-3,7) cuando el tratamiento finalizó entre los 30 y 180 días anteriores a la rotura y 1,4 (IC al 95%, 0,9-2,1) para la exposición entre 180 días y 18 meses.

Cuando se analizó el grupo con tratamiento más reciente se observó un riesgo de rotura del 6,4 (IC al 95%, 3-13,7) en pacientes de 60 a 79 años y del 20,4 (IC al 95%, 4,6-90,1) en los pacientes con más de 80 años. En el grupo de personas de más de 60 años la odds ratio fue de 28,4 (IC del 95%, 7-115,3) para la exposición a ofloxacino y de 3,6 (IC del 95%, 1,4-9,1) y 14,2 (IC del 95%, 1,6-128,6) para ciprofloxacino y norfloxacino respectivamente. Se calculó que entre el 2% y el 6% de las roturas del tendón de Aquiles en personas de más de 60 años se podrían atribuir a las quinolonas. En pacientes de más de 60 años tratados conjuntamente con corticoides y quinolonas el riesgo de rotura fue de 17,5 (IC al 95%, 5,0-60,9).

Los autores **concluyen** que el tratamiento con quinolonas se asocia a un mayor riesgo de rotura del tendón de Aquiles, sobre todo en pacientes con más de 60 años y en especial los tratados de forma concomitante con corticoides.

La causa más importante asociada a rotura del tendón de Aquiles es la práctica de determinados deportes, sobre todo aquellos que conlleven saltos y aceleraciones rápidas. En la literatura médica se han comunicado otras múltiples

circunstancias parecen aumentar el riesgo de rotura del tendón de Aquiles. Entre ellas destacan el trasplante de órganos, la insuficiencia renal terminal, hemodiálisis, artritis reumatoide, artrosis, gota, lupus eritematoso sistémico, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, síndrome de Reiter, polimialgia reumática, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, diabetes mellitus y tratamiento con corticoides sistémicos.

Las quinolonas son un grupo de antibióticos que por su comodidad de administración oral y su amplio espectro se utilizan con mucha frecuencia para el tratamiento de infecciones urinarias y respiratorias, cuya frecuencia aumenta en los pacientes ancianos. La rotura del tendón de Aquiles asociada a la ingesta de quinolonas es un hecho conocido, pero se dispone de escasos estudios epidemiológicos que



lo corrobore. En el presente trabajo se estima que entre un 2% y un 6% de las roturas en pacientes mayores de 60 años serían atribuibles a las quinolonas. Es una cifra moderada, sobre todo teniendo en cuenta que el riesgo absoluto de rotura del tendón de Aquiles para este grupo de edad se sitúa entre 3,5 y 5,5 casos por 100000 personas-año. Su importancia estriba en la incapacidad que produce, más que en su incidencia.

Al ser un estudio retrospectivo los resultados del presente trabajo deben tomarse con cautela, sin embargo, sí que deben hacernos utilizar con precaución las quinolonas en pacientes ancianos sobre todo si utilizan concomitantemente corticoides. El riesgo no es igual para todas las quinolonas, siendo mayor para el ofloxacino. Por otra parte las dosis elevadas parecen aumentar el riesgo de rotura, en cambio no hay relación con la duración del tratamiento.

Al menos en el grupo de pacientes de mayor riesgo (ancianos tratados con corticoides) deberíamos buscar una alternativa a las quinolonas, en especial al ofloxacino. Por último debemos recordar que el periodo de mayor riesgo llega hasta los 30 días después de haber concluido el tratamiento.

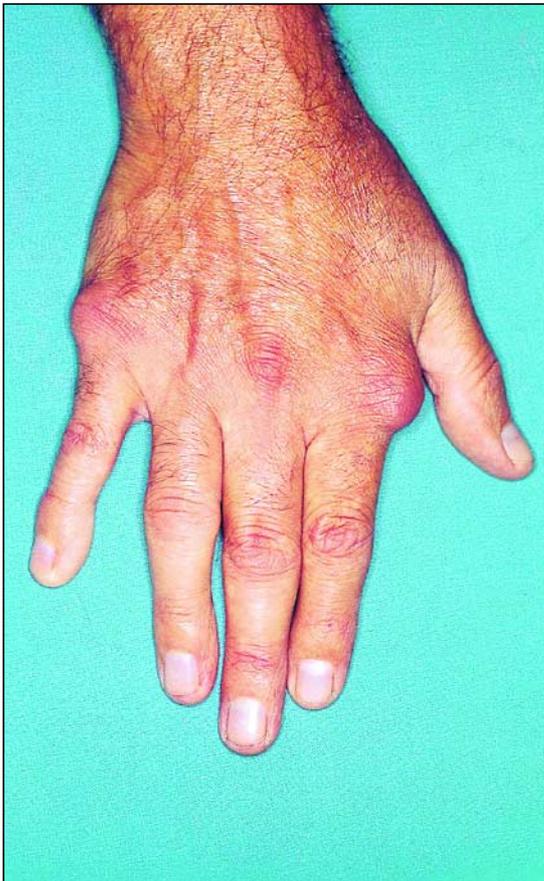
José Ivorra

## GOTA

## La desaparición de los tofos es posible con el tratamiento hipouricemiante

EFFECTO DEL TRATAMIENTO CON HIPOURICEMIANTES EN LA VELOCIDAD DE REDUCCIÓN DEL TAMAÑO DE LOS TOFOS EN LA GOTA CRÓNICA.

Pérez Ruiz F, Calabozo M, Pijoan JJ, et al. *Arthritis Care and Research* 2002;47:356-360.



El **nivel óptimo** de urato sérico necesario para la eliminación de los depósitos tisulares de urato monosódico en pacientes con gota crónica es controvertido. Este estudio observacional y prospectivo, evalúa en 63 pacientes la relación entre el nivel de urato sérico durante el tratamiento y la velocidad de la reducción del tamaño de los tofos en los pacientes con gota tofácea, que fueron tratados con alopurinol, benzobromarona o ambos fármacos.

**Resultados.** Los pacientes que tomaban benzobromarona aislada o en combinación con alopurinol alcanzaron una velocidad mayor de reducción del tamaño del tofo que los que tomaban sólo alopurinol. La velocidad de reducción

del tamaño del tofo se relacionó con el nivel medio de urato sérico durante el tratamiento. Los que alcanzaban un nivel menor de urato sérico eran los que presentaban una mayor velocidad de reducción del tamaño del tofo.

La conclusión principal fue que el alopurinol y benzobromarona son igualmente efectivos cuando se alcanzan niveles óptimos de urato sérico durante el tratamiento. El tratamiento combinado puede ser de utilidad en pacientes que no consiguen suficiente reducción de los niveles séricos de urato con uno de los fármacos.

Se conoce que alrededor del 30% de los pacientes con gota no tratada desarrollarán tofos en 5 años. Aunque no existe consenso en la necesidad de tratar con hipouricemiantes a todos los pacientes con gota aguda, sí que se aconseja tratar a todos los pacientes con tofos o que presenten artropatía crónica. Algunos autores aconsejan que para prevenir ataques de gota y para movilizar los depósitos tisulares de urato, el nivel sérico de ácido úrico debe mantenerse < 6 mg/dl en pacientes con gota crónica y < 5 mg/dl en pacientes con gota tofácea.

Este excelente trabajo del grupo de Pérez Ruiz aporta datos sobre la relación entre el nivel sérico de ácido úrico durante el tratamiento con hipouricemiantes y la velocidad de reducción de los depósitos tisulares de urato, en la "increíble escasa evidencia" de las decisiones en la práctica clínica en la gota.

La asignación de los fármacos en este trabajo se realizó con criterios clínicos y no aleatorizada: alopurinol (rango: 150-600 mg/día), benzobromarona (rango: 75-200 mg/día), alopurinol (300 mg/día) + benzobromarona (50 mg/día). La mayoría de los pacientes recibían colchicina profiláctica (0.5 mg/día si el aclaramiento de creatinina era < 50 ml/minuto, 1 mg/día si era > 50 ml/min) hasta alcanzar 6 meses sin ataques de gota.

Merece la pena señalar diversos datos generales de los resultados del estudio que no aparecen reseñados en el resumen del trabajo. El 95% de los pacientes eran varones, con una edad media de 58 años (rango: 35-74 años), con una media de 12 años de síntomas.

El diámetro medio de los tofos estudiados o diana fue de 19 mm (rango: 5-61 mm). El 71% de los pacientes presentaba datos radiológicos de artropatía crónica. El nivel medio de ácido úrico sérico fue de 9 mg/dl (rango: 6.1-12.9). Llama la atención que el 33% de los pacientes sufrieron ataques de gota durante el tratamiento.

Los pacientes tratados con alopurinol tardaron más tiempo en la desaparición de los tofos. Aunque la velocidad de disminución del nivel sérico de urato fue mayor con tratamiento combinado no hubo diferencias significativas al compararlo con el uso de fármacos aislados. Es probable que sea debido a que la dosis de benzobromarona en el tratamiento combinado es de 50 mg diarios y en el tratamiento como fármaco único es de 100 mg diarios.

**Dr. J. Rosas**

## ARTROSIS

## Artrosis de rodilla: poca relevancia clínica en las lesiones meniscales observadas por resonancia magnética

IMPORTANCIA CLÍNICA DE LAS ROTURAS MENISCALES DETECTADAS POR RESONANCIA MAGNÉTICA EN PACIENTES CON ARTROSIS DE RODILLA.

*Bhattacharyya T, Gale D, Dewire P et al. J Bone Joint Surg Br 2003; 85-A: 4-9.*

Los autores pretenden investigar la frecuencia de roturas meniscales en pacientes con artrosis y valorar la importancia clínica de las mismas. Para ello realizaron una resonancia magnética a 154 pacientes, con síntomas y radiografía (osteofitos) compatibles con artrosis de rodilla. La media de edad de este grupo fue de 65 años, los varones tenían todos más de 45 años y las mujeres más de 50 años. El grupo control lo formaron 49 personas que no presentaban clínica de artrosis de rodillas, su edad media era de 67 años.

En el 76 % de las personas sin molestias se detectaron roturas en los meniscos medial o lateral. En los pacientes con artrosis de rodilla esta cifra ascendió al 91 % ( $p < 0,005$ ). En este grupo de pacientes con artrosis, la presencia de lesiones meniscales se relacionaba con un mayor grado de alteraciones radiológicas medidas por el método de Kellgren-Lawrence ( $r = 0,26$ ,  $p < 0,001$ ). Los pacientes varones presentaron más lesiones en el menisco que las mujeres ( $p < 0,01$ ). Sin embargo los pacientes con artrosis con lesiones en el menisco no presentaron más dolor ni más discapacidad medida por la escala de WOMAC que los pacientes que no tenían lesiones. El estudio se diseñó para detectar cambios en la escala visual de dolor de 16 mm y en la escala de WOMAC de 15 puntos con una probabilidad del 80%.

Las **conclusiones** fueron que tanto las personas mayores sin dolor como los pacientes con artrosis presentan una alta frecuencia de lesiones meniscales cuando se realiza una resonancia magnética. Sin embargo, su detección no parece tener demasiada relevancia clínica. Por ello no se aconseja la realización rutinaria de resonancia magnética, en pacientes con artrosis, para investigar la posibilidad de lesiones meniscales asociadas.

El presente trabajo aporta **datos relevantes** para la práctica clínica. Nos muestra cómo la resonancia magnética, que ha constituido una gran revolución en las técnicas diagnósticas por imagen, tiene poca especificidad en algunos casos, y siempre debe realizarse tras una buena historia clínica y exploración que orienten el diagnóstico. Ejemplos de esta situación ya los teníamos, por ejemplo, cuando



se detectan hernias discales en sujetos asintomáticos. En el presente estudio 3 de cada 4 personas asintomáticas de un grupo de edad media de 65 años presentan lesiones en el menisco. Además los pacientes con artrosis y lesiones meniscales no presentan más dolor que aquellos que no las tienen. Si estos datos se confirman, se pone en duda la utilidad de la resonancia magnética para decidir una actitud terapéutica basada en la presencia de lesiones en el menisco en personas ancianas con artrosis.

Existen **otras causas** de dolor en pacientes con artrosis, como la presencia de cuerpos libres, osteonecrosis, osteocondritis y lesiones en ligamentos en las que la resonancia magnética podría ser útil. Sería interesante conocer la prevalencia de estas lesiones en pacientes con artrosis.

José Ivorra

## TABACO Y ARTRITIS

### El tabaco aumenta el riesgo de padecer artritis reumatoide.

**P STOLT, BENGSTSSON C, NORDMARK B, ET AL Y EL GRUPO DE INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA ARTRITIS REUMATOIDE (EIRA). CUANTIFICACIÓN DE LA INFLUENCIA DEL TABACO SOBRE LA ARTRITIS REUMATOIDE: RESULTADOS DE UN ESTUDIO POBLACIONAL DE CASOS Y CONTROLES.**

*Ann Rheum Dis 2003;62:835-841.*

El **objetivo** del estudio fue cuantificar la influencia del tabaco en el riesgo de desarrollar artritis reumatoide (AR), mediante un cuestionario sobre datos epidemiológicos generales y de exposición ambiental acerca del tiempo y grado de consumo de tabaco.

La **población** de estudio comprendía a pacientes con diagnóstico nuevo (incidente) de AR en una población del



sur de Suecia, de entre 18 a 70 años, durante los años 1996 a 2000, con participación de 18 centros. Para cada caso de AR se seleccionó un sujeto control sin AR, de forma randomizada procedente de una base de datos poblacional general. Como posibles factores de confusión en la población estudiada, se tuvieron en cuenta: edad, área de residencia, estado socioeconómico, índice de masa corporal, número de embarazos y uso de anticonceptivos orales. Se exigió consentimiento informado para ambos grupos.

**Resultados.** Se investigaron 679 casos de AR y 847 controles. En los fumadores activos y también para los ex-fumadores de ambos sexos, se evidenció mayor riesgo para padecer AR factor reumatoide positivo (riesgo relativo: 1.7 -Intervalo Confianza: 1.2-2.3- en mujeres, 1.9 -Intervalo Confianza: 1-3.5 en varones). El aumento del riesgo se demostró en sujetos que hubieran fumado al menos durante 20 años y con una intensidad de 6 a 9 cigarrillos diarios, permaneciendo el riesgo durante 10 a 19 años después de cesar el consumo (riesgo relativo: 1.5). Por otra parte, el riesgo aumentaba al incrementarse la cantidad acumulativa de tabaco.

La **conclusión** del estudio fue que los sujetos fumadores, de ambos sexos, tienen mayor riesgo de desarrollar AR, exclusivamente con factor reumatoide positivo. El aumento del riesgo ocurre después de una larga exposición al tabaco. Sin embargo, el riesgo puede permanecer durante varios años después de cesar el consumo.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta al 0.5% de la población española (aproximadamente 200.000 personas), que predomina en el sexo femenino. Si bien en los últimos años se ha avanzado en el conocimiento de los mecanismos inmunogenéticos implicados, se conocen pocos datos sobre factores ambientales que puedan influir en su aparición o desarrollo. Recientemente, algunos estudios de cohortes señalan que la AR puede predominar entre sujetos fumadores.

La **importancia** de este estudio de casos y controles, radica en que apoya la asociación de un factor ambiental - consumo de tabaco - y la aparición de AR, incluso años después de abandonar su consumo: en 20 años, el riesgo de padecer AR llega a multiplicarse por tres, con un consumo menor de los 20 cigarrillos diarios, sin embargo se multiplica por dos entre 10 a 19 años. Todos los datos se mantienen para ambos sexos.

Si bien, se desconocen los mecanismos que expliquen este aumento del riesgo en los fumadores, se piensa en una posible interacción genética y el tabaco. Sería aconsejable la difusión de estos resultados de este estudio dado que la AR es una enfermedad frecuente, hoy en día incurable y que puede provocar incapacidad entre los pacientes que la padecen.

Dr. José Rosas

**TABACO Y LUPUS****El tabaco aumenta la actividad del lupus sistémico****TABACO Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.**

*Ghaussy NO, Sibbitt WL, Bankhurst AD, Qualls CR. J Rheumatol 2003;30:1215-1221.*

El **objetivo** del estudio fue conocer el efecto del tabaco sobre la actividad de la enfermedad y el daño en órganos en pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). En 111 pacientes diagnosticados de LES, entre 18 a 65 años de edad, se evaluaron variables clínicas, epidemiológicas y demográficas, incluyendo el consumo de tabaco actual o anterior, mediante un cuestionario. La actividad del LES se midió mediante el Índice de Actividad de la Enfermedad para el LES (SLEDAI). El daño acumulativo de órganos se evaluó mediante un índice aceptado por la Sociedad Americana de Reumatología (SLICC/ACR).

En los pacientes fumadores activos se demostraron diferencias significativas más elevadas ( $p < 0.001$ ) en los índices de SLEDAI ( $15.6 + 7.8$ ) que en los pacientes ex-fumadores ( $9.63 + 6.0$ ) y no fumadores ( $9.03 + 5.7$ ). Esta asociación se mantuvo ( $p = 0.001$ ) después de ajustar para todas las covariables: etnia, nivel de estudios, ingesta de alcohol, edad actual, edad de comienzo y duración del LES y tratamiento con hidroxiquina. Por otra parte, entre los fumadores activos se demostraron mayores índices ( $p = 0.003$ ) de los componentes neurológicos y no neurológicos del SLEDAI. No se encontraron diferencias significativas en el SLICC/ACR, entre los grupos, aunque existía una mayor tendencia a presentar peor entre los fumadores activos.

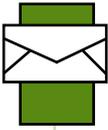
**Conclusiones:** El tabaco se asocia con un incremento de la actividad del LES. Estos datos establecen la asociación del LES con el tabaco y aconsejan que los pacientes con LES deberían evitarlo.

EL LES es una de las enfermedades del colágeno más frecuentes, con una incidencia de 2 a 4 casos nuevos por 100.000 habitantes y una prevalencia entre 25 a 45 por 100.000 habitantes. Aunque su patogenia es desconocida, además de factores hormonales, genéticos e infecciosos, se reconocen factores ambientales como algunos fármacos o la luz ultravioleta. Algunos estudios recientes apuntan a que puede existir relación entre el tabaco y la prevalencia del LES, y entre el grupo de fumadores un aumento en la frecuencia de diversas complicaciones (lupus discoide, fenómeno de Raynaud, hipertensión pulmonar, cardiopatía isquémica), e incluso una menor eficacia de la hidroxiquina.

En este trabajo se demuestra, que los pacientes fumadores con LES presentan mayores índices de actividad de la enfermedad que los pacientes que no fuman o que son ex-fumadores. Sin embargo, no se demuestra mayor daño acumulativo en órganos. Se piensa que son las diversas sustancias químicas del tabaco las que pueden alterar el DNA o los linfocitos B y/o T, en pacientes genéticamente predispuestos.

Estudios como este deberían ayudar a los pacientes con LES a abandonar el hábito tabáquico y evitar factores que pueden contribuir a empeorar la enfermedad.

**Dr. José Rosas**



DR. JOSÉ CARLOS ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR  
SECCIÓN REUMATOLOGÍA. H. MARINA BAIXA. VILLAJYOSA. ALICANTE  
DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS  
SECCIÓN REUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE ONTENIENTE. VALENCIA

## Utilidad de las infiltraciones en problemas musculotendinosos

Tengo 46 años y trabajo reponiendo productos en un supermercado. Desde hace 4 meses me molesta el hombro derecho, sobre todo cuando tengo que colocar los productos en las estanterías más altas. En el último mes he notado cómo el dolor me impide levantar bien el brazo, por lo que he acudido al médico de empresa. Tras examinarme me ha solicitado unas radiografías y creo que una ecografía, pero me ha adelantado que quizás tenga que infiltrarme con cortisona. Los compañeros me dicen que la cortisona tiene muchos problemas y que ellos no se infiltrarían. Además parece que no solucionan el problema de forma definitiva, sólo alivian temporalmente. ¿Cuál es su opinión?

S. Álvarez. Sevilla.

Las infiltraciones con corticoides son un tratamiento muy útil y rápido para solucionar algunos problemas de los músculos, tendones, ligamentos, bursas y articulaciones. Tal es el caso de tendinitis, bursitis, dolores musculares localizados o determinadas artritis.

Las infiltraciones tienen

menos efectos secundarios que la cortisona utilizada, por ejemplo, en pastillas por vía oral en tratamientos largos. Al actuar directamente en el punto doloroso, pueden realizarse tratamientos con dosis menores y los posibles efectos negativos a nivel general disminuyen.

Evidentemente deben ejecutarse por médicos con experiencia, no sólo en su realización sino también en el diagnóstico de los problemas musculoesqueléticos. En estas condiciones muchas veces se consigue un alivio total del problema, que puede ser definitivo. En ocasiones se necesita repetir las infiltraciones para conseguir el resultado deseado. Como cualquier tratamiento, puede no ser eficaz en todos los casos, y si tras tres infiltraciones no se obtiene la mejoría deseada, deben considerarse otros tratamientos.

Los efectos secundarios más frecuentes ocurren a nivel local y son reacciones inflamatorias en el lugar de la inyección (1%-2%) y que mejoran o se evitan aplicando hielo en la zona inflamada. Sólo en muy raros casos (1 de cada 16000 infiltraciones) se produce una infección en la zona de la punción. Pueden presentarse otros efectos más raros que debe consultar con su médico.

En las infiltraciones suele añadirse a la cortisona un anestésico local, por lo que las personas alérgicas a dichos anestésicos deben comunicarlo a su médico.

Los pacientes con diabetes, en tratamiento con anticoagulantes, con fiebre o con alguna infección deberían evitar las infiltraciones.

José Ivorra

## ¿Pueden mis hijos padecer espondilitis anquilosante?

Soy un paciente de 30 años con espondilitis anquilosante conocida desde los 24 años. Se inició con dolor en la columna lumbar, que incluso me despertaba por la noche. Al principio se pensó que se trataba de un problema de otro tipo, hasta que un reumatólogo me diagnosticó. He probado varios antiinflamatorios y en la actualidad me encuentro razonablemente con natación y un antiinflamatorio llamado indometacina, sólo por la noche. Llevo casado un año y sé que esta enfermedad se puede heredar. Me preocupa el riesgo que mis hijos puedan tener a padecer esta enfermedad. ¿Se puede hoy en día evitar?.

P. Hernando (Alicante)

La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad reumática inflamatoria crónica que afecta de forma predominante al esqueleto axial (columna vertebral y pelvis) y tórax, siendo las articulaciones sacroilíacas su localización más característica, aunque puede afectar articulaciones periféricas (rodilla, tobillo, etc) e incluso presentar manifestaciones extrarticulares como uveítis. El dolor lumbar es el síntoma más frecuente, en el 75% de los pacientes. Con mucha frecuencia despierta al paciente por la noche porque empeora con el reposo y se suele acompañar de rigidez vertebral. El tratamiento en fases iniciales y en la mayor parte de los pacientes, como en su caso, se basa en realizar ejercicio y la toma de antiinflamatorios no esteroideos.

Aunque el origen exacto no está plenamente establecido, se sabe que existe una clara relación entre el desarrollo de la enfermedad y la presencia del antígeno HLA-B27. El 95% de los pacientes con EA de raza blanca presentan este antígeno, que se puede detectar en sangre. En Europa se detecta este antígeno en el 9% de la población general. Esta enfermedad se estima que la padece el 0.2% de la población general. Sin embargo, en los sujetos que presentan

el antígeno HLA-B27 la padecen el 2% y el 20% de los familiares de primer grado de los pacientes con EA y HLA-B27 positivo. Por tanto la respuesta a su pregunta es que no se puede evitar la enfermedad en la actualidad. Entre la descendencia directa se **debe conocer que existe un riesgo** a padecerla.

**Dr. José Rosas**

## No tolero las plantillas

Soy una mujer de **56 años** que acudí a mi médico porque desde hacía 3 meses tenía dolor en la planta del pie al andar. Mi médico me diagnosticó una metatarsalgia y me recetó unas plantillas. Llevo dos semanas con ellas, todo el día, y he empeorado porque ahora además me duele la parte de arriba de los dedos. ¿Qué puedo hacer?

**María Prieto. Las Rozas (Madrid)**

Las plantillas son muy útiles para mejorar muchos problemas de los pies, como es el caso de la metatarsalgia. En general suelen diseñarse para que las zonas dolorosas apoyen menos. Esto suele conseguirse mediante la colocación de una barra (elevación de la plantilla) por detrás de las zonas dolorosas. Sin embargo la utilización de plantillas supone un cambio en nuestra forma de andar y requiere unas condiciones de adaptación. El primer problema es el calzado. Sus zapatos deben

ser lo suficientemente amplios para que quepan el pie y la plantilla. La mayor parte de las veces necesitará un número más. Parte de sus problemas pueden ser debidos a este hecho: al colocar las plantillas en los mismos zapatos, el pie se eleva y la parte superior de sus dedos pueden rozar con los zapatos. Es recomendable que compre unos nuevos zapatos. Lévese las plantillas y compruebe que la plantilla y el pie ajustan correctamente. Las plantillas no deben tampoco resbalar dentro del zapato, porque entonces los puntos donde apoya el pie se desplazan y se puede agravar su problema. Recuerde que los pies suelen hincharse en mayor o menor medida a lo largo del día. Por ello es aconsejable comprar los zapatos por la tarde.

A pesar de todo esto, siempre se necesita un periodo de adaptación, por lo que debe empezar a utilizar las plantillas con los nuevos zapatos de forma progresiva, es decir no todo el día desde el principio. Por ejemplo, unas dos o tres horas al día durante la primera semana, 6 ó 7 horas al día durante la segunda semana y así hasta que las tolere todo el día.

Si a pesar de todo esto las molestias no ceden o aumentan, debe valorarse que las plantillas no se hayan elaborado correctamente, o bien replantearse el diagnóstico. Debería en tal caso **consultar en su ortopedia y a su médico.**

**José Ivorra**

## ¿Cuál es el pronóstico de la espondilitis anquilosante?

Recientemente le han diagnosticado a mi hija de 25 años de una enfermedad llamada espondilitis anquilosante. Nos han dicho que esta enfermedad no se cura, aunque ella ha mejorado mucho de su dolor de espalda tomando antiinflamatorios todos los días y con gimnasia. Me preocupa que tenga que tomar este tratamiento de forma permanente. Mi preguntas son sobre la evolución o pronóstico de esta enfermedad al cabo de los años y si le afecta para tener hijos.

**A. Hernán (Alicante)**

La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad que predomina en varones, pero puede afectar también a las mujeres. En la actualidad se diagnostica 1 mujer por cada 3 varones. La EA es una enfermedad crónica y no curable. El tratamiento inicial se basa en ejercicio y la toma de antiinflamatorios, habitualmente diario. En los casos en los que no se consiga respuesta adecuada, se dispone recientemente de nuevos fármacos con acción anti-TNF alfa (terapia biológica). Las series de pacientes estudiadas señalan que en general, es menos grave en las mujeres. Sin embargo, la evolución o historia natural de esta enfermedad es muy variable de un paciente a otro y

es muy difícil establecer un pronóstico individual, sobre todo en las fases iniciales de la enfermedad. En un grupo de pacientes seguidas alrededor de 35 años, el 40% progresaron a anquilosis, aunque el 90% de ellos presentaban grados de capacidad funcional I-II sobre IV.

Algunos datos, si aparecen en los primeros años de la enfermedad, se consideran de peor pronóstico: varones, inicio antes de los 16 años, afectación de la articulación de la cadera, marcada actividad clínica, analítica (aumento de la velocidad de sedimentación) y rigidez vertebral, enfermedad sin antecedente familiar, retraso en el diagnóstico y comienzo del tratamiento y la no respuesta al tratamiento antiinflamatorio.

Por tanto, en el caso de su hija los datos pronósticos son favorables. El mejor consejo es que debe seguir con controles periódicos con su reumatólogo, que le irá aconsejando según la propia evolución de la enfermedad.

Respecto a si puede interferir la EA para tener hijos, los estudios realizados no demuestran que esta enfermedad afecte a la fertilidad o a la evolución del embarazo. Sin embargo, puede ocurrir un brote de la enfermedad en el postparto, especialmente en las pacientes que presentan artritis en articulaciones periféricas, como rodillas o tobillos.

**Dr. José Rosas**

**Los beneficios son mayores si el diagnóstico es precoz**

## Las **Terapias biológicas** consiguen que la artritis reumatoide remita a las pocas semanas

La artritis reumatoide, una enfermedad no asociada al envejecimiento, de difícil tratamiento hasta hace pocos años y con un gran impacto en la vida de los pacientes (dolor, inflamación, incapacidad...), pero que hoy en día, gracias a los nuevos avances en el tratamiento, los anti-TNF, se puede detener gracias a las terapias biológicas. "Estas terapias han sido lo más espectacular que se ha producido en reumatología en las últimas décadas, ya que nos están permitiendo modificar el curso de la enfermedad e incluso suspender la progresión de la misma", señalaba el doctor Manuel Figueroa, del Hospital de Donostia en San Sebastián, en el transcurso



D. Carlos del Águila, Dr. Jesús Tornero, Dr. Javier Paulino y D. Francisco Gil.

### La AR es una de las enfermedades de mayor impacto en la calidad de los pacientes y predispone a otras patologías

del Seminario "Presente y futuro de la artritis reumatoide con las terapias biológicas", celebrado en Sintra, promovido por la SER y la LIRE, en colaboración con la Asociación Nacional de Informadores de la Salud y el patrocinio de Abbott Immunología.

#### TRES VECES MÁS A LAS MUJERES

Como es sabido, la artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica autoinmune que afecta al 0,5% de la población, según el estudio EPI-

SER. Se presenta con más frecuencia en las mujeres que en los hombres, en una proporción de 75%

frente al 25%. Se registra una mayor incidencia en las personas entre los 40 y los 60 años. Los principales y primeros síntomas son el dolor e hinchazón de manos y pies, en especial por la mañana.

Está considerada una de las enfermedades de mayor impacto en la calidad de vida de los pacientes, tanto en la esfera vital, como psicológica y social; puede acortar la vida de las personas que la sufren entre 3 y 7 años, e incapacitar para realizar actividades fundamentales

como vestirse, pasear o descansar. Diversos estudios señalan también que las personas con AR tienen una mayor predisposición a padecer una enfermedad cardiovascular y un mayor número de infecciones.

#### ALTERACIÓN INMUNITARIA DE CAUSA DESCONOCIDA

Se desconoce su causa, aunque datos indirectos señalan que la AR puede ser una enfermedad de origen infeccioso. Un virus, bacteria, prión u otro factor, produce una alteración en el sistema inmune que en personas predispuestas motiva en el tiempo su aparición.

En la AR los linfocitos que intervienen en la defensa estimulan la producción de citoquinas implicadas en la inflamación sinovial, en concreto del factor de necrosis tumoral alfa (TNF-alfa), la interleu-

## > Adalimumab es eficaz tanto en estadios tempranos como una vez establecida la enfermedad

quina 1 (IL-1), la IL-6 y la IL-10. El conocimiento de este mecanismo se ha traducido en diversas estrategias destinadas a bloquear precisamente la actividad de estas citoquinas, lo que consiguen los fármacos biológicos anti-TNF.

“Estas terapias se empezaron a utilizar en pacientes que no respondían a los tratamientos convencionales con larga evolución de la

meros meses de la aparición. Para el doctor Jesús Tornero, del Hospital General y Universitario de Guadalajara, “aunque se ha reducido el tiempo de derivación del paciente de atención primaria al especialista, es necesario realizar un gran esfuerzo para lograr ver a los pacientes lo antes posible”.

“Nos estamos planteando la posibilidad de utilizar los anti-TNF

efectos secundarios mínimos.

En este sentido, los datos sobre adalimumab, el primer anticuerpo monoclonal totalmente humano, presentados en el último Congreso Europeo de Reumatología (EULAR), indican que es eficaz tanto en los estadios tempranos (menos de dos años de diagnóstico), como una vez establecida la enfermedad, aunque se observa



D. F. Gil, D. I. Hernández, D. C. Del Águila, D<sup>a</sup> T. Couso, Dr. M. Figueroa, Dr. J. Paulino, Dr. L. Carreño y Dr. J. Tornero.

enfermedad y se registraron resultados espectaculares, lo que motivó la administración de las terapias biológicas en fases menos avanzadas de la enfermedad, donde todavía no hay un daño irreparable sobre el cartílago”.

### DIAGNÓSTICO EN LOS PRIMEROS MESES

Según los especialistas, los beneficios de las terapias biológicas pueden quedar limitados si no se acompañan de un diagnóstico precoz de la enfermedad, es decir, en los pri-

como primera opción terapéutica en la artritis reumatoide -señala el doctor Luis Carreño, del hospital Gregorio Marañón de Madrid-. Si tuviéramos unos indicadores fiables para conocer en qué pacientes iba a cursar la enfermedad de forma más grave, podríamos iniciar el tratamiento con estos fármacos.” En cuanto a la eficacia y seguridad de estas terapias biológicas, el doctor Carreño asegura que los ensayos clínicos han demostrado lo eficaces que son, que su acción es muy rápida y que son bien tolerados y tienen

una tendencia a ser más eficaz en el primer caso. Según el doctor Carreño, “los pacientes con este fármaco mejoran tan espectacularmente que pueden volver a desarrollar una vida completamente normal”. Según el doctor Javier Paulino, presidente de la LIRE, “las terapias biológicas tienen un efecto magnífico sobre el control de la enfermedad y, posiblemente, cuando podamos utilizarlas más precozmente podemos hablar incluso de una curación de la enfermedad, aunque todavía está por demostrar”.

## 50 hospitales españoles en un ensayo clínico

Los 23 ensayos clínicos con adalimumab han servido para su aprobación por parte de la FDA americana y la EMEA (Agencia Europea del Medicamento) Actual-

mente en España hay más de 50 centros hospitalarios participando en un ensayo clínico en AR. También se han iniciado estudios para valorar la eficacia de adalimu-

mab en la enfermedad de Crohn, en la artritis idiopática juvenil, en la artritis psoriásica, en la psoriasis cutánea y en la espondilitis anquilosante.

AL AÑO DE SEGUIMIENTO EN UN NUEVO ENSAYO CLÍNICO

# Etanercept más metotrexato inhibió la progresión del daño estructural en un 80% de pacientes con AR

El 80% de los pacientes tratados con la asociación de Etanercept (Enbrel, ) más metotrexato no presentaron progresión del daño estructural durante el primer año de tratamiento, según los primeros resultados, tras un año de seguimiento, del estudio TEMPO (Trial of Etanercept and Methotrexate with Radiographic Patient Outcomes), expuestos en el último Congreso Americano de Reumatología (ACR), celebrado en Orlando (Florida, EE.UU) en octubre del 2003. En dicho estudio un 68% de los pacientes tratados con Etanercept en monoterapia consiguieron esta misma respuesta, mientras que sólo el 57% de los pacientes tratados

con metotrexato solo”, expresó la Dra. Désirée van der Heijde, profesora de Reumatología en la Universidad de Maastricht (Holanda). “Estos datos son especialmente importantes si consideramos la artritis reumatoide como una enfermedad crónica y progresivamente incapacitante. Los resultados tan impresionantes de este ensayo clínico subrayan la importancia del tratamiento agresi-

vo (media: > 7 años de evolución de la enfermedad), en 92 centros de Europa y Australia. Se trata del primer estudio clínico con resultados radiográficos que ha valorado el efecto de un antagonista del factor de necrosis tumoral (TNF), con y sin metotrexato, comparado con metotrexato en monoterapia.

En resumen, el estudio TEMPO ha demostrado que la asociación de Etanercept más metotrexato

**En un 37% de pacientes se consiguió remisión clínica**

con metotrexato alcanzaron el mismo nivel de eficacia radiológica. Por otra parte, el 37% de los pacientes que recibieron la combinación alcanzaron remisión clínica (DAS  $\leq$  1,6) y el 51% consiguieron una mejoría significativa en la discapacidad funcional (HAQ  $\geq$  1).

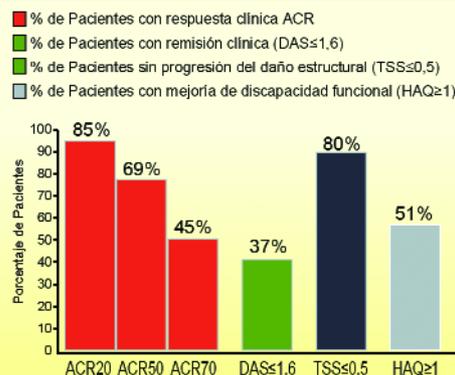
“Los datos radiográficos de este estudio demuestran que Etanercept, tanto en combinación como en monoterapia, ejerce un impacto más beneficioso sobre la progresión del daño estructural en la artri-

toide y, además, aportan una nueva visión al tratamiento de combinación en esta enfermedad”, subrayó también la Dra. van der Heijde.

El estudio TEMPO, aleatorizado y doble ciego, ha sido diseñado para determinar la eficacia y seguridad del tratamiento con Etanercept, metotrexato o la asociación de ambos en las lesiones articulares de 686 pacientes con artritis reumatoi-

de. Junto a los excelentes resultados clínicos, hay que destacar que el tratamiento con Etanercept, en monoterapia o asociado a metotrexato, fue muy bien tolerado.

**Porcentaje de pacientes, tratados con Enbrel® más metotrexato, con respuesta clínica, radiológica y funcional**



EL DIAGNÓSTICO PRECOZ, FUNDAMENTAL PARA EVITAR COMPLICACIONES

## Las enfermedades reumáticas son la segunda causa de enfermedad crónica infantil

La reumatología pediátrica es una especialidad reciente, una de las últimas en incorporarse a la pediatría en España. "Por ello, uno de los problemas principales de estas enfermedades es la falta de conocimiento sobre ellas en el colectivo médico, lo que lleva en ocasiones a un diagnóstico tardío. En otros casos, cuando éste se realiza en el momento adecuado, el tratamiento es insuficiente", ha señalado la doctora Inmaculada Calvo presidenta de la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica y responsable de la Unidad de Reumatología de la Fe de Valencia, en el IV Congreso de esta Sociedad, celebrado en Toledo.

Las patologías reumáticas en la infancia son, tras la diabetes, la segunda causa de enfermedad crónica infantil en nuestro país. La prevalencia de la enfermedad es de un caso por cada 1.000 niños menores de 16 años, diagnosticándose cada año 10 casos por cada 100.000 niños. Por sexos, esta enfermedad es más habitual en niñas.

### ARTRITIS IDIOPÁTICA, LA MÁS FRECUENTE

La enfermedad reumática más habitual es la artritis idiopática juvenil o artritis reumatoide juvenil, que engloba a diversas entidades que tienen como denominador común la inflamación articular. Se distinguen varias formas

clínicas como son la artritis pauciarticular, que constituye el 50% del total y se denomina así cuando hay 4 o menos articulaciones inflamadas; artritis poliarticular, afecta al 25% de los pacientes, principalmente en las niñas, y se da cuando hay menos de 5 articulaciones inflamadas; artritis sistémica, aproximadamente el 15% la padecen y afecta en igual proporción a ambos sexos, y espondiloartropatía juvenil o artritis entesitis que es más propio de la infancia. Otras enfermedades reumáticas crónicas que pueden presentarse en la infancia son el lupus eritematoso sistémico, dermatomiositis, esclerodermia y otras vasculitis.

## Los jóvenes reumáticos celebraron su primer congreso

### Información y unión, objetivos prioritarios

Las personas que empiezan a manifestar los síntomas de una enfermedad reumática crónica, como artritis, espondilitis, o lupus, se encuentran con dificultades para desarrollar sus actividades diarias, pero si además son personas jóvenes, su futuro se ve

todavía más perjudicado. La propia enfermedad y las limitaciones que genera, tanto a nivel laboral, como social, junto al desconocimiento que existe de su incidencia, hace que se sientan solas y se aislen.

Con el objetivo de mejorar esta situación, AJER, Asociación de Jóvenes Españoles con Enfermedades Reumáticas, celebró su primer Congreso -ya había coordinado cuatro Encuentros Nacionales de Jóvenes con Reumatismo en años anteriores-. Es primordial para esta asociación, difundir a la sociedad en general la existencia de este tipo de enfermedades y de su incidencia en jóvenes, informar a estos pacientes sobre su enferme-

dad y sobre las conductas más adecuadas para la mejora de sus síntomas y de su calidad de vida, así como asesorarles sobre los recursos a los que tienen acceso en sus estudios o en su actividad laboral.

Este primer congreso ha querido también favorecer el intercambio de información y experiencias entre personas jóvenes y con enfermedades reumáticas; animarles a unirse y formar grupos en sus provincias, y a participar en los objetivos y proyectos.

Su domicilio se encuentra en la c/ Cartagena, 99 - 2º B de Madrid, tel.: 91 413 57 11, e-mail: [ajer@lycos.es](mailto:ajer@lycos.es)

## Se crea el Foro Español de **Pacientes**

El Foro Español de Pacientes ([www.webpacientes.org](http://www.webpacientes.org)) es un espacio común para la reflexión, información e investigación entre las asociaciones de pacientes, "una organización que representa los intereses de todas ellas", como señaló el doctor Albert Jovell, director de la Fundació Biblioteca Josep Laporte,

fundación de quien partió esta idea, pionera en nuestro país. Las entidades promotoras de este Foro han sido la Asociación Española contra el Cáncer, la Fundación Hipercolesterolemia Familiar, Federación de Diabéticos Españoles, Federación Española de Enfermedades Raras y la LIRE.

### GUIA PRÁCTICA PARA EL MANEJO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

## Por vez primera, una guía práctica clínica española incluida en la NGC

GUIPCAR, Guía Práctica Clínica para el manejo de la Artritis Reumatoide, es la primera guía española de estas características registrada en la NGC (National Guideline Clearinghouse), una base de datos, accesible a través de Internet, en la que se registran las guías prácticas basadas en la evidencia, con el fin de guiar a profesionales y pacientes en la toma de decisiones sobre qué intervenciones sanitarias son más adecuada ante una condición clínica específica.

Las recomendaciones de esta Guía de la Sociedad Española de Reumatología se basan en la mejor evidencia científica disponible y, cuando

ésta no existe, en el trabajo de un panel de expertos que desarrolló una serie de recomendaciones detalladas sobre el diagnóstico, manejo y tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide. El registro de GUIPCAR en la base de datos americana NGC -producida y mantenida por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), en colaboración con la American Medical Association (AMA) y la American Association of Health Plans (AAHP)- constituye el reconocimiento a la calidad científica y metodológica de este estudio, enteramente español, desarrollado por una sociedad científica española

(Sociedad Española de Reumatología) y que, sin duda, abrirá camino para una mayor difusión de los trabajos científicos de calidad realizados en nuestro país. GUIPCAR forma ya parte de unos registros que son consultados diariamente por infinidad de profesionales del sector sanitario a través de Internet.

La NGC dispone de rigurosos mecanismos a la hora de aceptar la inclusión de nuevas guías, sobre todo en aspectos referentes a la calidad y rigor científico de los estudios de investigación realizados en su desarrollo, o aspectos referentes a sus promotores y patrocinadores, donde deben aparecer relevantes sociedades científicas, organizaciones sanitarias, organismos gubernamentales, entre otros tipos de instituciones.

Este proyecto de la SER fue desarrollado por la empresa Técnicas Avanzadas en Investigación en Servicios de Salud (TAISS), que dirige el Dr. Páblo Lázaro, y patrocinada por Novartis. El patrocinio de la traducción corrió cargo de Abbott Laboratories. Han intervenido en el proyecto 10 investigadores y un panel de 15 expertos.

### Campaña de sensibilización del Síndrome de Sjögren

La Asociación Española de Síndrome de Sjögren (AESS) ha puesto en marcha una campaña divulgativa con el fin de sensibilizar a

la población sobre esta enfermedad poco diagnosticada, a pesar de su prevalencia, hasta un 3% en la población, con mayor frecuencia en mujeres mayores de 40 años.

La campaña consistirá básicamente en poner a disposición, de pacientes y profesionales médicos que diagnostican y tratan el Síndro-

me de Sjögren, información sobre la enfermedad.

Además de los dípticos informativos, que se distribuirán en las consultas de Reumatología de todos los hospitales de España, se ofrece toda esta información en su página web [www.aesjogren.org](http://www.aesjogren.org), o bien llamando al teléfono de la Asociación: 91 535 86 53 (miércoles de 17 a 19 horas)

PROF. DR. ANTONIO CASTILLO-OJUGAS

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

## La enfermedad pudo modificar el estilo artístico de Henri Matisse

**E**n la portada del segundo número de "Los Reumatismos" aparece la silueta de "La Mujer Azul" de Henri Matisse y como, entre otras cosas, a ella me referí en mi comunicación a la Real Academia Nacional de Medicina en la solemne sesión del pasado 28 de octubre ("Influencia de la enfermedad en la pintura de Matisse y de Monet", publicada en Los Anales), quiero comentar las circunstancias por las que pasó el artista para cambiar el estilo que venía realizando, tan personal y tan característico que le había llevado a la fama.

En la Exposición de Otoño de París de 1905 se había reunido en una sala la obra de algunos pintores, caracterizada por usar colores fuertes, poco matizados, dibujo muy libre pero correcto, enmarcado por trazos negros y con una composición y perspectiva original. El jefe de aquel movimiento artístico se llamaba Henri Matisse. Había nacido en Cateau-Cambresi el 31 de diciembre de 1869 y, por tanto, tenía entonces 35 años. Junto a él estaban Vlammick, Derain, Marquet, Camión y Raoul Dufy, que padeció artritis reumatoide y fue uno de los primeros pacientes tratados con cortisona. En el centro de aquella sala habían colocado una pequeña escultura de corte clásico y el crítico Louis Vaucelles comentó, "Pero ¿qué hace este Donatello en medio de estas fieras?", y como "fieras", (fauves, salvajes) quedaron los artistas y como fauvismo su estilo.

Matisse fue uno de los iniciadores



con Braque y Picasso del cubismo, pero enseguida volvió a su estilo de vivos colores, carácter intimista y temas amables, todavía más colorista después de su viaje al sur de España, Marruecos y Argelia, poco antes de la Primera Guerra Mundial.

Su éxito y su gran versatilidad, influenciados por la escultura que practicó desde su juventud, le llevó

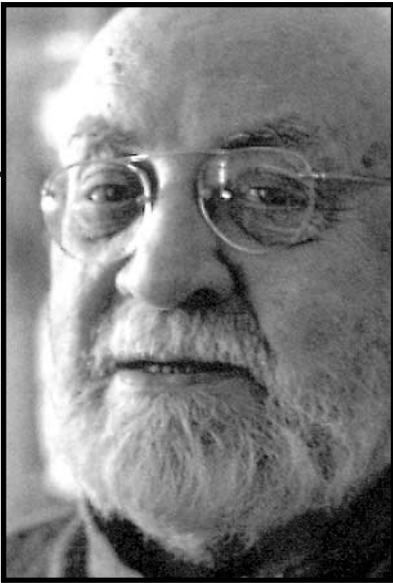
a una fase de mayor simplicidad en las figuras, como aquel "Sueño" o "Desnudo en Rosa", hacia 1935, que sirvió de inspiración al escultor inglés Henry Moore.

### CUANDO NO PUDO PINTAR CREÓ MARAVILLOSOS COLLAGES

Su estilo fauve y simplicista cambió radicalmente tras huir de París,

#### BIBLIOGRAFÍA

- ARAGON, Louis, "Henri Matisse. Roman" 2 vol. Gallimard. Paris. 1972
- CASTILLO-OJUGAS, Antonio y CASTILLO AGUILAR, Sonsoles, "La reumatología en el Arte" Emisa, Madrid, 1987
- CASTILLO-OJUGAS, Antonio, "Influencia de la Artritis Reumatoide en la pintura de Alexis von Jwlenski". Rev. Esp. Reumatología, 1977, 24:226-229



al comienzo de la Segunda Guerra Mundial, para establecerse en Niza con su familia. Allí presentó a los 61 años los primeros síntomas de una obstrucción intestinal que necesitó urgente intervención quirúrgica. Venía teniendo molestias digestivas, dolores abdominales y trastornos poco precisos.

para que le permitieran colocarse un corsé de cuero con el que al menos podía estar en silla de ruedas. Fue entonces cuando, ante la dificultad de pintar cuadros, se dedicó a recortar papeles de color o cartulinas blancas que coloreaba con acuarela, obteniendo figuras tan bellas como el "Desnudo

mático, con lo que se logró evitar la intervención.

Años más tarde, en 1948, aquella joven enfermera que le atendió tantos años, ingresó en la Orden de los Dominicos y convenció a Matisse para que decorara la ampliación de la Capilla del Rosario de Vence, localidad cer-

### Ante la dificultad de pintar cuadros, se dedicó a recortar papeles de color o cartulinas blancas que coloreaba con acuarela

Con el vago diagnóstico de "enteritis" siguió un tratamiento conservador hasta que apareció el cuadro agudo. El 7 de enero de 1941 fue intervenido en la Clínica Universitaria de Lyon por los profesores Santy, Leriche y Wertheimer. La operación fue muy laboriosa, durante más de tres horas, y el postoperatorio muy complicado; el pronóstico fatal, le diagnosticaron una neoplasia duodenal. A los tres días tuvo una embolia pulmonar.

La herida era muy amplia, se infectó, requiriendo desbridamiento y se necrosaron los bordes de manera que las paredes abdominales quedaron tan maltrechas que Matisse no podía permanecer en pie.

Tuvo que esperar dos meses más

azul". Ya había hecho algo similar cuando años atrás le encargaron unos telones para unos ballets rusos. Luego, combinando algunas de aquellas admirables y sencillas figuras y otros recortes, formaba "collages" memorables, base para álbumes litográficos que tuvieron una enorme aceptación.

#### ASISTENCIA DÍA Y NOCHE

La recuperación fue muy lenta, precisaba asistencia día y noche pues volvía a tener dolores abdominales y más tarde brotes febriles de ictericia. Finalmente se descubren unos cálculos biliares. Su vecino y amigo el profesor Wertheimer quiere operarle, pero el internista Dr. Cyhauvet creyó conveniente primero hacer un tratamiento antiinfeccioso y sinto-

cana a Niza, donde el Maestro huyó en 1943 ante el temor de represalias, pues su mujer y su hija habían sido detenidas como "colaboracionistas" contra los alemanes. En la Capilla pintó las imágenes de Santo Domingo de Guzmán y la Virgen del Rosario, hizo esculpir el Crucifijo, diseñó las ropas y enseres litúrgicos y esbozó las vidrieras. Hoy la Capilla de Vence es una meta artística. Los médicos le habían dado dos o tres meses de vida, el pedía tres o cuatro años para poder completar su obra, y la Providencia le depa-  
ró casi trece años de supervivencia. Se le puede ver en una fotografía de 1952 en la silla de ruedas, recortando papeles. Murió dos años después, el 3 de noviembre de 1954, en Niza.

● ELDERFIELD, John, "The cut-outs of Henri Matisse", George Braziller, New York, 1978

● MARCHAN FIZ, Simon, "Las Vanguardias Históricas y sus sombras". Aumma Artis, Tomo XXXIX, Espasa Calpe, Madrid, 1995



JOSÉ MARÍA FERNÁNDEZ-RÚA  
PERIODISTA

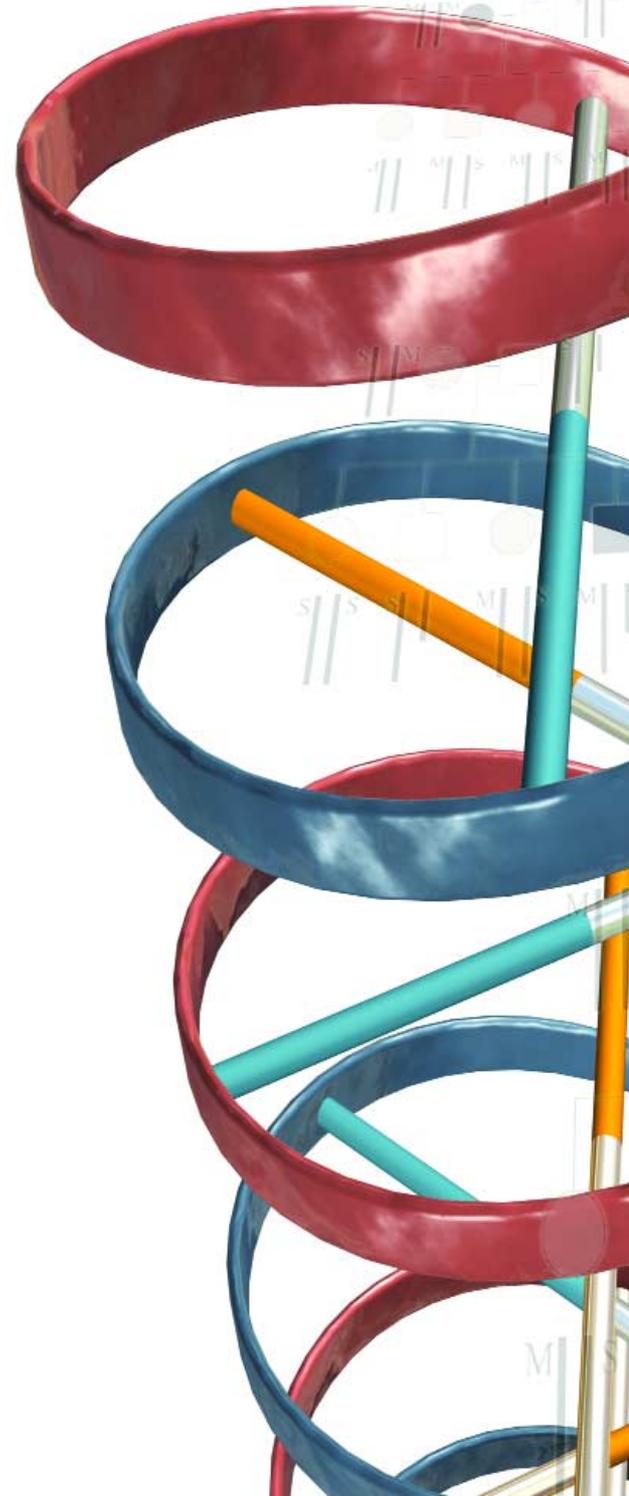
# Miopía Española

*Firma Invitada*

El desafío de descifrar el genoma humano, considerado como el manual de instrucciones del organismo, surgió de la inspiración de algunos de los más afamados biólogos del siglo XX. Corría el año 1985 cuando el Nobel Walter Gilbert y el profesor Robert Sinsheimer, de la Universidad de California, propusieron la idea de identificar y cartografiar la secuencia de más de tres mil millones de unidades de ácido desoxirribonucleico (ADN) de nuestras células, para descubrir todos nuestros genes. A pesar de ser una revolucionaria idea, no despertó interés en Estados Unidos hasta dos años después cuando un grupo de investigadores del Departamento de Energía que estaba trabajando en el estudio de las mutaciones génicas provocadas por la radiación nuclear, apoyó el proyecto. Sin embargo, una gran mayoría de los más acreditados biólogos de Estados Unidos reaccionaron contra la propuesta, ya que sostenían que no conduciría al hallazgo de genes importantes y se perderían miles de millones de dólares, necesarios para otros proyectos de investigación. En ese momento fue decisiva la opinión del profesor James Watson que, junto con Crick y Collins compartió el Nobel de Medicina por el descubrimiento de la estructura del ADN, la molécula de la vida constitutiva del genoma de todos los seres vivos.

El prestigio de James Watson fue la clave que propició el arranque de este proyecto y durante los cuatro años que estuvo al frente de él, hasta el año 1992, sentó las bases del minucioso trabajo que años después culminaron dieciséis centros de Estados Unidos, Francia, Gran Bretaña, Japón, China y Alemania. A principios de los noventa, cuando ya se había decidido que debido al gran tamaño de la molécula de ADN se distribuyese el trabajo del desciframiento de cromosomas entre los laboratorios adscritos al proyecto,

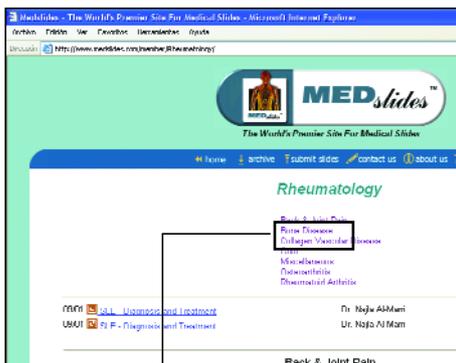
James Watson visitó España invitado por el profesor Santiago Grisolia. Aprovechando su estancia en nuestro país para participar en el congreso internacional que, sobre ética del genoma humano, organizó el discípulo y amigo del Nobel Ochoa, Watson se entrevistó con el entonces presidente del Gobierno, Felipe González. Como la mayoría de los políticos, el jefe del Ejecutivo no comprendía el alcance real de este ambicioso proyecto multinacional al que era invitado por el investigador estadounidense. Posiblemente el desinterés, junto con su gran desconocimiento, unido a los fastos de la "Expo 92", nublaron la vista de los "fontaneros" de la Moncloa. España, ya lo hemos padecido, quedó al margen del descubrimiento más decisivo de la historia de la ciencia.



ERNESTO PLAZA  
SOCIÓLOGO

# Reum@tismos

RECURSOS DE REUMATOLOGÍA EN INTERNET



## MEDSLIDES DE REUMATOLOGÍA

<http://www.medslides.com/member/Rheumatology>

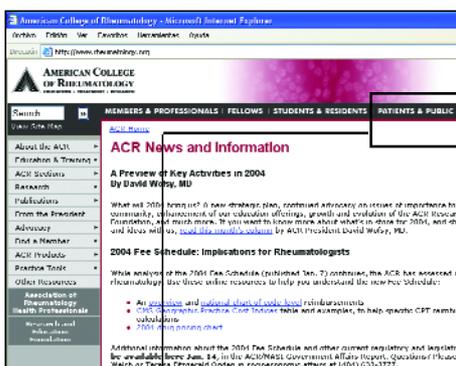
Medslides es una web donde pueden descargarse presentaciones de Powerpoint, en inglés, que han sido expuestas en las numerosas reuniones, simposios o congresos de diferentes especialidades médicas que se producen cada año. En esta apartado especializado en reumatología el visitante puede visionar trabajos médicos sobre artritis reumatoide, gota, enfermedad del colágeno vascular, etc.

[http://www.medslides.com/member/Rheumatology/index.html#Bone\\_Disease](http://www.medslides.com/member/Rheumatology/index.html#Bone_Disease)

(o click en "Bone disease")

## SECCIÓN SOBRE OSTEOPOROSIS

El apartado "Bone disease" (enfermedad del hueso) es el que más presentaciones pone a disposición del visitante. Muestra avances clínicos, prevención y nuevas tendencias en osteoporosis.



## AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY

<http://www.rheumatology.org>

Web oficial del American College of Rheumatology. El sitio está dividido en 5 áreas: para profesionales, compañeros, estudiantes, público general y prensa. Cada una de ellas posee sus respectivas secciones, aunque comparten algunos contenidos como los de publicaciones, educación, investigación, acerca del ACR, o "encuentre un reumatólogo".

<http://www.rheumatology.org/public/factsheets/index.asp?aud=pat>

(o click en patients & public, y luego en fact sheets)



## ROLES FRENTE A LOS REUMATISMOS

En el apartado "fact sheets" del área de pacientes y público general, se ofrece información acerca de 22 enfermedades reumáticas, su tratamiento y los roles que desempeñan todos los profesionales, medios y técnicas que rodean al paciente reumático.

## ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

[http://es.geocities.com/espondilitis\\_a/](http://es.geocities.com/espondilitis_a/)

Portal español íntegramente dedicado a la espondilitis anquilosante, una enfermedad crónica, diaria y muy molesta, desconocida para muchos. Aparte de abordar todo aquello que la rodea (definición, diagnóstico, tratamientos...), ofrece al visitante Noticias, artículos, diccionario de términos reumatológicos, foro, sección de ejercicios, zona de descarga, enlaces a asociaciones de espondilitis de todo el mundo, y más.

[http://es.geocities.com/espondilitis\\_a/rehabilitacion/tabla-ejercicios.html](http://es.geocities.com/espondilitis_a/rehabilitacion/tabla-ejercicios.html)  
 y ... [espondilitis\\_a/anquilosante/fisioterapia-espondilitis.html](http://es.geocities.com/espondilitis_a/anquilosante/fisioterapia-espondilitis.html)  
 (o haciendo click en "tablas de ejercicios" o "zona de descarga", en la sección de Servicios que hay en la parte derecha de la web)

### EJERCICIOS CONTRA LA ESPONDILITIS

Son de particular utilidad para el paciente los ejercicios que se describen en esta web. En "tablas de ejercicios" se describen gráficamente varias tareas físicas que mejoran el estado de las articulaciones. Interesantes guías sobre rehabilitación en "zona de descarga".



## ERESALUD.COM - SECCIÓN SOBRE REUMATOLOGÍA

<http://www.eresalud.com/resultadoBuscador.asp?texto=reumatologia>

([www.eresalud.com/](http://www.eresalud.com/) click **especialidades/** click **reumatología**)

Sección de reumatología del portal sanitario Eresalud. Clasifica alfabéticamente todo tipo de recursos útiles en el campo reumatológico: definiciones de términos y enlaces a noticias, artículos científicos, organizaciones e instituciones, bancos de imágenes, videos, foros, estadísticas, etc.



### DEFINICIÓN DE SÍMBOLOS (parte inferior de la página)

En la parte inferior de la página, haciendo click en "símbolos" aparece una breve guía que indica a que tipo de contenido (imágenes, noticias, términos...) equivale cada icono que aparece en el margen izquierdo de los enlaces encontrados.