

# Lupus Eritematoso

## Esa caprichosa inflamación

La lesión más conocida es la erupción de la piel de la nariz y las mejillas



### Simposio

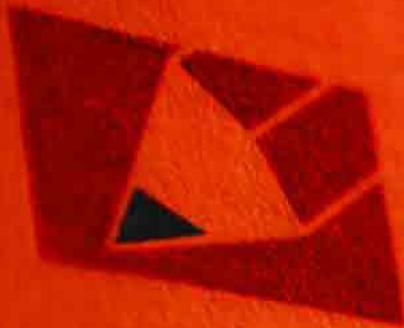
Primer Simposio de  
Espondiloartritis  
de la SER  
Córdoba, febrero 2005



### Entrevista

**Dr. J.A. López de Castro Álvarez**

“Es decisivo entender  
qué propiedad de  
HLA-B27 es la que  
dicta la enfermedad  
y por qué razón”



# ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA  
Y COMUNICACIÓN

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

**Ibañez&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

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

**Editor:**

Dr. Fco. Javier Ballina García

**Consejo Asesor:**

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

**Secretario de Redacción:**

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

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

**Sociedad Española de Reumatología**

[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 Asociados

C/ 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-42377-2005  
SOPORTE VÁLIDO SOLICITADO

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

■ Abbott ■ Ibáñez&Plaza  
■ Gebro ■ Schering Plough ■ Wyeth  
■ Zambón

# Diagnóstico precoz y prevención

**A** tajar al principio el mal procura; si llega a echar raíz, tarde se cura”, enseña la clásica moraleja, convertida ya en axioma. En el ámbito reumatológico la necesidad de adelantarse a los acontecimientos con medidas preventivas acaba de ser puesta de relieve una vez más con ocasión del simposio sobre espondiloartritis recientemente celebrado en Córdoba. Ciertamente que en el transcurso de los últimos lustros se han realizado progresos decisivos en el terreno de la prevención a través del diagnóstico precoz. Baste recordar que para diagnosticar a un paciente con espondiloartritis hace 15 años era necesario esperar entre 5 y 10 años para observar la evolución de la enfermedad por radiografía. En la actualidad se ha conseguido anticipar el diagnóstico, pero aún así en la mayoría de los casos no se hace antes de cinco años. De aquí la necesidad que ha subrayado el doctor Eduardo Collantes Estévez (H.U. Reina Sofía): “Es imprescindible disponer de herramientas útiles capaces de detectar y clasificar a un paciente con espondiloartritis en el primer año de evolución de la enfermedad, debido a los beneficios que se obtienen con el tratamiento precoz.”

**La carencia de sistemas adecuados de detección precoz para las patologías reumatológicas es una laguna a rellenar**

**La investigación exige, sobre todo, iniciativas políticas con apoyo económico y adecuada planificación**

La carencia de sistemas adecuados de detección precoz para las patologías reumatológicas más invalidantes es, pues, una laguna a rellenar para allanar el camino hacia una mejor comprensión y tratamiento de estas enfermedades diversas y complejas. Del mismo modo que lo es una investigación más activa y colectiva para despejar las interrogantes en torno al antígeno HLA-B27. “La relación de HLA-B27 con la enfermedad es todavía una incógnita para los investigadores”, recuerda el especialista inmunólogo el Dr. José A. López de Castro Álvarez (Centro de Biología Molecular Severo Ochoa del CSIC), de cuya entrevista en estas páginas destacamos asimismo dos afirmaciones para la reflexión: “En la investigación sobre la causa de las espondiloartropatías no ha habido, ni de lejos, un avance similar al de los tratamientos.” “Se echa de menos que reumatólogos clínicos, preocupados por el enfermo, por el diagnóstico y tratamiento, realicen al mismo tiempo investigación básica.”

Todo lo cual conlleva, sin duda, vocación personal y voluntad colectiva. Pero, sobre todo, exige, iniciativas políticas en este sentido por parte de la Administración, con el imprescindible apoyo económico y la consiguiente planificación. Los pacientes, razón de ser básica de la especialidad reumatológica, tienen mucho que decir y que reivindicar en tal dirección. En este sentido, saludamos con afecto y confianza los congresos previstos para este año, ambos en su primera edición: el de Síndrome de Sjögren a celebrar en mayo y el Español de Pacientes que tendrá lugar en octubre con el apoyo activo de la Liga Reumatológica Española.



### Nuestra Portada

La mariposa, metáfora que en reumatología define las alteraciones faciales provocadas por el lupus, es presencia de impacto en la portada de este número, al tiempo que revolotea por el extenso informe que dedicamos a este complejo problema.

No menos relieve concedemos en estas páginas al I Simposio de Espondiloartritis organizado por la SER, donde se ha presentado el documento de consenso sobre el tratamiento de tales enfermedades.

El tercer argumento que ocupa nuestra portada da la palabra al Dr. López Castro Álvarez, inmunólogo del Centro de Biología Molecular Severo Ochoa, quien expone los más recientes hallazgos y teorías plausibles sobre el antígeno HLA-B27 y las espondiloartropatías.

**1** Editorial **Diagnóstico precoz y prevención** Atajar al principio el mal procura; si llega a echar raíz, tarde se cura"...

**3** Entrevista **Dr. José Antonio López de Castro Álvarez** Inmunólogo del centro de biología molecular severo ochoa

**6** Simposio **Primer simposio de espondiloartritis de la SER** El paciente con espondiloartritis debe ser diagnosticado el primer año de la enfermedad

**10** Proyectos SER **Ya está terminado el nuevo Fondo de Imagen de la SER** Con el patrocinio de Wyeth

**17** Reportaje **Lupus eritematoso** La reacción autoinmune en el lupus puede afectar a casi cualquier órgano

**20** Tratamiento **Lupus eritematoso** Nuevos inmunomoduladores en el tratamiento del lupus eritematoso sistémico

**24** Pacientes **Recursos en Osteoporosis en España** Sólo 30 densitómetros por cada millón de mujeres posmenopáusicas

**26** Pacientes **Estudio Sociológico de AR en España** Los médicos y los pacientes reclaman una Atención Integral en la artritis reumatoide

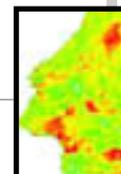
**29** Bibliografía Comentada  
Artritis reumatoide · Gota · Osteoporosis...

**36** Los pacientes preguntan Si tengo el ASLO alto, ¿puede ser a causa de fiebre reumática? · Si tiene dudas en la dosis de metotrexato...

**38** Noticias La combinación de tramadol y paracetamol, eficaz en la lumbalgia crónica · Nuevos datos los confirman: la remisión de ...

**44** Humanidades **Prof. Dr. Castillo-Ojugas** Hidroterapia real: Las alegres "bañeras" del rey Wenceslao

**46** Recursos de reumatología en Internet **Reum@tismos:** Fund. Osteoporosis · EULAR - Áreas Temáticas · Lupus Foundation America



DR. JOSÉ ANTONIO LÓPEZ DE CASTRO ALVAREZ  
INMUNÓLOGO DEL CENTRO DE BIOLOGÍA MOLECULAR SEVERO OCHOA

“Es decisivo entender qué propiedad de HLA-B27 es la que dicta la enfermedad y por qué razón”



Texto e imagen Carmen Salvador

## EL DR. **López de Castro Álvarez**

inmunólogo del Centro de Biología Molecular Severo Ochoa del CSIC, ha intervenido como ponente del I Simposio sobre Espondiloartritis de la SER celebrado en Córdoba.

López de Castro es uno de los mayores expertos mundiales en HLA-B27. Participó en el equipo que dilucidó la estructura química del primer antígeno de histocompatibilidad (HLA-B7), a finales de los años 70, en la Universidad de Harvard.

**E**l antígeno HLA-B27 no es una molécula única, sino una familia de moléculas con pequeñas diferencias estructurales. Algunos de estos subtipos no se asocian a espondiloartropatías, pero otros sí. En estos momentos el porqué de esta asociación es una incógnita para los investigadores, un problema biológico de primera magnitud con varias hipótesis en estudio. "Es decisivo conocer qué propiedad de HLA-B27 es la que dicta la enfermedad y por qué razón. Nos ayudaría, no sólo a entender la enfermedad, sino a orientar los tratamientos de una manera menos empírica y más orientada a las causas", dice el investigador, que nos explica cómo a su regreso a España se interesó por la peculiar manera en que se asociaba HLA-B27 con las espondiloartropatías y por el mecanismo subyacente a esta asociación. Buena parte de esta investigación la desarrolló en el Departamento de Inmunología de la Fundación Jiménez Díaz. Se incorporó al Consejo Superior de Investigaciones Científicas cuando éste abrió sus puertas a los inmunólogos. Desde hace más de veinte años ha estado "tirando del hilo" para desentrañar la estructura química y las propiedades biológicas de HLA-B27.

Según López de Castro, el antígeno HLA-B27 tiene muchas propiedades interesantes, pero cómo interfiere en la enfermedad sigue siendo un misterio. "A primera vista es un antígeno de histocompatibilidad como los demás. Lo que hacen estos antígenos es unir péptidos, es decir, fragmentos de proteínas, y los presentan en la superficie celular para que los reconozcan los linfocitos T citotóxicos. Actúan realmente como sensores de que una célula ha sido infectada,

para decirles a estos linfocitos que hay una célula que está dañada y que la tienen que matar".

Su funcionamiento es típico en una infección con virus. "Un virus entra en la célula y sintetiza sus propias proteínas, parte de las cuales son degradadas por los sistemas proteolíticos. De esta forma, péptidos derivados de la degradación de proteínas del virus se expresan en la superficie celular unidos a los antígenos de histocompatibilidad. Cuando los linfocitos T citotóxicos ven que hay una célula con un virus dentro, la matan.

con ratas transgénicas de HLA-B27. "Estas ratas se ponen enfermas; sin embargo, esa enfermedad no depende de linfocitos T citotóxicos, pero dicha dependencia se esperaría si la enfermedad estuviera mediada por el reconocimiento de péptidos, como hemos dicho."

Se ha descubierto recientemente una nueva propiedad de HLA-B27 que sugiere otra hipótesis de por qué este antígeno está ligado a las espondiloartropatías. A diferencia de otros antígenos de histocompatibilidad, cuando HLA-B27 se sintetiza, tiende a

## "En la investigación sobre la causa de las espondiloartropatías no ha habido, ni de lejos, un avance similar al de los tratamientos"

En este contexto HLA-B27 hace lo mismo que otros antígenos de histocompatibilidad, quizás con una peculiaridad, el tipo de péptidos que presenta se diferencia químicamente del que presentan la mayoría de los otros antígenos. Esto no quiere decir mucho, porque los distintos antígenos de histocompatibilidad presentan péptidos diferentes entre sí."

Los investigadores han estado creyendo hasta hace muy poco, "y algunos creemos todavía un poco en ello", que esa propiedad, de una manera o de otra, debe determinar que HLA-B27 se asocie a las espondiloartropatías. Es decir que HLA-B27 debe de ser capaz de presentar algún tipo de péptidos que cuando los vean las células T inicien un proceso agresivo que lleve a la inflamación crónica.

### NUEVAS HIPÓTESIS EN ESTUDIO

Sin embargo, esta idea, aunque no se ha desechado, ha entrado en crisis, por una serie de razones -señala José Antonio López de Castro-; una de ellas viene dada por estudios

plegarse mal. "Este es un concepto que a un médico le puede costar entender. Básicamente ésta es la idea: HLA-B27, y cualquier proteína, cuando se sintetiza lo hace de manera lineal, como una cadena; pero según se va sintetizando, se va plegando, adoptando la estructura tridimensional que va a actuar fisiológicamente, y cuando se pliega correctamente une los péptidos que tiene unir y migra desde la zona donde se sintetiza, un compartimento intracelular llamado retículo endoplásmico, a la membrana celular. Esa es la fisiología normal de la molécula. Lo que ocurre con HLA-B27 es que en comparación con otros antígenos de histocompatibilidad se pliega peor, tiene una tendencia mayor que otras proteínas a no salir del retículo endoplásmico. ¿Qué importancia tiene esto? Cuando una proteína encuentra dificultades para plegarse, para escapar del retículo endoplásmico, la célula se estresa y genera una respuesta bioquímica característica que, en determinados casos, puede inducir inflamación."



**"La relación de HLA-B27 con la enfermedad es todavía una incógnita para los investigadores"**

Según el especialista, la bioquímica de ese proceso es complicada pero se conoce bastante bien. "No tiene nada que ver con presentación de antígeno, tiene que ver solamente con plegamiento e inducción de respuestas de estrés, en concreto con las llamadas respuestas de proteína mal plegada. La idea es que quizás esa propiedad sea la que hace que HLA-B27 se ligue al proceso inflamatorio de las espondiloartropatías. Esta idea está en estudio, y todavía está lejos de ser admitida unánimemente."

Otra de las vías de estudio está relacionada con la formación de homodímeros. La forma normal de la molécula de HLA-B27 consiste en una cadena polipeptídica larga o cadena pesada, unida a otra más corta, llamada beta2-microglobulina. En términos generales una proteína formada por dos cadenas polipeptídicas distintas se denomina heterodímero. "Cuando por acumulación de proteína mal plegada en el retículo endoplásmico o por otros procesos que pueden ocurrir en la superficie celular, la cadena pequeña y grande se disocian o no se llegan a asociar, pueden formarse lo que se llama homodímeros de cadena pesada, es decir, dos cadenas pesadas se unen entre sí y forman una molécula, que en vez de constar de una cadena polipeptídica grande y una pequeña, tiene dos cadenas grandes. Se especula que la formación de homodímeros de HLA-B27 podría tener que ver con la respuesta inflamatoria, ya sea porque favorecería la acumulación de la proteína en el retículo endoplásmico o porque la expresión de homodímeros en la superficie celular podría dar lugar a un reconocimiento inmune inusual de HLA-B27."

#### RELACIÓN SÓLO CON ESPONDILOARTROPATÍAS

**-¿El antígeno HLA-B27 podría estar ligado a otras enfermedades reumáticas?**

-HLA-B27 está ligado de forma significativa y clara sólo con las espondiloartropatías. Entre un 4 y un 8% de la población española es HLA-B27 positivo, pero la inmensa mayoría no desarrolla la enfermedad; hay otros componentes que pueden intervenir en ella. Sí hay que señalar que la mayoría de los que tienen una espondiloartritis, en especial espondilitis anquilosante, tienen HLA-B27.

Reconoce López de Castro que en el tratamiento de las espondiloartritis ha habido una auténtica revolución con el desarrollo de fármacos biológicos, "pero en cambio en la investigación del mecanismo de la patogenia de la enfermedad, del origen y de la causa, no ha habido, ni de lejos, un avance similar; seguimos empantanados y discutiendo una diversidad de hipótesis. Se requiere mucha más investigación básica".

**-¿Se podría intervenir en el antígeno HLA-B27 para tratar la enfermedad?**

-Sería teóricamente posible intervenir en su función, cuando supiéramos exactamente por qué mecanismos HLA-B27 se liga a la enfermedad, pero por ahora es imposible. Si no entendemos la causa, malamente podemos curarla por esta vía. Los fármacos biológicos intervienen, pero cuando la inflamación ya está instaurada.

**-¿En qué punto se encuentra ahora la investigación?**

-Seguimos estudiando varias vías, tanto de HLA-B27, como de HLA-B14, en qué se parecen y en qué se diferencian los péptidos respectivos.

También en localizar qué péptidos de la bacteria artrtrógena *Chlamydia trachomatis* se relacionan con HLA-B27, y continuamos estudiando las características de plegamiento de HLA-B27 y cómo se asocian éstas a las espondiloartropatías.

El antígeno HLA-B27 no es una molécula única, sino un conjunto de subtipos con pequeñas diferencias estructurales. Algunos de estos subtipos no se asocian a espondiloartropatías y otros sí. También estudiamos si esos subtipos se diferencian en sus propiedades de plegamiento y tratamos de ver si hay una correlación entre éstas y la asociación a enfermedad.

Señala José Antonio López de Castro que intenta estar en contacto con los reumatólogos.

"Me gusta, no soy médico, de clínica no

sé nada y de ellos aprendo mucho.

El riesgo que corremos los investigadores básicos como yo es que estudiamos la enfermedad como una entelequia abstracta, nos preocupamos de las moléculas y de los procesos biológicos, pero al enfermo no lo conocemos. Es cierto que la mayoría de los reumatólogos españoles son clínicos preocupados por el enfermo, por el diagnóstico y tratamiento, pero pocos de ellos, salvo excepciones, están realizando una investigación básica. Es algo que se echa de menos en la reumatología española. Sería muy deseable que algunos médicos jóvenes con inquietud por problemas de patogenia se incorporasen a grupos de investigación básica en ese campo, porque estas personas serían las más idóneas para realizar una investigación básica desde y con los pacientes."

**"Se echa de menos que reumatólogos clínicos, preocupados por el enfermo, por el diagnóstico y tratamiento, realicen al mismo tiempo investigación básica"**

Otra de las vías de estudio está relacionada con la formación de homodímeros

PRIMER SIMPOSIO DE ESPONDILoarTRITIS DE LA SER (CÓRDOBA, FEBRERO 2005)

# El paciente con espondiloartritis debe ser diagnosticado el primer año de la enfermedad

Se calcula que hasta un 15% de los pacientes que acuden a los servicios de reumatología lo hace por una espondiloartritis. Se trata de un grupo de enfermedades reumáticas diferentes, pero con características comunes, con una evolución muy variada, desde formas benignas, prácticamente sin síntomas, hasta formas muy agresivas, que provocan importantes destrucciones

de las articulaciones. Un 25% de estos pacientes tienen incapacidad laboral, y un 10% de ellos incapacidad absoluta. Son algunos de los datos del primer registro de estos pacientes que se hace en nuestro país y que se ha presentado el día 19 de febrero en Córdoba, en el transcurso del I Simposio de Espondiloartritis, de la Sociedad Española de Reumatología.

**E**l síntoma más característico de estas enfermedades es el dolor lumbar -diferente a la lumbalgia común-, de evolución lenta, pero persistente. Si la cadera está afectada precozmente la enfermedad evolucionará de forma severa.

Según el doctor Jesús Tornero, presidente de la SER, "en la actualidad se dispone de tratamientos capaces no sólo de mitigar los síntomas, sino de intervenir en los procesos inflamatorios de las articulaciones y otras manifestaciones para que la enfermedad no progrese". Pero para que se beneficie del tratamiento precoz, "es imprescindible disponer de herramientas útiles capaces de detectar y clasificar a un

paciente con espondiloartritis en el primer año de evolución de la enfermedad", señala el doctor Eduardo Collantes Estévez, jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Reina Sofía de Córdoba.

## SÍNTOMAS ESPECÍFICOS Y COMUNES

En este grupo de enfermedades se integra la espondilitis anquilosante, la artritis reactiva, la artritis psoriásica, la artritis asociada a las enfermedades inflamatorias intestinales como la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa, y la espondiloartritis indiferenciada. Cada una de ellas tiene síntomas específicos que las diferencian entre sí, pero también poseen características comunes, como es la inflamación

de las articulaciones sacroilíacas y la columna vertebral, ocasionando dolor lumbar, que a veces se extiende y puede confundirse con una ciática.

La lumbalgia es un síntoma frecuente en la población general, pero la lumbalgia de las espondiloartritis es un dolor diferente: "Aparece de forma precoz, habitualmente antes de los 45 años de edad, tiene una evolución crónica de más de tres meses y generalmente de varios años, es más frecuente durante el descanso nocturno y se acompaña de rigidez por las mañanas al levantarse. Este dolor mejora con el ejercicio y con la toma de antiinflamatorios no esteroideos", señala el doctor Pedro Zarco, jefe de Unidad de Reumatología, de la

Fundación Hospital Alcorcón de Madrid. Existen, además, otra serie de síntomas menos frecuentes pero que pueden ayudar al diagnóstico como son: la inflamación ocular, la artritis en miembros inferiores o los antecedentes de psoriasis, diarreas o infecciones genitales.

Las lesiones se producen sobre todo en las entesis -anclaje en el hueso de los tendones, ligamentos y cápsulas articulares. Además, estas lesiones tienen tendencia a producir fibrosis, osificación y formación de hueso nuevo, provocando el fenómeno de anquilosis ósea (del griego ankylos, soldadura). Las técnicas modernas de imagen están permitiendo demostrar la importancia de la entesis en esta enfermedad.

Pueden aparecer otras manifestaciones no articulares, como la uveítis, un proceso que llegan a padecer entre el 25-40% de los pacientes, y que 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 avanzadas de la enfermedad. También en estadios avanzados y enfermedad severa puede aparecer una insuficiencia aórtica, debido a la dilatación de la raíz aórtica.

#### **DIAGNOSTICAR EL PRIMER AÑO**

El diagnóstico se establece con la historia clínica y la exploración realizada por un médico con experiencia en este tipo de patologías, además de una analítica general y un estudio radiológico simple, aunque en determinadas ocasiones pueden ser necesarias pruebas más complejas como estudio de líquido sinovial, ecografía de partes blandas, cultivos en medios especiales, Resonancia Magnética Nuclear, Tomografía Axial Computerizada, colonoscopia o densitometría. Además del diagnóstico es necesario

determinar el grado de actividad y la limitación funcional de la enfermedad, para establecer el tratamiento más adecuado en cada caso.

Para diagnosticar a un paciente con espondiloartritis, hace 15 años era necesario esperar entre 5 y 10 años para observar la evolución de la enfermedad por radiografía. Actualmente se puede diagnosticar más precozmente, aunque en la mayoría de los casos no se hace antes de cinco años. Según el doctor Eduardo Collantes Estévez, jefe del

## **La Sociedad Española de Reumatología presenta el primer registro de pacientes y el documento de consenso sobre el tratamiento de estas enfermedades**

Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Reina Sofía, de Córdoba, "es imprescindible disponer de herramienta útiles capaces de detectar y clasificar a un paciente con espondiloartritis en el primer año de evolución



de la enfermedad, debido a los beneficios que se obtienen con el tratamiento precoz".

#### **ANTÍGENO HLA-B27: AUMENTO DEL RIESGO**

Las personas que tienen en sus glóbulos blancos el antígeno HLA-B27 poseen un riesgo mayor de padecer una espondiloartropatía (entre tres o cuatro veces superior al de 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 HLA-B27 activado van a desarrollar la enfermedad, hay otros factores medioambientales que la desencadenan a edades tempranas. Alrededor del 95% de las personas con espondilitis, por ejemplo, presentan HLA-B27 positivo (no al revés, es decir, no todas las personas con este antígeno van a padecer la enfermedad). HLA-B27 fue descubierto hace 27 años y se transmite por herencia. Posee variantes importantes, algunas de las cuales se asocian con la enfermedad y otras no.

#### **"FOTOGRAFÍA" DEL PACIENTE CON ESPONDILOARTRITIS**

En el simposio se han presentado los datos de la primera fase de REGISPONSER, un registro que representa ya el mayor estudio transversal de espondiloartritis realizado en nuestro país y que permite ofrecer una "fotografía" bastante amplia y precisa de las características de los pacientes con estas enfermedades en España, según comenta el doctor Rafael Ariza Ariza, del hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.

En el estudio han participado 1.200 pacientes y nueve hospitales. El grupo más numeroso de pacientes tiene una edad entre 30 y 49 años. Según este estudio sólo un 37% realiza ejercicios de forma habitual y la prevalencia de incapacidad laboral se sitúa en torno al 25%, de los que un 10% tiene incapacidad absoluta.

La enfermedad más frecuente es la espondilitis anquilosante (60%), seguida de la artritis psoriásica (21%). La espondilitis anquilosante -una enfermedad que si no se trata

puede llegar a fusionar las vértebras entre sí, dejando la columna rígida, sin flexibilidad-, aparece sobre todo en personas jóvenes, especialmente en varones entre los 15 y los 25 años. Más de un 70% de los pacientes tiene el antígeno HLA-B27 positivo.

Dos terceras partes de los pacientes consumen habitualmente antiinflamatorios no esteroideos (el más frecuente indometacina) y un 13% recibe tratamiento biológico, el más frecuente infliximab (10,3%).

REGISPONSER tiene una segunda parte y estará abierto a todos los servicios de reumatología de todo el país.

#### **TRATAMIENTOS BIOLÓGICOS QUE MODIFICAN LA ENFERMEDAD**

Desde los primeros resultados de los estudios, los nuevos fármacos biológicos anti-TNF (bloqueantes del Factor de Necrosis Tumoral Alfa) han demostrado una mejoría de los síntomas axiales, junto con el descenso espectacular de los reactantes de la fase aguda de la inflamación, así como un efecto muy beneficioso sobre los síntomas articulares peri-





Dres. Tornero, López de Castro y Collantes

féricos, sobre las entesitis e incluso en algunas manifestaciones extrarticulares (como uveítis). La eficacia se manifiesta precozmente en la mayoría de los pacientes y se mantiene al menos dos años, que es el mayor tiempo de los estudios.

La Sociedad Española de Reumatología ha presentado durante este simposio el consenso sobre el tratamiento de las espondiloartropatías. "El objetivo de los tratamientos ya no es sólo mitigar los síntomas, sino intervenir en los procesos inflamatorios de las articulaciones y otras manifestaciones como la uveítis, para que la enfermedad no progrese", señala el doctor Jesús Tornero, presidente de la SER.

Según este consenso, la elección del tratamiento va a depender de las características de la enfermedad, las articulaciones afectadas e incluso la actividad del paciente. En el caso de espondilitis anquilosante y artritis psoriásica, cuando solamente está afectada la columna vertebral, el consenso propone probar primero con dos AINEs clásicos durante tres meses y, si no hay respuesta o bien se presenta toxicidad o intolerancia, iniciar la terapia anti-TNF.

Si en la espondilitis anquilosante están afectadas varias articulaciones, el consenso propone comenzar con AINEs y sulfasalaci-

na durante 3-4 meses; cuando hay entesitis (afectación de los tendones) propone considerar hacer infiltraciones locales con glucocorticoides. Si en la primera elección no hay respuesta o se presenta toxicidad o intolerancia, iniciar la terapia anti-TNF.

El objetivo del tratamiento para la artritis psoriásica es que no haya inflamación en las articulaciones, por lo que se propone considerar infiltraciones sobre todo en las articulaciones de carga, como la rodilla o la cadera. El tratamiento inicial es con alguno de los tres fármacos, metotrexato (entre 7,5 y 20-25 miligramos a la semana), sulfasalacina o leflunomida, durante 3-4 meses, y si no se obtiene respuesta, hay intolerancia o toxicidad, se pasará a tratamiento con anti-TNF.

Tanto para la espondilitis anquilosante como para la artritis psoriásica se aconseja -siempre dependiendo de la severidad de la enfermedad- el tratamiento de inicio con AINEs (antiinflamatorios no esteroideos) y/o en combinación con los llamados fármacos modificadores de la enfermedad (metotrexato, sulfasalacina, leflunomida...), y si no hay respuesta a los 3-4 meses, o se presenta intolerancia o toxicidad, iniciar la terapia con los fármacos anti-TNF (infliximab, etanercept, adalimumab).

## Algunos datos de las espondiloartritis

Dentro del grupo de las espondiloartritis, la espondilitis anquilosante es la más frecuente, seguida de la artritis psoriásica, y la enfermedad inflamatoria intestinal.

- El 70% de los pacientes posee el antígeno HLA-B27. En la población general este antígeno no pasa del 8%.

- Afecta a un 0,7% de la población.

- Se observan unos 40 casos por 100.000 habitantes al año.

- Es más frecuente en los varones.

- La edad de inicio es entre los 15 y los 45 años. La probabilidad de aparición disminuye a partir de los 55 años.

- Un 15% de los pacientes que acuden a reumatología lo hacen por espondiloartropatías.

- Si la cadera está afectada precozmente, la enfermedad tendrá una evolución más severa.

- Aunque en España no hay datos, el coste en otros países europeos es de unos 2.100 euros al año, más otros 1.300 del propio paciente.

- Es responsable de uno 62 días de baja laboral al año.

- El 27% llega a una situación de invalidez permanente.

- El 20,3% cambia de profesión.

- Un 20,3% abandona toda actividad profesional.

(Datos recogidos de la Monografía SER, Espondiloartritis. Dirigida por el doctor Raimon Sanmartí. Sociedad Española de Reumatología. Editorial Médica Panamericana)

CON EL PATROCINIO DE WYETH

# Ya está terminado el nuevo Fondo de Imagen de la SER

A PARTIR DE ABRIL LOS SOCIOS DE LA SER PODRÁN DISPONER DEL NUEVO FONDO DE IMÁGENES QUE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA OFRECE A SUS ASOCIADOS

Se trata de un archivo de más de 1.200 fotografías que cubren la mayor parte de los aspectos de la reumatología. A diferencia de la edición anterior, se incluye 10 vídeos con imágenes de exploración física del aparato locomotor y técnicas de infiltración local. Se trata de un gran esfuerzo por parte de la SER que durante el año 2003 recibió material de más de medio centenar de autores, material que fue seleccionado y clasificado el pasado año.

El Fondo está patrocinado por Laboratorios Wyeth, quien distribuirá el primero de varios CDs, con imágenes y vídeo, a partir de abril.

El objetivo de este Fondo es que los socios de la SER dispongan de material iconográfico de calidad que cubra la mayor parte de los aspectos de la reumatología y que pueda ser de utilidad en la activi-



**Por primera vez incluye imágenes en vídeo de exploraciones físicas y técnicas de infiltración**

dad cotidiana, clínica y docente. Los criterios de selección, según los coordinadores del Fondo, los doctores Antonio Naranjo y José Rosas, han sido el incluir las imágenes de mayor calidad, independientes o agrupadas en casos clínicos que aporten estos criterios.

Las imágenes en vídeo, según los coordinadores, se potenciarán

en el futuro, como una herramienta muy útil para visualizar y enseñar las distintas técnicas de la especialidad, así como para mostrar a los pacientes tratamientos y/o ejercicios de fisioterapia a realizar en su domicilio.

Es intención de la SER que una versión simplificada del Fondo quede ubicado en la página web de la Sociedad para uso de sus socios. En la misma pantalla se podrá acceder a otros bancos de imágenes, como el del Servicio de Reumatología del Hospital Valle de Hebrón.

#### MANEJO SENCILLO

Según los coordinadores de la selección del Fondo, se ha cuidado mucho la presentación para que su

**En la selección ha primado la calidad y su interés para la actividad cotidiana y docente**



manejo sea sencillo: entorno de pantalla tipo windows con desplegables, un potente buscador de palabras clave muy intuitivo, visualización en pantalla completa, fácil grabación en otro archivo, posibilidad de pasar directamente para una presentación de una selección de imágenes a programas como Power Point, capacidad de ajuste de la imagen en brillo o contraste, etc.

Puede decirse que pocas Sociedades científicas cuentan con un Fondo de Imágenes de estas características. "Un Fondo que no está cerrado y que de forma periódica - señalan los doctores Naranjo y Rosas- será completando con nuevas imágenes y vídeos."

#### **56 AUTORES Y 38 HOSPITALES**

De las 1.294 imágenes recibidas se han aceptado 887 (el 68,5%). De las aceptadas, 571 son fotos individuales y 121 corresponden a casos (cada una entre 2 y 5 fotos).

### **Puede decirse que pocas Sociedades científicas cuentan con un Fondo de Imágenes de estas características**

Se han incluido el 55% de las fotos del Banco de Imágenes de 1995, 344. El Fondo actual incluye 1.231.

Han participado 56 autores y 38 hospitales. A diferencia del Fondo del año 95, ha habido una gran participación de hospitales comarcales. Han participado también dos hospitales extranjeros (Uruguay e Italia). Los 10 hospitales con mayor participación han sido: La Paz (Madrid), General (Castellón), Doctor Negrín (Las Palmas), Do Meixoeiro (Vigo), Marina Baixa (Alicante),

Del Mar y La Esperanza (Barcelona), De Cruces (Baracaldo), Centro de Salud Canal Salat (Ciudadela. Menorca), Euromútua (Zaragoza), Clinic (Barcelona).

Estas imágenes cubren gran parte del contenido de la reumatología actual, aunque aún quedan aspectos por completar. Los diagnósticos o enfermedades recibidos más frecuentes han sido:

<b>Enfermedad de Paget</b>	<b>93</b>
<b>Artritis Reumatoide</b>	<b>77</b>
<b>Artrosis</b>	<b>77</b>
<b>Gota</b>	<b>56</b>
<b>Tumores</b>	<b>55</b>
<b>Condrocálcinosis</b>	<b>50</b>
<b>Esclerodermia</b>	<b>48</b>
<b>LES</b>	<b>42</b>
<b>Fracturas</b>	<b>39</b>
<b>Espondilitis anquilosante</b>	<b>38</b>



LA REACCIÓN AUTOINMUNE EN EL LUPUS  
PUEDE AFECTAR A CASI CUALQUIER ÓRGANO

# Lupus eritematoso, esa caprichosa inflamación

**E**l lupus es una enfermedad autoinmune, crónica, de origen desconocido que se caracteriza por la inflamación de distintos tejidos y órganos. La gravedad varía mucho en cada caso, dependiendo de la cantidad y variedad de anticuerpos y de los órganos afectados. Es una enfermedad poco conocida, pero no rara, ya que es más frecuente que la leucemia o la esclerosis múltiple. Puede aparecer a cualquier edad, infancia, edad adulta y tercera edad, aunque ocurre con más frecuencia entre los 17 y 35 años. El 90% de los casos son mujeres y se calcula que cada año aparecen 7 nuevos casos por 100.000 habitantes.

Hace unos treinta años la supervivencia de estos pacientes a los 5 años era del 50%, pero gracias a un mayor conocimiento de la enfermedad y a los tratamientos, en la actualidad puede considerarse una enfermedad crónica, y los pacientes pueden llevar una vida normal.

## UNA ENFERMEDAD AUTOINMUNE

El lupus es una enfermedad autoinmune. Significa que en algún momento sustancias normales y propias de una persona, como algunas proteínas, se vuelven extrañas para el propio organismo. El sistema inmunológico en estas circunstancias produce

anticuerpos en contra de sí mismo y elimina sustancias que son normales e importantes para el funcionamiento del organismo. En el caso del lupus esta situación se produce en múltiples lugares, como riñón, articulaciones, músculos, arterias, venas... En la mayoría de los casos es una enfermedad benigna que afecta sólo unos cuantos órganos, generalmente la piel, pero en otros puede ser más severo y afectar casi cualquier órgano del cuerpo.

**Un mayor conocimiento y las nuevas terapias han transformado en 30 años una enfermedad mortal en crónica**

No se conoce la causa exacta que origina el lupus. Según algunos expertos, es posible que el agente que pone en marcha la

enfermedad sea un virus, pero al mismo tiempo se necesita una conjunción de factores para que la enfermedad aparezca, como factores genéticos y hormonales; no hay que olvidar que es mucho más frecuente en la mujer (1 varón por cada 9 mujeres).

## EN CUALQUIER ÓRGANO

El lupus no afecta por igual a todas

las personas, puede estar afectada solo la piel, o varios órganos, como corazón, riñón, pulmón... Sin embargo, hay unos síntomas generales, como el cansancio, la pérdida de peso inexplicable y la fiebre prolongada.





### ■ La afección de la piel

Es una de las lesiones más frecuente. El enrojecimiento y erupción pueden aparecer en cualquier parte del cuerpo y en general no dan molestias. La lesión más conocida, pero no más frecuente, es el enrojecimiento y erupción de la piel en las mejillas y nariz, "eritema de alas de mariposa". Precisamente de esta erupción le viene el nombre de lupus (lobo en latín), pues se decía semejaba a las marcas que tienen en el rostro algunos lobos.

Es frecuente la caída del cabello cuando la enfermedad está activa. Cuando el paciente es tratado y la enfermedad mejora, el pelo vuelve a crecer.

Estos pacientes tienen una piel muy sensible a los rayos ultravioletas y no es infrecuente que la enfermedad aparezca tras una exposición prolongada al sol. Tampoco significa que todos los pacientes tengan este problema, pero conviene protegerse con cremas con factor de protección como mínimo del número 20.



### ■ Síntomas articulares y musculares

El 90% de los pacientes con lupus tiene dolor e inflamación de las articulaciones (artritis). Las que más se afectan son las de los dedos de las manos, las muñecas, los codos, las rodillas y las de los pies.

Es muy frecuente que empeore tras el descanso nocturno y el paciente note "rigidez articular" por las mañanas. Hay dificultad para mover las articulaciones y sólo se corrige pasado un tiempo y tras realizar varios ejercicios.

Al mismo tiempo también pueden aparecer dolores musculares en los brazos, las piernas y otras zonas. En general son síntomas leves y responden bien al tratamiento médico.

### ■ Inflamación de corazón y pulmones

Cuando el lupus inflama estos órganos lo hace sobre todo en las capas de revestimiento del corazón (el pericardio) y de los pulmones (la pleura). Estos procesos, pericarditis y pleuritis, tienen síntomas parecidos: dolor en el tórax y a veces fiebre. En líneas generales no suelen plantear ningún problema importante y responden bien a un tratamiento médico sencillo. En raras ocasiones se pueden ver afectados los pulmones o las válvulas del corazón, lo que ocasiona insuficiencia respiratoria o cardíaca.

### ■ Lesión renal

Es frecuente la lesión renal y siempre a los dos riñones a la vez. Su severidad depende de un paciente a otro, puede ser leve o más seria. Todas ellas pueden ser tratadas con éxito.

La lesión más frecuente es la inflamación, que a veces conduce a que el riñón no pueda eliminar adecuadamente los residuos del organismo y éstos se acumulen en la sangre.

A veces, debido a la inflamación, el riñón es incapaz de retener sustancias tan importantes como las proteínas, lo que provoca que se eliminen por la orina y se produzca hinchazón en la cara y en las piernas. En otros casos la lesión renal origina una subida de la tensión arterial.

### ■ Repercusión en el sistema nervioso central

Es muy difícil saber con qué frecuencia se afecta el cerebro en el lupus, debido a que manifestaciones como el dolor de cabeza, depresiones o situaciones leves de hiperactividad, son muy frecuentes en la población general y pueden deberse a una leve infla-



mación cerebral por el lupus o a otras circunstancias.

### ■ Sensibilidad a las infecciones

El paciente con lupus es sensible a las infecciones. Se debe a que el propio lupus predispone a la infección y a que algunas de las medicaciones que se emplean para tratar la enfermedad disminuyen las defensas.

### EL SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO O ANTICOAGULANTE LÚPICO

El síndrome antifosfolípido -también conocido como síndrome Hughes- es una enfermedad ligada al lupus, aunque también aparece en personas que no tienen la enfermedad. Provoca accidentes cerebrovasculares, trombosis, abortos y muertes fetales de repetición. Aunque no se conoce su prevalencia, se sabe que 1 de cada 5 mujeres que

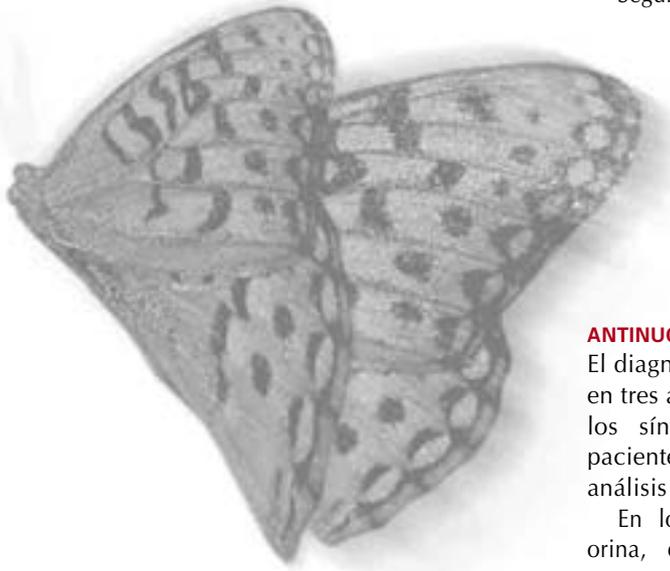
## 1 de cada 5 mujeres con trombosis presenta el síndrome antifosfolípido, una enfermedad ligada al Lupus

tienen trombosis presenta este síndrome, que también está presente en 1 de cada 5 accidentes cerebrovasculares producidos antes de los 50 años, y en 1 de cada 5 mujeres que ha tenido abortos o muertes fetales. Conociendo la existencia de este síndrome, estos pacientes pueden ser tratados para prevenir los daños.

Para un mayor conocimiento de este síndrome se creó el Grupo de Estudio de Síndrome Antifosfolípido (GESAF) del hospital La



## Los recursos actuales permiten al paciente llevar una vida normal



Paz. Se trata de un grupo multidisciplinario formado por hematólogos, inmunólogos, internistas, nefrólogos, neurólogos, obstetras, pediatras y reumatólogos.

Según algunos expertos, este síndrome podría tener una incidencia mucho mayor si se realizara un "screening" a los grupos de riesgo, pacientes con abortos, trombosis....

### POSITIVO EN ANTICUERPOS

#### ANTINUCLEARES

El diagnóstico del lupus se basa en tres aspectos fundamentales: los síntomas que cuenta el paciente, su examen físico y los análisis de sangre y orina.

En los análisis de sangre y orina, el paciente con lupus

puede presentar algunas anomalías que hacen sospechar la enfermedad. Es frecuente que tenga el número de leucocitos, linfocitos y plaquetas más bajo de lo normal. Por otro lado, si hay inflamación renal, el examen de la orina detectará esta alteración. Pero las pruebas más importantes serán las que detectan la producción de anticuerpos antinucleares -se denominan así por estar dirigidos contra determinadas estructuras del núcleo de las células-. Prácticamente el 100% de los pacientes con lupus tienen esta prueba positiva. Sin embargo, hay otras enfermedades que también dan esta positividad.

Hay unos anticuerpos -anti ADN- que sólo aparecen en el lupus, y se consideran la prueba definitiva para el diagnóstico de esta enfermedad.

### LUPUS, Síntomas más frecuentes

- Dolores articulares
- Fiebre de más de 38 °C
- Artritis (articulaciones inflamadas)
- Fatiga prolongada o extrema
- Erupciones, ronchas en la piel
- Anemia
- Estos síntomas prácticamente afectan al 70-90% de los pacientes. Hay otros síntomas que afectan a menos de la mitad, como son la afectación de los riñones, el dolor en el pecho, eritemas en forma de mariposa en las mejillas y nariz, sensibilidad a la luz solar, pérdida del cabello, problemas en la coagulación...

### Documentos gráficos del Banco de Imágenes de la SER



DRA. MARÍA ROSA GONZÁLEZ CRESPO

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL 12 DE OCTUBRE. MADRID

# Nuevos inmunomoduladores en el tratamiento del lupus eritematoso sistémico

## Leflunomida, micofenolato mofetil y tacrolimus

La mayoría de los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) responden a los tratamientos farmacológicos estándar para la enfermedad, tratamientos que incluyen generalmente corticoides, antipalúdicos, azatioprina o ciclofosfamida, solos o en combinación.

No obstante, existen algunos pacientes que no responden a estos tratamientos, recidivan o presentan efectos adversos severos lo suficientemente severos para obligar a suspender estas terapias. Así, hasta el 25% de los pacientes con nefritis lúpica severa recidivan a los 5 años después de suspender la terapia para la glomerulonefritis (1). Por todo ello se han investigado nuevas vías terapéuticas que ofrezcan alternativas de tratamiento para estos pacientes. Entre los tratamientos no convencionales hay inmunosupresores distintos a los comúnmente utilizados, entre ellos, leflunomida, micofenolato mofetil y tacrolimus.

### LEFLUNOMIDA

Es un fármaco importado del propio campo de la Reumatología, donde ha demostrado una eficacia similar al metotrexato para el tratamiento de la AR (2). Los mecanismos fundamentales por los que ejerce su acción en el LES al se deben a la inhibición de la síntesis de novo de pirimidinas, que

disminuye la proliferación de células T y la expansión de clones autoreactivos, y disminuye la proliferación de células B y la producción de anticuerpos patogénicos.

En el LES hay un ensayo clínico y 5 series de casos publicados sobre la experiencia de este tratamiento en estos pacientes. En general, los pacientes suelen mejorar sus índices de actividad de la enfermedad, especialmente por la mejoría de la artritis, pero, sin embargo, la proteinuria y los títulos de anti-DNA no suelen mejorar con el tratamiento (3).

En el LES se utiliza a las mismas dosis que para la artritis reumatoide, y su perfil de seguridad es similar al mostrado en artritis reumatoide. Se deben hacer los mismos controles que los recomendados para artritis reumatoide. Así pues, en conclusión, la leflunomida podría tener un papel en el LES para controlar la artritis que no respondan a metotrexato o hidrocicloroquina.

### MICOFENOLATO MOFETIL

Es un fármaco importado del campo del trasplante (renal, hepático, cardíaco), donde está aprobado su uso por la Food and Drug Administration (FDA) norteamericana desde 1995. Inhibe la función de células T y B. En el LES, su efecto se debe a que afecta fundamentalmente a los linfocitos, porque en

otras células la síntesis de purinas no depende tanto de la síntesis de novo. Inhibe sobre todo la isoforma tipo II de inosin monofosfato deshidrogenasa, que se expresa en linfocitos estimulados, más que en los que no lo están.

En modelos animales de LES se ha visto que aumenta la supervivencia, disminuye la proteinuria y enlentece el daño renal. En pacientes con LES se ha empleado fundamentalmente para tratar las recidivas de la nefritis lúpica. Existen numerosas series de casos que indican eficacia en pacientes con nefritis severas resistentes a múltiples tratamientos previos con ciclofosfamida, ciclosporina o azatioprina. Se ha visto que el 70-80% de los pacientes mejoran, en un seguimiento medio de 15 meses. En glomerulonefritis membranosa en los adultos hay una respuesta variable, aunque algunos pacientes, especialmente niños, responden bien. Histológicamente, parece disminuir los índices de actividad en las rebiopsias renales, aunque su efecto sobre los anticuerpos anti-DNA y los niveles de complemento han mostrado datos contradictorios. De estos los estudios no controlados se puede deducir, al menos, su seguridad, ya que los efectos adversos que presenta no han sido referidos como significativamente severos. Como terapia inicial para tratamiento de la nefritis lúpica severa, existen, al menos, dos

### REFERENCIAS

1. Ciruelo et al. *Arthritis Rheum.* 1996; 39: 2028-35
2. Kalden et al. *Arthritis Rheum* 2003; 48: 1513
3. Tam LS et al. *Lupus* 2004; 13: 601-604.
4. Chan TM et al. *N Engl J Med* 2000; 343: 1156-62
5. Chan TM et al. *J Am Soc Nephrol* 2001; 12: 1010A

ensayos clínicos que demuestran su eficacia, que es, al menos, similar a la de ciclofosfamida, con mejoría del 80% de los pacientes. No obstante, hay algunos datos que indican que los pacientes tratados con micofenolato presentan una mayor tasa de recaídas (4-6). Para el tratamiento de mantenimiento de la nefritis lúpica grave, después de terapia de inducción con ciclofosfamida, el micofenolato parece un fármaco más seguro que ciclofosfamida y tan eficaz como este fármaco en su pauta de bolos trimestrales (7). También se ha empleado con buenos resultados en algunos casos de afectación orgánica severa no renal, refractarios a otros tratamientos. Se han descrito mejoría en los índices de actividad, la afectación cutánea severa, la afectación hematológica, la articular, la neurológica, y la pulmonar (8-9).

El micofenolato en el lupus se usa a dosis de 500-1000 mg/12 horas (empezar por 500 mg), tomándolo con agua sin alimentos. Sus efectos adversos son bastante similares a los que presenta azatioprina (Tabla 4). Precisa monitorización periódica y controles. Una pauta para monitorizar puede ser la siguiente: realizar hemograma y bioquímica cada semana durante el primer mes, cada 2 semanas 2 meses y después mensual. En insuficiencia renal hay que ajustar dosis. (Ccr <25 mL/min < 500mg/12h). En insuficiencia hepática no es necesario. Presenta interacciones con colestieramina y antiácidos (? MMF), acyclovir (? acyclovir), probenecid (? MMF).

Así pues, en conclusión, micofenolato parece un tratamiento eficaz y seguro en pacientes con LES, especialmente indicado en casos de nefritis severa como terapia de mantenimiento o en aquellos casos refractarios o que no toleren los tratamientos. Como terapia de inducción en nefritis podría tener más recaídas que ciclofosfamida.

En niños también podría tener un papel por la ausencia de efectos secundarios sobre la fertilidad y neoplasias, respecto a ciclofosfamida. El micofenolato también podría estar indicado para afectación orgánica extrarenal y como ahorrador de esteroides.

### TACROLIMUS

Es un fármaco importado también del campo del trasplante (renal, hepático, páncreas, pulmón), donde se usa desde 1989. Es más potente que ciclosporina y con similar perfil de seguridad. Es un macrólido que se extrae de *Streptomyces Tsukubaensis*. En el LES su acción se basa en que suprime la respuesta inmune bloqueando la activación de células T y la respuesta inmune.

En el LES se está estudiando para la nefritis lúpica severa como tratamiento inicial. Parece tener una eficacia similar a ciclofosfamida, sin presentar efectos adversos relevantes (10). También se han descrito casos de pacientes con

psoriasis, dermatomiositis, Behcet, úlceras reumatoides y rosácea. Su eficacia es igual o mejor a los esteroides, especialmente en niños o en las lesiones de la cara, donde solo se pueden usar esteroides suaves por el riesgo de atrofia. Sus efectos secundarios en su formulación tópica son leves e incluyen picor, quemazón y foliculitis que suelen mejorar al hacerlo las lesiones cutáneas. Además, a diferencia de los esteroides, no causa atrofia.

Para su utilización por vía oral hay que empezar con una dosis aproximada de 0,05 mg/kg/día (en dos tomas cada 12 horas) y se puede subir a 0,1 o incluso 0,15 mg/kg/día según la respuesta clínica y los niveles terapéuticos (hay capsulas de 0,5, 1 y 5 mg). La dosis intravenosa usada para el trasplante es de 10-1000 mcg/kg/día/ 24 horas (0,05-0,1 mg/kg/día) durante 2-3 días y después pasar a vía oral (hay ampollas de 5mg/mL). Para su uso tópico se emplea una fórmula oleosa con una concentración al 1% y se administra una aplicación cada 12 horas. Sus efectos secundarios son similares a los de ciclosporina. Precisa monitorización periódica, y en insuficiencia hepática y renal hay que usar las dosis menores de los intervalos reconocidos (Tabla 6). Su toxicidad puede aumentar con eritromicina, danazol e ibuprofeno.

Así pues, en conclusión, respecto a tacrolimus en el LES, podría estar indicado especialmente en aquellos casos de afectación orgánica severa, fundamentalmente en nefritis severa, fundamentalmente en los pacientes que presentan recaídas o efectos secundarios severos, pero también como para terapia inicial, aunque estas indicaciones están aún por sentar. Una indicación del tratamiento tópico con tacrolimus son las lesiones cutáneas de lupus resistentes a tratamiento esteroideo tópico o donde los esteroides estén empezando a producir efectos como la atrofia o las telangiectasias.

### Tratamientos no convencionales

#### ● INMUNOSUPRESORES

- TALIDOMIDA-indicación: afectación cutánea-25-50 mg/día. Neuropatía 7%
- VINCISTINA-alcaloides de la vinca-Indicación: trombopenia
- CLADRIBINA Y FLUDARABINA-análogos purinas-LLC-casos aislados
- LEFLUNOMIDA
- MICOFENOLATO
- TACROLIMUS

#### ● TERAPIAS HORMONALES (DHEA, tamoxifen, bromocriptina)

- AGENTES BIOLÓGICOS
- MISCELANEO-TRASPLANTE MEDULA

recaída de enfermedad renal, con vasculitis severa y con hemorragia pulmonar que mejoraron con el tratamiento (11). Para la afectación cutánea refractaria a esteroides se emplea el tacrolimus en formulación tópica. Es el primer inmunosupresor de uso tópico y hay mucha experiencia en su utilización. En el año 2000 la FDA aprobó su uso para dermatitis atópica moderada-severa en niños y adultos. También se ha utilizado en el pioderma gangrenoso, liquen plano, dermatitis actínica,

SEGÚN EL MAPA DE RECURSOS EN OSTEOPOROSIS EN ESPAÑA

# Sólo 30 densitómetros por cada millón de mujeres posmenopáusicas

Algunas provincias carecen de densitómetro y 15 sólo cuentan con aparatos de titularidad privada

España cuenta 232 densitómetros DXA axiales, lo que supone 30 densitómetros para cada millón de mujeres posmenopáusicas, la población con una mayor prevalencia de la enfermedad. Este cifra pasa a ser de 8 aparatos por millón de mujeres en esa etapa de la vida cuando se consideran sólo aquellos centros de titularidad pública o en régimen concertado con la Seguridad Social. Algunas provincias carecen de densitómetro y 15 sólo cuentan con aparatos de titularidad privada. Actualmente, la lista de espera media para realizarse esta prueba en los centros públicos es de 153 días (aproximadamente cinco meses). Junto a la escasez de equi-

pos, es también destacable la antigüedad de los mismos, con una escasa incorporación en los últimos años.

Son datos del Mapa de Recursos en Osteoporosis, realizado por la Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas (FHOEMO) y la Sociedad Española de Investigaciones Óseas y Metabolismo Mineral (SEIOMM), con la colaboración de la Asociación Española contra la Osteoporosis (AECOS) y con el apoyo de la Internacional Osteoporosis Foundation (IOF).

#### NECESIDADES MAL CUBIERTAS

La densitometría DXA axial permite el diagnóstico de osteoporosis de acuerdo con los criterios de la

OMS antes de que aparezcan las fracturas y es una de las pruebas más importantes para su diagnóstico. En España existen cerca de dos millones y medio de mujeres con osteoporosis, de las que el 40% aproximado está sin diagnosticar. Cada año se producen en nuestro país más de 60.000 fracturas de cadera, que en parte pudieran ser mitigadas con un diagnóstico y tratamiento precoces.

Destaca también este estudio que los densitómetros públicos están ubicados en grandes hospitales, compartiendo en un 40% su actividad asistencial con la actividad de investigación, lo que supone un acceso centralizado y más fácil para las especialidades de consulta hospitalaria, aunque difi-



La densitometría DXA axial **permite el diagnóstico de osteoporosis de acuerdo con los criterios de la OMS antes de que aparezcan las fracturas**

culta el acceso de la Atención Primaria y un posible crecimiento en este sentido.

Según destaca el Dr. Manuel Díaz Curiel, presidente de la Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas (FHOEMO), el estudio ha puesto de relieve que, en lo que referente a este equipamiento, no están cubiertas adecuadamente las necesidades en España para diagnosticar la osteoporosis y que el nivel de equipamiento de la Sanidad española presenta una estructura que contrasta con las necesidades de la población.

Según el Dr. José Manuel Quesada, representante de la Sociedad Española de Investigaciones Óseas y Metabolismo Mineral (SEIOMM), hay una clara necesidad de invertir en nuevos aparatos, racionalizar los recursos actuales en el servicio público y adecuar el concierto con centros privados para mejorar la sobrecarga actual de la sanidad pública, además de garantizar la calidad técnica".

#### ACTITUD ANTE EL PROBLEMA

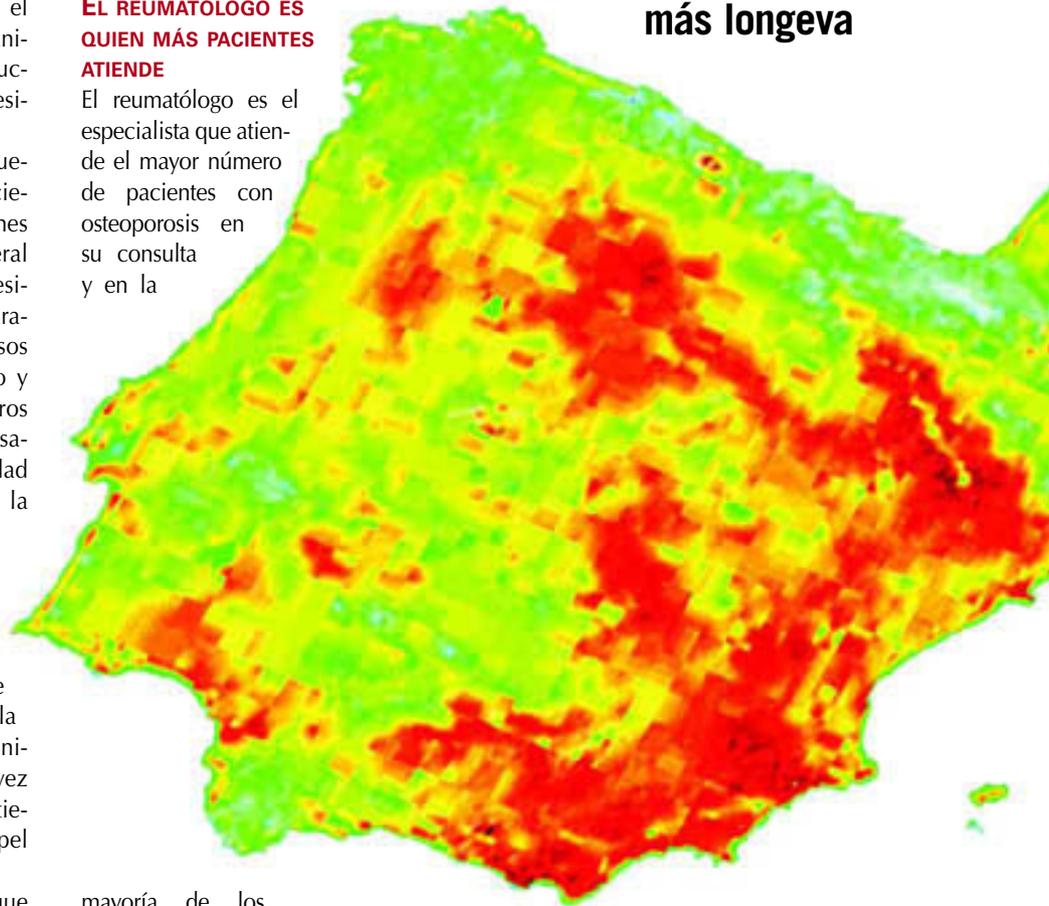
El Mapa de Recursos en Osteoporosis de España revela que los médicos son sensibles a la osteoporosis como problema sanitario en una población cada vez más longeva. Sin embargo, no tienen claramente definido su papel ante la enfermedad.

Señala también el informe que la utilización de densitómetros es una variable dependiente de su accesibilidad para el médico, más que de su opción personal como elemento válido de diagnóstico. Es más, una mayor disponibilidad de acceso a pruebas de densitometría favorecería una mayor implicación de los diferentes médicos en su diagnóstico y tratamiento, ya que todos están de acuerdo en considerarlo como el mejor método diagnóstico de la osteoporosis y de seguimiento de

los tratamientos instaurados. "La falta de recursos es especialmente importante en el ámbito de la Atención Primaria, a pesar de constituir un grupo profesional con un interés creciente por la problemática de la osteoporosis y ser a menudo el primero en evaluar la osteoporosis", señala la doctora Cristina Carbonell, médico de atención primaria.

#### EL REUMATÓLOGO ES QUIEN MÁS PACIENTES ATIENDE

El reumatólogo es el especialista que atiende el mayor número de pacientes con osteoporosis en su consulta y en la



mayoría de los casos realiza él mismo el seguimiento y diagnóstico, sin derivar a otros especialistas. El endocrinólogo, participa también de forma relevante en la evaluación y manejo de esta enfermedad.

#### FRACTURAS Y RADIOGRAFÍAS

Por su parte, el traumatólogo, que también cumple el papel de especialista de referencia en algunas áreas, es el que trata al paciente normalmente cuando ya ha sufrido la fractura. Por regla general

## El Mapa de Recursos en Osteoporosis de España revela que los médicos son sensibles a la osteoporosis como problema sanitario en una población cada vez más longeva

este especialista diagnostica a través de la radiografía. El ginecólogo, por su parte, está cada vez más implicado en la osteoporosis y es el que demanda mayor número de pruebas de densitometría. Y, por último, el médico internista, debido a su actividad en el ámbito hospitalario, y por el perfil de pacientes que atiende, pese a tener un buen acceso a la densitometría por DXA, recurre en mayor medida a los rayos X.

## PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO SOCIOLÓGICO DE ARTRITIS REUMATOIDE EN ESPAÑA

# Los médicos y los pacientes reclaman una Atención Integral en la artritis reumatoide

El pasado mes de octubre tuvo lugar la presentación en Madrid de los resultados del Estudio Sociológico sobre Artritis Reumatoide en España, declarado de interés por la Sociedad Española de Reumatología y que ha contado con el apoyo de la Liga Reumatológica Española y el patrocinio de Abbott Laboratories. Desde entonces, se han sucedido en distintas ciudades españolas –Bilbao, La Coruña, Barcelona y Sevilla– distintas presentaciones para los medios de comunicación, respaldadas por destacados especialistas en reumatología y que han contado además con el apoyo de varias ligas autonómicas de reumatología.

Estas ruedas de prensa han permitido acercar a la población general una enfermedad, la artritis reumatoide, desconocida para la inmensa mayoría ya que, según este estudio, el 95% de la población no es capaz de nombrarla de forma espontánea cuando se les pregunta por enfermedades inflamatorias. A través de la televisión, periódicos, revistas y emisoras de radio, miles de personas han podi-

do saber qué es esta enfermedad, cómo cambia la vida de las personas que la sufren, el alto porcentaje de personas que todavía no están diagnosticadas, y además han conocido lo que piensan los pacientes, sus familiares, los médicos de atención primaria y especialistas de la artritis y cuáles son sus demandas.

depresión. Frente a estos datos, los enfermos se encuentran en situación que ellos mismos definen de indefensión.

Como han denunciado los portavoces de la Lliga Reumatològica Catalana, Liga Reumatológica Andaluza, Liga Reumatológica Galega y Liga de Enfermos Vizcaínos afectados por la Artritis Reuma-



**El 95% de la población no identifica de forma espontánea la artritis reumatoide**

### INDEFENSIÓN ANTE EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD

Este estudio ha puesto por primera vez cifras al impacto de esta enfermedad: el 76% de los pacientes sufre algún tipo de inmovilidad, el 83% padece dolores articulares, el 59% presenta articulaciones inflamadas, entre un 28 y un 32% sufre cansancio y malestar y una parte importante reconoce tener problemas psicológicos como consecuencia de la artritis, fundamentalmente

toide las deficiencias en la atención se inician desde la aparición de los primeros síntomas. Hay un gran porcentaje de pacientes a los que se les diagnostica la enfermedad de forma tardía, –afirmaba Daniel Castiñeira, representante de la Liga Reumatológica Galega– en ocasiones se tarda hasta un año hasta la detección y la instauración del tratamiento”.

Desde ese momento, cuentan con poco o ningún apoyo. “Todavía



estamos muy lejos de la asistencia integral que sería necesaria ofrecer al enfermo y que englobe aspectos biológicos, psicológicos y sociales”, aseguraba Elisenda de la Torre, de la Lliga Reumatològica Catalana. Para todos ellos, este estudio constituye una de las aportaciones más importantes que se han producido en el campo de la reumatología ya que ha identificado las principales deficiencias. Además, consideran este estudio como herramienta fundamental para mejorar la cobertura asistencial de esta enfermedad.

#### **LA OPINIÓN Y REIVINDICACIÓN DE LOS REUMATÓLOGOS**

Junto con la perspectiva de los pacientes, las ruedas de prensa han dado entrada a la opinión de los reumatólogos sobre como se está tratando esta enfermedad. Los especialistas también denuncian el diagnóstico tardío de la enfermedad, en casi la mitad de los casos se produce de forma tardía y en el

25% cuando la enfermedad se encuentra muy avanzada, y reclaman, entre otras reivindicaciones, un mayor número de plazas de especialistas y mayor colaboración entre atención primaria y especialistas en reumatología.

#### **POCAS PLAZAS EN TODA ESPAÑA**

Tanto en el País Vasco, como en Galicia, Cataluña o Andalucía, así como en la mayoría de las comunidades autónomas se reproduce la misma situación: existe un número insuficiente de plazas de especialistas que permita garantizar la demanda de nuevas consultas y el seguimiento de los enfermos, según han remarcado los reumatólogos que han participado en las ruedas de prensa. Por otro lado, los médicos de atención primaria, que desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico y seguimiento de los enfermos, desconocen, como ha reflejado el estudio, muchos aspectos de la enfermedad y de los avances que se han producido, por lo

## **En ocasiones se llega a tardar un año hasta la detección y la instauración del tratamiento**

que los reumatólogos subrayan la importancia de articular todos los mecanismos posibles para mejorar el entrenamiento y la capacitación del médico de atención primaria. Pacientes y médicos, no obstante, han coincidido en dar un mensaje positivo: se puede modificar la expectativa de vida de las personas con artritis reumatoide. De hecho, la aparición de las nuevas terapias biológicas está logrando evitar la progresión de la destrucción articular y se está modificando la evolución de la enfermedad, afirmaban los especialistas. No obstante, como han reclamado pacientes y médicos se precisa la adopción de medidas inmediatas de ámbito político, social y asistencial que se traduzcan en una mejor atención a los pacientes.

EN OCTUBRE, I CONGRESO ESPAÑOL DE PACIENTES

## Las **asociaciones de pacientes** evaluarán sus derechos, necesidades y demandas

Los próximos 20, 21 y 22 de octubre tendrá lugar en Casa Convalescència (Barcelona) la celebración del I Congreso Español de Pacientes, organizado por el Foro Español de Pacientes con la colaboración de diversas instituciones nacionales e internacionales, como el Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya o la Defensora del Pacientes de Madrid, y con el apoyo de las asociaciones de pacientes promotoras del Foro: la Asociación Española contra el Cáncer, la Federación de Diabéticos Españoles, la Federación Española

de Enfermedades Raras, la Fundación Española del Corazón, la Fundación Hipercolesterolemia Familiar y la Liga Reumatológica Española.

El congreso nace con el objetivo de evaluar la situación de los derechos de los pacientes en nuestro país, resumidas en el Decálogo de los Pacientes de la Declaración de Barcelona de mayo de 2003, así como estudiar las necesidades y demandas de las asociaciones que representan a los pacientes.

---

Foro Español de Pacientes:  
93.433.50.24

---

## En mayo, I Congreso Nacional de Pacientes con **Síndrome de Sjögren**

Del 27 al 28 de mayo se va a celebrar en Madrid (Palacio de Congresos) el I Congreso Nacional de Pacientes con Síndrome de Sjögren (S.S.), que pretende informar y forma al paciente en autocuidado de su enfermedad, según señala Jenny Inga Díaz, presidenta de la Asociación Española Síndrome de Sjögren.

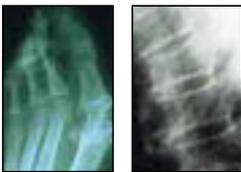
---

Para más información  
91 5358653,  
aessjogren@hotmail.com  
[www.aessjogren.org](http://www.aessjogren.org)

DR. JOSÉ CARLOS ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR SECC. REUMATOLOGÍA. H. MARINA BAIXA. VILLAJOSYA. ALICANTE  
 DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS SECCIÓN REUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE ONTENIENTE. VALENCIA  
 JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ SUEIRO SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO JUAN CANALEJO

Fotos: Banco de imágenes de la SER

# Bibliografía Comentada



- Artritis reumatoide
- Gota
- Osteoporosis

## ARTRITIS REUMATOIDE

### Alteraciones analíticas en los pacientes en tratamiento con metotrexato: algunos factores, pero la mayoría controlables

FACTORES DE RIESGO DE ALTERACIÓN DE LOS PARÁMETROS ANALÍTICOS MONITORIZADOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE.

*Kent PD, Luthra HS, Michet CJ. J Rheumatol 2004;31:1727-1731.*

Con objeto de conocer qué factores de riesgo influyen en la aparición de alteraciones analíticas hepáticas y hematológicas de los pacientes con artritis reumatoide (AR) en tratamiento con metotrexato (MTX), los autores revisan la base de datos de la Clínica Mayo desde 1991 a 2002.

El estudio se realizó en 481 pacientes con un seguimiento que suponía 2.323 personas-años de exposición a MTX. Se retiró de forma definitiva MTX en 22 pacientes (4.6%), la mayoría de los cuales (17 pacientes)

por elevación de GPT y tenían un índice de masa corporal (IMC) más elevado ( $p < 0.03$ ). Como factores predictores independientes para la elevación de GPT encontraron: la ausencia de suplementación con folatos ( $p < 0.001$ ), hiperlipidemia no tratada ( $p < 0.02$ ). La hipoalbuminemia se correlacionó de forma independiente con la presencia de trombopenia ( $p < 0.03$ ).

Los autores concluyen que la ausencia de suplementación con folato, hiperlipidemia no tratada y el IMC elevado son factores de riesgo para la elevación de transaminasas. Un nivel bajo de albúmina fue un factor de riesgo para trombocitopenia. Sin embargo, la presencia de hígado graso de causa no alcohólica puede ser un factor de riesgo para la elevación de transaminasas en pacientes con hiperlipidemia y obesidad.

El uso del MTX entre los pacientes de una consulta de reumatología está muy extendido, especialmente en pacientes con AR. Puede alcanzar al 1-2% del total de pacientes en seguimiento. Todas las guías de práctica clínica aconsejan una evaluación periódica de estos pacientes mediante controles analíticos, por la posible toxicidad del MTX, en que destaca la hepática (suele ser leve, multifactorial y de aparición precoz) y la médula ósea (en menos del 5% de los pacientes). En general el MTX provoca algún efecto secundario en el 60% al 90% de los pacientes, pero en la mayoría de los casos no suele ser grave y aparece en los primeros meses de tratamiento.

El primer hecho a destacar en este estudio es el escaso número de alteraciones analíticas detectadas en general y en particular las alteraciones que determinaron el abandono definitivo de MTX, aunque en el 63% de los pacientes se documentó alguna alteración en los enzimas hepáticos y en el 5% de estos era superior a 3 veces el nivel normal. La leucopenia se detectó en el 11% de los pacientes y no se pudo correlacionar con ningún factor de riesgo analizado. La trombopenia inferior a 100.000 plaquetas sólo se detectó en el 2% de los pacientes y se asoció exclusivamente al sexo varón y la presencia de hipoalbuminemia.

Al revisar los factores de riesgo estudiados para las alteraciones hepá-

ticas, queda claro en esta muestra que no suplementar con folatos, no tratar la hiperlipidemia y el IMC elevado son factores importantes.

Sin embargo, este estudio presenta algunos puntos conflictivos. En primer lugar, se trata de un estudio retrospectivo; por otro lado, no existía un protocolo de actuación homogéneo entre los propios reumatólogos que atendían a los pacientes con AR, según las diferentes situaciones que fueron surgiendo. Llama la atención que no se detecte correlación entre alteración hepática y diversos factores que se conoce pueden provocarla en pacientes que no siguen tratamiento con MTX: presencia de diabetes, uso de alcohol ( $p=0.07$ ), dosis acumulada de MTX, uso de AINES o la hipoalbuminemia. Quizás, como comentan los autores, es probable que se haya evitado usar MTX en los pacientes que presenten alguno de estos factores o se haya insistido en el abandono de ingesta de alcohol o en el tratamiento con hipolipemiantes, entre otros.

Finalmente, este tipo de estudios nos recuerdan que diversos factores y/o enfermedades extrarreumáticas pueden influir en el manejo de los pacientes con AR.

Dr. José Rosas

## Síndrome autoinflamatorio familiar

**PREVENCIÓN DE LA INFLAMACIÓN AGUDA ASOCIADA AL FRÍO EN EL SÍNDROME AUTOINFLAMATORIO FAMILIAR INDUCIDO POR EL FRÍO Y EL ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE LA INTERLEUKINA-1.** Hoffman H, Rosengren S, Boyle D, et al. *Lancet* 2004;364:1779-1785.

El síndrome autoinflamatorio familiar inducido por el frío (FCAS), cuyo nombre común es urticaria familiar inducida por el frío, pertenece al grupo de los trastornos hereditarios agrupados en el concepto de síndromes de fiebre periódica. En los últimos años ha habido un considerable avance en el conocimiento de estos síndromes, habiéndose identificado, en un número importante de ellos, los genes responsables de la enfermedad. Recientemente se ha demostrado la eficacia del tratamiento del síndrome de Muckle-Wells con el receptor antagonista de la interleucina 1 (IL-1Ra).

En este artículo, donde se describen los mecanismos que participan en el síndrome FCAS, se demuestra la utilidad de la IL-1Ra en el tratamiento de este síndrome. Se basa en los hallazgos de una investigación desarrollada en una familia afectada por el síndrome FCAS. Este síndrome se caracteriza por fiebre periódica, rash y dolor articular desencadenado por el frío.

En pacientes que presentan el síndrome FCAS se ha identificado una mutación en el gen CIAS1 que codifica una proteína denominada criopirina. Los autores, demuestran que independientemente de que en sangre periférica la IL-6 se encuentra muy elevada, el hecho de que los pacientes respondan al tratamiento con IL-1Ra, indica que esta

citocina desempeña un papel importante en la patogenia de la enfermedad.

Estos hallazgos son de extraordinaria importancia, ya que no sólo permiten tratar a estos pacientes, sino que abren la vía para la realización de ensayos terapéuticos en otros síndrome similares como son la enfermedad multisistémica inflamatoria del neonato (NOMID) y posiblemente otros síndromes de fiebre periódica.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

## GOTA

### La colchicina previene los ataques de gota

**COLCHICINA EN LA PROFILAXIS DE LOS ATAQUES AGUDOS DE GOTA CUANDO SE INICIA EL TRATAMIENTO DE LA GOTA CON ALOPURINOL.** Borstad GC, Bryant LR, Abel MP, Scroggie DA, Harris MD, Alloway JA. *J Rheumatol* 2004; 31: 2429-32.



La utilización de la colchicina para prevenir los ataques de gota cuando se introduce alopurinol está ampliamente difundida. Sin embargo, hay pocos estudios que apoyen esta práctica terapéutica. Los autores pretenden investigar su utilidad frente a placebo en un ensayo prospectivo, aleatorio, doble ciego. Para ello se estudian cuarenta y tres pacientes con gota que van a iniciar tratamiento con alopurinol. A 21 pacientes se les administra conjuntamente colchicina 0,6 mg dos veces al día, y placebo a los 22 restantes. Se efectúa un seguimiento durante 6 meses.

Resultados. El 33% de los pacientes tratados con colchicina tuvieron algún ataque de gota frente al 77% del grupo tratado con placebo ( $p=0,008$ ). Los pacientes tratados con colchicina tuvieron de media un menor número de ataques de gota (0,52 vs 2,91,  $p=0,008$ ). Esta disminución se apreció tanto en los 3 primeros meses (0,57 vs 1,91,  $p=0,022$ ), como durante el segundo trimestre de seguimiento (0 vs 1,05,  $p=0,033$ ). La gravedad de los ataques, medida por una escala analógica visual, también fue menor en los pacientes que recibieron tratamiento profiláctico (3,64 vs 5,08,  $p=0,018$ ). La recurrencia de los ataques fue menor el grupo con colchicina (14% vs 63 % del grupo placebo,  $p=0,004$ ).

Los autores concluyen que la colchicina es útil para disminuir la frecuencia, intensidad y recurrencia de los ataques de gota cuando se inicia el tratamiento con alopurinol.

Hasta el momento había evidencias de la utilidad de la colchicina en prevenir ataques de gota cuando se iniciaba el tratamiento con uricosúricos, pero no con alopurinol. Era importante contar con un estudio que comprobara el efecto profiláctico de la colchicina con alopurinol, porque es el hipouricemiente más utilizado en la práctica clínica habitual, y además la colchicina no está exenta de efectos secundarios. Aunque el beneficio del tratamiento combinado parece claro, un aspecto que llama la atención es que a pesar del tratamiento con colchicina, durante los tres primeros meses 1/3 de los pacientes presentaron algún ataque de gota y un 14 % tuvo ataques repetidos. Este hecho puede ser debido al alto porcentaje de pacientes con tofos en el presente estudio (62% de los pacientes). De cualquier forma debe tenerse en cuenta en la práctica clínica y explicar al paciente que puede haber ataques de gota a pesar de todo. El desconocimiento de este hecho es probablemente una de las causas más frecuentes de abandono de los tratamientos, al poner en duda el paciente la eficacia del mismo, o bien confundir a médicos con poca experiencia en el tratamiento de pacientes con gota. En el presente estudio la colchicina prácticamente elimina el riesgo de nuevos ataques a partir de los 3 meses de iniciado el tratamiento. Sería interesante contar con estudios con mayor número de pacientes para valorar la reproducibilidad de estos resultados y que además dieran respuesta a otras preguntas como cuál debe ser la duración del tratamiento profiláctico.



Dr. José Ivorra

## OSTEOPOROSIS

### Las fracturas de Colles aumentan el riesgo de fractura de cadera en ambos sexos

**FRACTURA DE COLLES Y FRACTURA VERTEBRAL Y EL RIESGO POSTERIOR DE FRACTURA DE CADERA EN HOMBRES Y MUJERES.** *Haentjens P, Autier P, Collins J, et al. J Bone Joint Surg Am. 2003;85:1936-1945.*

En mujeres postmenopáusicas la historia de fractura previa es un factor de riesgo potente para la aparición de fractura de cadera. Sin embargo, en los varones este hecho no está plenamente establecido. Los autores de este trabajo realizan con acierto una revisión sistemática y un metaanálisis para conocer y comparar el riesgo de fractura de cadera en sujetos de ambos sexos mayores de 50 años, tras sufrir una fractura de Colles o vertebral de bajo impacto. Incluyen publicaciones desde enero de 1982 hasta septiembre de 2003, realizadas en inglés, francés o alemán.

Finalmente analizan 9 artículos/cohortes: 5 de ellos realizados en USA y los 4 restantes en Europa. En las mujeres postmenopáusicas el riesgo relativo para sufrir una fractura de cadera tras una fractura de Colles fue: 1.53 (IC: 1.34-1.74,  $p<0.001$ ) y tras una fractura vertebral: 2.20 (IC: 1.92-2.51,  $p<0.001$ ). En varones el riesgo relativo fue para la fractura de Colles: 3.26 (IC: 2.08-5.11,  $p<0.001$ ) y para la fractura vertebral: 3.54 (IC: 2.01-6.23,  $p<0.001$ ).

Las fracturas de muñeca de radio distal aumentaron el riesgo de fractura de cadera de forma significativa más en varones que en mujeres ( $p=0.002$ ). Sin embargo, el impacto de la fractura vertebral no fue diferente entre ambos sexos ( $p=0.11$ ). Los análisis de sensibilidad y la metodología para la aleatorización confirmaron estos resultados como sólidos estadísticamente.

Los autores concluyen que el metaanálisis sugiere que una fractura vertebral tiene el mismo impacto sobre el riesgo posterior de fractura de cadera en ambos sexos. Sin embargo, respecto a la fractura de Colles, el riesgo es mayor si la sufren los varones. Por tanto, un hombre que haya presentado una fractura de Colles debe ser evaluado para prevenir y en su caso tratar la osteoporosis.

Algunos datos estadísticos reflejan la importancia de las fracturas osteoporóticas en España: se calcula una incidencia anual entre 130 a 240 fracturas de cadera por 100.000 habitantes. Para la fractura vertebral, 1.800 por 100.000 habitantes y año y para la fractura de muñeca o de Colles, entre 300 a 400 por 100.000 habitantes y año.

Son bien conocidas las posibles consecuencias para los pacientes que sufren una fractura de cadera osteoporótica, por su morbilidad y mortalidad asociada. Sin olvidar que en los varones con fractura de cadera la mortalidad es el doble que en la mujer y este aspecto no queda plenamente explicado por la comorbilidad (cardiovascular, etc) presente en los varones.

Por otra parte, dado el envejecimiento progresivo de la población y el claro aumento de la incidencia con la edad, se trata de un tema de salud importante. No hay que olvidar que ya en la actualidad en nuestro país viven alrededor de un millón de personas mayores de 80 años.

Sin duda la osteoporosis es una enfermedad que predomina en mujeres: el 50% de las mujeres mayores de 50 años y sólo el 8% de los varones mayores de 50 años padecerán una fractura osteoporótica a lo largo de su vida. Sin embargo, en nuestra opinión, los autores aciertan al preguntarse si el riesgo de fractura de cadera tras otra fractura osteoporótica, además de estar aumentado en mujeres postmenopáusicas (aspecto ya conocido por estudios previos), también podría estarlo en los varones mayores de 50 años. Demuestran no sólo que está aumentado el riesgo, si

ha presentado alguna fractura vertebral, sino que si la fractura previa había sido de Colles, el riesgo es significativamente mayor en los varones.

Las consecuencias para la práctica clínica son claras: un paciente mayor de 50 años con una fractura por traumatismo de bajo impacto, independientemente del sexo, debe ser evaluado para buscar la presencia de osteoporosis. El tratamiento adecuado en estos pacientes debe disminuir el riesgo de otras fracturas.

Dr. José Rosas

## Importancia del cumplimiento de los tratamientos para la osteoporosis

### INFLUENCIA DEL CUMPLIMIENTO DE LOS TRATAMIENTOS DE LA OSTEOPOROSIS EN LA INCIDENCIA DE FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA.

*Caro JJ, Ishak KJ, Huybrechts KF, Raggio G, Naujoks Ch. Osteoporosis Int 2004; 15: 1003-1008*

Los resultados de varios ensayos clínicos han demostrado la eficacia de diferentes fármacos en la prevención de las fracturas osteoporóticas en mujeres posmenopáusicas. Sin embargo, la falta de cumplimiento de los pacientes, que ocurre en la práctica clínica real, puede disminuir esa eficacia. Los autores pretenden estudiar cómo influye la adhesión a la terapia utilizada en la osteoporosis en el riesgo estimado de fracturas. Para ello los autores realizan un estudio de cohortes basado en la base de datos de los servicios de salud de la región de Saskatchewan en Canadá, en el que se seleccionaron 11.249 pacientes de 68,4 años de edad media con el diagnóstico de osteoporosis, a los que se prescribió en al menos una ocasión tratamiento antiresortivo. Se les siguió durante una media de 2 años. Se evaluó la cumplimentación de los tratamientos y la incidencia de fracturas durante el periodo de seguimiento.

Los resultados mostraron una incidencia de fracturas en la cohorte del 4,5% por año. Se consideró buena cumplimentación cuando se retiraron recetas que aseguraban una cantidad de fármaco suficiente para más del 80% del periodo de seguimiento. Sólo la mitad de los pacientes seguidos eran buenos cumplidores. En este grupo se redujo en un 16% la incidencia de fracturas con independencia de la edad, utilización previa de corticoides o tratamientos para la osteoporosis o historia previa de fracturas.

Los autores concluyen que una mejora en la cumplimentación reduciría la incidencia de fracturas osteoporóticas.

En el presente estudio se pone de manifiesto un hecho que muchas veces no se analiza a la hora de evaluar un medicamento, la cumplimentación, pero no en el ensayo clínico sino en la práctica real. En la práctica clínica habitual los pacientes olvidan en ocasiones tomar el medicamento, otras veces deciden dejarlo por efectos adversos o

porque creen que ya toman muchos fármacos. Todo esto hace que la eficacia calculada en los ensayos clínicos no sea real, y la efectividad y eficiencia del fármaco se vea reducida. Ciertas prácticas en el tratamiento de la osteoporosis que persisten en los propios médicos, como el descanso periódico en el tratamiento, bien en épocas de verano o unos días cada mes, pueden agravar este problema. Cada vez más se impone la necesidad de sistemas de control de la cumplimentación. Un tema pendiente pero necesario.

Dr. José Ivorra

## Cribado en osteoporosis y fracturas de cadera

Asociación entre cribado en osteoporosis e incidencia de fracturas de cadera. Kern L, Powe N, Levine A, et al. *Ann Intern Med* 2005;142:173-181.

La osteoporosis constituye un problema de salud importante. Sus consecuencias, como es el caso de la fractura de cadera, son responsables de una gran morbimortalidad. Aunque existen guías de práctica clínica, no hay consenso ni existen evidencia acerca de la realización de densitometría ósea DEXA como cribado (screening) rutinario en personas mayores de 65 años.

Los investigadores de este trabajo intentan responder a esta pregunta, mediante un estudio que se realiza en dos grupos de población. De forma sistemática en uno de los grupos del estudio se realiza una intervención mediante la realización de DEXA y se compara la incidencia de fracturas entre este grupo y el grupo en que no se realiza dicha prueba. Los resultados indican que en el grupo en que se realiza la DEXA, la incidencia de fracturas de cadera es menor que en el grupo en que no se realiza la prueba.

Las conclusiones del estudio sugieren que se debería realizar DEXA en personas mayores de 65 años de forma rutinaria. Sin embargo el estudio presenta problemas: la incidencia de fracturas de cadera es diferente dentro de los distintos estados de los Estados Unidos; además no se conocen los resultados del contenido mineral óseo del grupo no intervenido, es posible que existiesen diferencias entre los dos grupos al inicio del estudio; por otro lado, la propia realización de la DEXA en el grupo intervenido podría influir en los hábitos de esta población y, por lo tanto, redundaría en una menor incidencia de fracturas de cadera.

El estudio en sí mismo no es suficiente para llevarnos a pensar que en la práctica clínica diaria sea recomendable el uso rutinario de DEXA, pero algunos grupos y asociaciones ya animan a realizarla de forma rutinaria en la población mayor de 65 años. Evidentemente es en este grupo de población donde predomina la enfermedad.

Dr. José Luis Fernández Sueiro





DR. JOSÉ CARLOS ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR SECC. REUMATOLOGÍA. H. MARINA BAIXA. VILLAJOSYA. ALICANTE  
 DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS SECCIÓN REUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE ONTENIENTE. VALENCIA  
 JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ SUEIRO SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO JUAN CANALEJO

## Si tengo el ASLO alto, ¿puede ser a causa de fiebre reumática?

Soy una mujer de 31 años. Estoy muy preocupada ya que he consultado al médico de cabecera porque tenía molestias en las articulaciones desde hace varios meses. Tras haberme hecho análisis con las pruebas reumáticas, me dijo que tenía en el análisis el ASLO alto y por tanto puedo tener fiebre reumática. ¿Es esto así? ¿Qué puedo hacer?.

**A. Cubiño (La Coruña)**

En primer lugar lo que se llama tradicionalmente pruebas reumáticas no existen. Da la impresión que si las pruebas reumáticas son negativas, el paciente ya no tiene una enfermedad reumática. En un número relevante de enfermedades reumáticas esas pruebas son negativas y no por ello deja de existir la enfermedad correspondiente. Las mal llamadas pruebas reumáticas son una serie de pruebas o análisis de laboratorio que ayudan en ocasiones a realizar el diagnóstico de determinadas enfermedades reumáticas.

El ASLO es una prueba que mide los títulos de anticuerpos (antiestreptolisina O)

frente a la infección por la bacteria Streptococo. Por tanto el que esté elevado es algo muy común y lo único que indica es que la persona ha tenido una infección o ha estado expuesto a esta bacteria.

Para que podamos diagnosticar fiebre reumática, el paciente presenta otros datos imprescindibles como es la fiebre, artritis, afectación cardiaca, lesiones cutáneas características (eritema marginado) e incluso lesiones neurológicas. Hoy en día, por el amplio uso de antibióticos ante procesos infecciosos respiratorios, esta enfermedad es excepcional en nuestro país.

En su caso, dado que no comenta otros datos, es poco probable que la padezca.

**Dr. José Luis  
Fernández Sueiro**

## Si tiene dudas en la dosis de metotrexato, consulte con su reumatólogo

Tengo 47 años y padezco una artritis reumatoide. Mi reumatólogo me está tratando con metotrexato que me pincho cada semana. Hasta ahora la botellita de metotrexato me duraba

para dos pinchazos. En la última visita mi reumatólogo me cambió la marca del metotrexato (ahora es Metoject ®) y me dijo que cada semana tenía que ponerme una jeringa entera. Sin embargo, la cantidad de líquido de la jeringa es igual a la que yo me ponía antes en dos semanas, y tanto a mí como al ATS nos ha dado miedo que me intoxicara al ponerla entera; por ello la hemos utilizado para dos pinchazos. ¿Cree que hemos hecho bien?.

**Rosa Matéu. Albaida  
(Valencia)**

En primer lugar, tenga presente que ante una duda en la dosis de cualquier medicamento, debe consultar con su médico, bien el de familia, bien el especialista que se lo haya recetado, en este caso su reumatólogo. En esta situación concreta lo importante no es la cantidad de líquido de metotrexato, sino la cantidad en miligramos que dependerá de la concentración. En los viales que usted utilizaba antes, el metotrexato estaba más concentrado y se necesitaba menos de la mitad de líquido para administrar la misma dosis. Aunque tiene que consultar con su reumatólogo, lo lógico es que se pinche la jeringa entera,

pues la ventaja de este nuevo metotrexato (Metoject ®) es que en cada pinchazo se inyecte el líquido de toda la jeringa, sin que se tenga que manipular ni guardar parte del medicamento. Si su reumatólogo hubiese querido administrarle una dosis menor, le habría recetado una jeringa con una dosis menor.

**Dr. José Ivorra**

## Lupus y riesgos en el embarazo

Tengo 28 años y estoy diagnosticada de lupus eritematoso sistémico (LES) desde los 24 años. Al principio, hasta que me dijeron qué me ocurría, lo pasé mal. Tuve las articulaciones inflamadas con artritis, el sol en verano me ponía fatal, me salían úlceras en la boca y hasta se me caía el pelo. Desde que me pusieron el tratamiento con Dolquine y cortisona (tomo 5 mg todos los días) estoy bien y hago una vida que yo creo es normal. Por eso me gustaría tener un hijo, pero me da miedo por los riesgos para mi hijo y para mí. Aunque mi reumatólogo me anima y me dice que es un buen momento, me gustaría conocer otra opinión.

**L. Ortiz (Alicante)**

En primer lugar, quiero transmitirle tranquilidad. Con los datos que usted aporta, estamos de acuerdo con su reumatólogo: puede ser un buen momento para buscar un embarazo. Y esto es así porque, aunque siempre puede haber riesgos como usted supone, su enfermedad está bajo control con el tratamiento (escaso riesgo materno) y sabemos que uno de los factores pronósticos (si no el más importante) en el embarazo de las pacientes con lupus es precisamente la ausencia o la escasa actividad de la enfermedad. Aunque se puede presentar un brote de actividad de la enfermedad durante el embarazo, las series de los últimos años señalan que pueden aparecer de la misma manera que en las pacientes con LES no embarazadas y se conocen muy bien las pautas a seguir en caso de su aparición. Si bien, es cierto que en ocasiones las complicaciones pueden ser de importancia. Por ello, toda mujer con LES debe seguir controles estrictos antes y durante el embarazo para tratar de inmediato la posibilidad de algún brote de la enfermedad y evitar complicaciones.

Por todo lo expuesto, en su caso inicialmente el riesgo para su hijo también debe ser escaso puesto que, además, los dos fármacos que está tomando son seguros tanto para usted como para su hijo y se podrían continuar durante el embarazo.

**Dr. José Rosas**

## Molestias al masticar

Tengo 43 años y desde hace unos meses sufro dolor en la mandíbula sobre todo al masticar. Además, al comer noto como chasquidos en la mandíbula. Últimamente creo que puedo abrir la boca menos que antes. La hora de la comida se convierte en una tortura, pues además me duelen el cuello y la cabeza. Me han dicho que probablemente lo que tenga es una artrosis en las articulaciones de la mandíbula y me han dado antiinflamatorios, pero el dolor sigue. ¿Qué me aconsejarían?

**Maria Gil. Ontinyent (Alicante)**

El dolor en las articulaciones de la mandíbula (temporomandibulares) es un problema frecuente y la mayor parte de las veces se debe a problemas musculares. Éstos suelen ser debidos a la realización de movimientos defectuosos durante la masticación por problemas dentales que no permiten un cierre correcto de la boca. En otras ocasiones el problema se produce por movimientos repetitivos de choque y roce de los dientes durante la noche, mientras dormimos. Estos problemas se agravan en situaciones de estrés o depresión. En cualquier caso es necesaria la evaluación de un odontólogo o cirujano maxilofacial experimentado en el

manejo y tratamiento de estos problemas. En general, se necesita paciencia, pues en ocasiones es un problema recurrente. El tratamiento farmacológico se basa en la administración de relajantes musculares, antidepresivos y analgésicos. La realización de ejercicios de los músculos de la mandíbula es también útil. La colocación de férulas en la cavidad oral que eviten el movimiento de la mandíbula por la noche o los movimientos inadecuados durante el día deben ser prescritos por odontólogos experimentados. En casos rebeldes pueden intentarse infiltraciones en la articulación temporomandibular.

**Dr. José Ivorra**

## He tenido gastritis: ¿puedo tomar alendronato (Fosamax®) para la osteoporosis?

Soy una mujer de 64 años y me han diagnosticado recientemente de osteoporosis. Mi médico me ha recetado Fosamax® un día a la semana. El problema es que hace años tuve gastritis y lo pasé mal. Mi médico me trató y he estado bien, aunque a veces con algunas comidas noto algo de ardor en la zona del estómago. Al explicarme mi médico que esta pastilla la tengo que tomar en ayunas y no me puedo

acostar media hora para proteger el esófago, tengo miedo de que me pueda volver a aparecer la gastritis. ¿Necesito un protector del estómago para tomar esta pastilla?

**J. Belmonte (Madrid)**

Los datos que se disponen en la actualidad no señalan que los bisfosfonatos (alendronato –Fosamax®– y risedronato –Actonel®, Acrel®) produzcan úlcera gastroduodenal o gastritis en personas sanas. Sin embargo, no se aconseja utilizarlos en los pacientes que tengan úlcera o gastritis presente cuando se va a iniciar el tratamiento con estos fármacos. Parece razonable tratar la enfermedad ulcerosa adecuadamente antes. Sin embargo, se aconseja no tumbarse durante la media hora después de tomarlos para evitar lesionar al esófago. Haciéndolo de esta forma, no suelen haber problemas de importancia.

En su caso, parece que la gastritis (desconocemos el estudio que se realizó en su momento para su diagnóstico) la presentó hace años y fue tratada correctamente. Por tanto no se puede asumir que estos tratamientos la vayan a reactivar. No obstante, si hubiera síntomas al iniciar el tratamiento, antes de acudir a un tratamiento “protector” a ciegas, le aconsejaríamos que se aconsejara con su gastroenterólogo.

**Dr. José Rosas**

# La combinación de tramadol y paracetamol, eficaz en la lumbalgia crónica

■ LR.- Dr. José Ivorra.

La combinación de tramadol y paracetamol a dosis bajas es eficaz en el control del dolor en pacientes con lumbalgia crónica, según un estudio publicado por The Journal of Rheumatology en diciembre pasado (J Rheumatol 2004; 31: 2454-63), por el doctor M. Peloso y colaboradores. Realizado en 30 centros hospitalarios de Estados Unidos y Canadá, el estudio muestra la eficacia de las tabletas que combinan dosis bajas de tramadol (37,5 mg) y parace-

tamol (325 mg) en la disminución del dolor en pacientes con lumbalgia crónica. De esta forma disminuyen los efectos secundarios, en especial de tramadol, manteniendo su eficacia.

En el estudio, la dosis media que utilizan los pacientes para el control del dolor es de 4 tabletas al día. El 60% de los pacientes tratados declararon haber encontrado una clara disminución de su dolor. Por otra parte el 28% abandonaron el tratamiento por reacciones adversas entre las que destacaron las

nauseas, mareos y estreñimiento.

La lumbalgia crónica es un problema que afecta a un alto porcentaje de la población, y su abordaje es difícil por la resistencia a diferentes tratamientos. Por otra parte, la evidencia sobre la eficacia de las diferentes terapias que se utilizan en el abordaje de la lumbalgia es más que dudosa. Por ello, la aparición de estudios realizados con rigor es de agradecer, además de que aumentan los recursos terapéuticos para el control de un síntoma tan frecuente.

■ LR.- Dr. José Rosas.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta al 0.5% de la población adulta española. Se calcula que la sufren 200.000 españoles. El objetivo principal del tratamiento de estos pacientes es intentar conseguir la remisión de la enfermedad, para evitar secuelas, que pueden ser permanentes. Un factor primordial para conseguirlo es el diagnóstico de la enfermedad cuanto antes para iniciar el tratamiento. Pero ¿cómo saber con qué pacientes se debe ser más "agresivo" en el tratamiento?, ¿qué factores son realmente importantes?

Recientemente el grupo francés de Gossec (Ann Rheum Dis 2004;63:675-680) ha evaluado qué factores pronósticos son de interés para alcanzar la remisión de la enfermedad a 3 y 5 años, en una serie de 191 pacientes con AR de corta evolución (menos de 1 año). A los 3 años, el mejor factor pronóstico fue el índice combinado de actividad de

## Nuevos datos los confirman: la remisión de la AR es posible

la enfermedad (DAS) inicial <4. Otros factores de importancia fueron el cuestionario de evaluación de salud (HAQ) <1.25, la presencia de <17 articulaciones inflamadas (índice de Ritchie) y una proteína C reactiva (PCR) <14.5 mg/l. Sin embargo, para una remisión de la enfermedad prolongada a los 5 años, además de estos factores eran significativos la negatividad del factor reumatoide, rigidez matutina <de 1 hora y el índice de daño radiológico de Sharp <4.

A los 3 años se consiguió remisión completa en el 25% de los pacientes y a los 5 años en el 16%. Hay que indicar que los pacientes se incluyeron en los años 1993 y 1994, por

tanto antes de la introducción de los fármacos biológicos o anti TNF. La estrategia terapéutica se basó en el uso precoz al diagnóstico de metotrexato, sulfasalazina o su combinación.

Este estudio nos recuerda varios aspectos de interés general: por un lado que la remisión prolongada es posible. Hoy en día se podrían superar estos resultados al contar con nuevos fármacos eficaces para la AR. Por otro lado, resalta la gran importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de esta enfermedad con objeto de aumentar el número de pacientes a conseguir la remisión de la enfermedad y así evitar sus posibles secuelas.

## Las guías de práctica clínica de la lumbalgia son poco conocidas en primaria

■ LR.- Dr. José Ivorra.

Un estudio publicado a finales del 2004 en la revista *Spine* (30; 146-151), realizado entre médicos de primaria de Suecia, muestra que sólo la mitad de los entrevistados conocía las guías clínicas para el manejo del dolor lumbar publicadas y difundidas en ese país, lo que pone de manifiesto la necesidad de estrategias adecuadas de difusión, para que el avance del conocimiento en

medicina llegue y sea puesto en práctica por todos los médicos.

Las guías de práctica clínica pretenden homogenizar el tratamiento de diferentes procesos, realizando recomendaciones según la medicina basada en la evidencia. Se trata de un proceso en el que se pretende facilitar la puesta al día de los médicos en el manejo de diversos procesos, seleccionando la información más relevante y elaborando recomendaciones, y pautas de diagnós-

tico y tratamiento. Los médicos de atención primaria soportan el mayor peso de la atención sanitaria en el caso de enfermedades muy prevalentes en la población general, sin embargo, la presión asistencial que sufren y el amplio campo que abarcan dificulta su constante actualización de conocimientos. Por ello en atención primaria las guías son un instrumento muy útil para mejorar la calidad de la asistencia.

## El nivel elevado de ácido úrico aumenta la mortalidad cardiovascular en varones

■ LR.- Dr. José Rosas.

El ácido úrico es uno de los productos principales del metabolismo de las purinas en los seres humanos y los primates. Algunos estudios epidemiológicos de los últimos años señalan que la elevación del nivel sanguíneo del ácido úrico es un factor que incrementa el riesgo cardiovascular. Puede ser difícil analizar este aspecto, puesto que con frecuencia la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular se asocian o acompañan a los pacientes con hiperuricemia y pueden actuar como factores de confusión: la obesidad, niveles bajos de colesterol HDL, hipertrigliceridemia, uso de fármacos diuréticos

para el tratamiento de la hipertensión arterial o la hiperinsulinemia. Todos ellos componentes del llamado síndrome metabólico de resistencia a la insulina.

La revista *Archives Internal Medicine* (Arch Intern Med 2004; 164:1546), en un artículo reciente, concluye que el nivel de ácido de úrico en sangre, es un factor independiente de mortalidad por enfermedad cardiovascular en varones sanos de edad media. El estudio se realizó en Finlandia, en una cohorte poblacional prospectiva, en 1423 varones de edad media, inicialmente sin enfermedad cardiovascular, cáncer o diabetes. La variable principal del estudio era mor-

talidad de cualquier origen, aunque especialmente cardiovascular. El seguimiento medio de la población fue de 12 años. Durante este período fallecieron 157 pacientes, de los que 55 de ellos fue de causa cardiovascular. Ajustado por edad, los varones con niveles de ácido úrico en el tercio superior (5.89-9.58 mg/dl), tenían más probabilidad de muerte cardiovascular (riesgo relativo: 2.5) y de muerte por cualquier causa (riesgo relativo: 1.7), comparados con los que tenían un nivel de ácido úrico en el tercio inferior (3.03-5.04 mg/dl). Estos resultados no disminuían al no contar a los que seguían tratamiento con diuréticos.

Se desconoce cuál es el mecanismo por el que la hiperuricemia se asocia con enfermedad vascular. Se postula incluso que es un "espectador inocente" del proceso de la arteriosclerosis y que puede aparecer, como antioxidante que es, como mecanismo compensador de los procesos oxidativo que se dan en el síndrome metabólico de la resistencia a la insulina.

## Nuevos estudios confirman la **eficacia de infliximab** en espondilitis anquilosante y artritis idiopática juvenil

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

Este nuevo ensayo, que utiliza doce escalas y cuestionarios estándar para criterios de valoración, demuestra eficacia y buena tolerancia de acuerdo con todos los criterios. Al cabo de 24 semanas, el 61,2% de los pacientes en el grupo infliximab respondieron al ASAS20, mientras que sólo lo hicieron el 19,2% de los pacientes en el grupo placebo. Los tratados con infliximab comenzaron a observar beneficio clínico ya a la semana 2, y el beneficio se mantuvo tras el periodo de 24 semanas del estudio.

### EFICACIA EN AIJ

Por otra parte, infliximab, en combinación con metotrexato, ha demostrado alta eficacia y seguridad en el tratamiento a corto y

medio plazo de la artritis idiopática juvenil crónica, no respondiendo a metotrexato, de acuerdo con los resultados de un estudio prospectivo abierto, desarrollado por especialistas italianos del Instituto G. Pini, Milán.

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

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

## Con la ventaja de la monodosis diaria La seguridad y eficacia de **meloxicam**, comparable a la de **naproxeno**

La seguridad y eficacia a corto y largo plazo de meloxicam en suspensión oral se muestra comparable a la seguridad y eficacia de naproxeno en el tratamiento de la artritis idiopática juvenil, tanto oligoartritis como poliartrosis. Así lo afirma en sus conclusiones un estudio internacional en que han participado expertos de siete países europeos

(Arthritis & Rheumatism, vol. 52, 2, 563-572). Los autores subrayan, además, la ventaja de la administración de meloxicam una vez al día, que "puede representar una mejora en el tratamiento de la artritis idiopática juvenil".

El estudio clínico, multicéntrico, a doble ciego, aleatorizado evaluó a corto plazo (3 meses) y a largo plazo

(12 meses) la eficacia y seguridad de 2 diferentes dosis de meloxicam en suspensión oral una vez al día, frente a naproxeno dos dosis al día, en 232 pacientes de entre 2 y 16 años. Las respuestas fueron evaluadas de acuerdo con los criterios ACR Pediatric 30.

Los resultados indican que no se apreciaron diferencias estadísticamente significativas de eficacia entre los dos fármacos (77% y 76% de mejoría al mes 12 en las ramas de meloxicam, y 74% en la de naproxeno). Tampoco hubo diferencias en la frecuencia de eventos adversos o valores anormales de laboratorio entre los 3 grupos. Sin embargo, se destaca como un avance ventajoso la administración de meloxicam en monodosis diaria.

RESULTADOS PUBLICADOS EN LA REVISTA "ARTHRITIS &amp; REUMATISM" (ENERO-05)

## Estudio TEMPO: Es posible reparar el daño articular con Enbrel más metotrexato en AR

La asociación de Enbrel más metotrexato consigue las mejores tasas de respuesta en inducir la remisión del cuadro clínico, inhibir la progresión del daño estructural y mejorar la discapacidad funcional de la artritis reumatoide, según ha demostrado el estudio TEMPO.

Este estudio, aleatorizado y doble ciego, ha sido diseñado para determinar la eficacia y seguridad del tratamiento con Enbrel, metotrexato o la asociación de ambos en las lesiones articulares de 682 pacientes con artritis reumatoide (rango de evolución de la enfermedad: 6 meses – 20 años), en 92 centros de Europa y Australia. Se trata del pri-

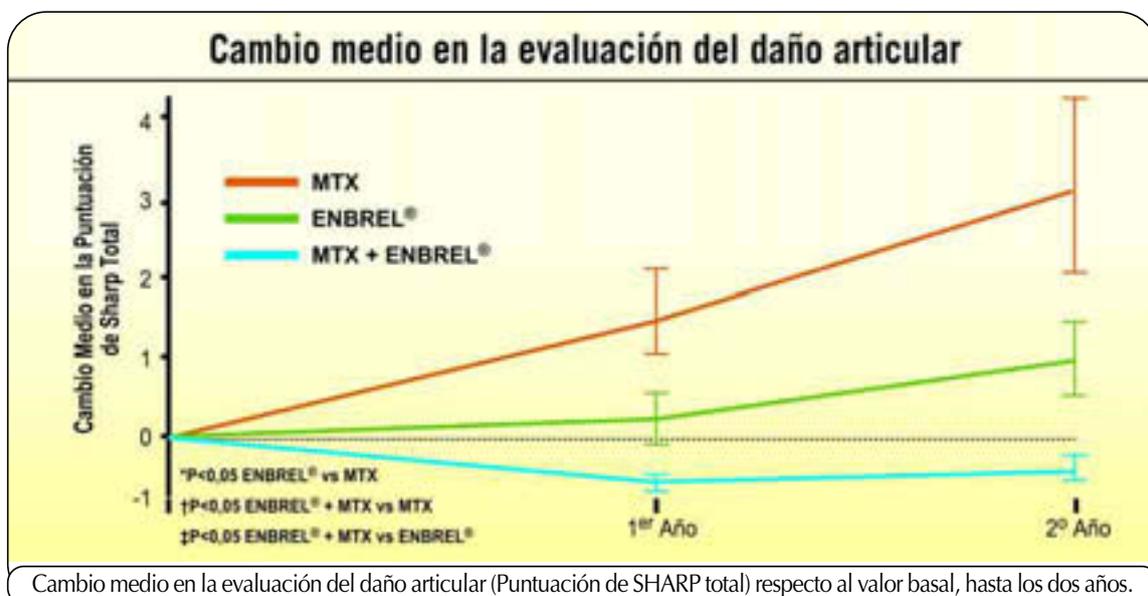
mer estudio clínico con resultados radiográficos que ha valorado el efecto de un antagonista del factor de necrosis tumoral (TNF), con y sin metotrexato, comparado con metotrexato en monoterapia.

### RESULTADOS CONSISTENTES

En este estudio, los resultados de reparación del daño articular se consideraron estadísticamente muy consistentes, puesto que la tasa media de la progresión de la lesión estructural en el grupo tratado con Enbrel más metotrexato fue negativa, con el límite de todo el intervalo de confianza del 95% por debajo del cero (Figura 1). Esto significa que en el estudio

TEMPO los resultados radiográficos comunicados no se han visto influidos por factores técnicos como la interpolación, el procesamiento de los datos desconocidos y la elección de las pruebas estadísticas.

**“Por primera vez, los especialistas disponemos de unos resultados que pueden indicar evidencias de que la reparación del daño articular en un grupo de pacientes con artritis reumatoide puede ser posible”** expresó el Dr. Lars Klareskog, investigador principal del estudio y responsable de la Unidad de Reumatología del Instituto Karolinska en el Hospital Universitario de Estocolmo (Suecia).



Resultados presentados en el último congreso ACR (San Antonio, Texas, octubre-2004)

# Nace una nueva revista científica: **Reumatología Clínica**

PUEDA CONVERTIRSE EN LA PRIMERA REVISTA DE REUMATOLOGÍA EN ESPAÑOL QUE ACCEDE AL INDEX MEDICUS

La Sociedad Española de Reumatología (SER) y el Comité editorial de la revista Española de reumatología por una parte, y el Colegio Mexicano de Reumatología (CMR) y el grupo editor de la Revista Mexicana de Reumatología por otra, han decidido aunar esfuerzos y editar a partir de mayo del 2005 una revista conjunta que llevará por título REUMATOLOGÍA CLÍNICA. El objetivo principal de esta nueva revista es convertirse en el instrumento de difusión de toda la producción científica en lengua española de los países Iberoamericanos y conseguir, por vez primera, que una revista de reumatología editada en

español pueda acceder a los principales índices médicos ("Index Medicus") para facilitar así el conocimiento y la difusión de la producción científica en nuestra lengua.

La creación de REUMATOLOGÍA CLÍNICA ha comportado un arduo trabajo de consenso entre la SER y el CMR que se inició durante la presidencia del Dr J. Carbonell (2002-2004) y que ha seguido y culminado durante la presidencia del Dr J. Tornero (2004-2006). Los principales protagonistas de dicho esfuerzo han sido los Dres. Laffón y Gratacós, por parte española, y Miranda y Vazquez Mellado, por parte mejicana. No obstante, este proceso ha requerido

la participación de numerosos reumatólogos de ambos lados del Atlántico, y finalmente la aprobación en Asamblea General de ambas sociedades de Reumatología. La revista contará además en sus comités editoriales con las más relevantes figuras internacionales en el ámbito de la reumatología.

REUMATOLOGÍA CLÍNICA se editará de forma bimensual en lengua Española en España y México. El contenido de la revista consistirá en artículos de opinión y material original, que deberá ajustarse a la normativa estándar que rige para las revistas científicas que desean ser indexadas.

## Manual del enfermo con espondiloartritis

PROMOVIDO Y COORDINADO POR LA ASOCIACIÓN VIGUESA DE ESPONDILÍTICOS DE PONTEVEDRA

Los autores, el primero reumatólogo y la segunda especialista en medicina física y rehabilitación han conseguido reunir en este manual la información necesaria para que pacientes, personal sanitario y parasanitario ahonden más en el conocimiento de las espondiloartritis, sin faltar al rigor científico y utilizando términos fácilmente inteligibles.

El libro se apoya también en distintas imágenes para reforzar la comprensión de estos procesos patológicos que no son fáciles para el profano. Añade, además, un glosario con numerosos términos "técnicos", para consultar en cualquier momento que se precise.

La Asociación Viguesa de Espondilíticos de Pontevedra (AVIDEPO), promotora y coordinadora de este

manual, cuenta con una larga trayectoria de actividad en la divulgación de las espondiloartropatías. Ya en 1999 editó la "Guía del paciente", reconocida como el más completo y actualizado manual en lengua española. En el 2001 la LIRE edita la guía. Ese mismo año, AVIDEPO recibe el primer premio Rotés-Querol, en el concurso convocado por la LIRE, "al mejor trabajo original sobre calidad de vida en espondilitis anquilosante". En el 2002 asume la presidencia de la Coordinadora Española de Asociaciones de Espondilitis Anquilosante, y un año más tarde organiza el III Congreso Nacional de Pacientes con Espondilitis. En la actualidad forma parte de varias federaciones y asociaciones nacionales e internacionales.

# Suscríbase a LOS Reumatismos

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

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

## LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Particulares

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

Dirección ..... Población .....

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

Teléfono ..... Fax ..... E-mail .....

### Suscripción por 6 números

Números 10 a 15 ----- 15 €  
(ejemplares bimensuales)

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

Firmado:

### Forma de pago

Transferencia bancaria a: **Revista Los Reumatismos (Ibáñez&Plaza Asociados S.L.)**

**Entidad: LA CAIXA**

**Oficina: 0997 - SERRANO, 60 · 28001 MADRID**

**Nº de Cta. Cte.: 2100 0997 69 0200253334**

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

**Revista Los Reumatismos · Ibáñez&Plaza · C/ Bravo Murillo, 81, 4º · 28003 Madrid**

Tel. 91 553 74 62 · Fax: 91 553 27 62 · Email: reumatismos@ibanezplaza.com

## LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Empresas/Asociaciones

Denominación social ..... CIF .....

Actividad principal .....

Dirección ..... Población .....

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

Teléfono ..... Fax ..... E-mail .....

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

### Suscripción por 6 números

Números 10 a 15 ----- 25 €  
(ejemplares bimensuales)

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

Firmado:

### Forma de pago

Transferencia bancaria a: **Revista Los Reumatismos (Ibáñez&Plaza Asociados S.L.)**

**Entidad: LA CAIXA**

**Oficina: 0997 - SERRANO, 60 · 28001 MADRID**

**Nº de Cta. Cte.: 2100 0997 69 0200253334**

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

**Revista Los Reumatismos · Ibáñez&Plaza · C/ Bravo Murillo, 81, 4º · 28003 Madrid**

Tel. 91 553 74 62 · Fax: 91 553 27 62 · Email: reumatismos@ibanezplaza.com

**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

# Hidroterapia real: Las alegres "bañeras" del rey Wenceslao

La mujer fue siempre una colaboradora muy eficiente en Medicina, con carácter absoluto durante muchos siglos en obstetricia. Ellas acompañaban los ejércitos, eran consuelo de afligidos, cuidadoras de la salud en hospitales y asilos y, más adelante, insustituibles colaboradoras de los médicos en los cuidados a los heridos y traumatizados; y también han sido abnegadas sanitarias en las épocas de epidemias.

Han cambiado los tiempos. De aquella media docena de muchachas que comenzaron la carrera cuando iniciamos en San Carlos el primer curso de Medicina, hemos pasado al 75% de estudiantes femeninos en mis clases de Reumatología del VI Curso de Licenciatura en la Complutense.

Pero hoy quiero referirme a una actividad secundaria, pero al fin y al cabo sanitaria, como es la de "bañera", persona que se ocupa de preparar, ayudar y tratar a los enfermos o sanos que utilizan el agua como terapia y, por extensión, a otras actividades higiénicas. Las "bañeras" y, por qué no, los "bañeros", han existido desde tiempos inmemoriales. Se conocía esta profesión entre los griegos y alcanzó un gran nivel de popularidad en Roma, cuyos establecimientos termales eran utilizados a lo largo y ancho de su Imperio, desde sus dominios hispánicos a los siríacos de oriente; desde los germánicos del norte a los africanos del sur. Y popularísimas fueron estas mujeres en el mundo árabe.

Luego, en el Medioevo cobraron fama las estaciones termales de Centroeuropa, que culminaron su popularidad en el siglo XIX, acrecentada por la Literatura, como las ciudades balne-

ario de Weissbaden, Maraienbad, o Carlsbad que, desde 1918 cambió su nombre por el de Carlovi Vary, al pertenecer al nuevo estado de Checoslovaquia. Esta denominación se debe a que fue puesta en funcionamiento por el Emperador Carlos IV de Alemania, y Rey de Bohemia a mediados del XIV.

Quienes conocen Praga, seguro que han quedado admirados ante la vista de la silueta del castillo y sus murallas, la gótica Catedral y el conjunto de iglesias, casas y palacios que constituyen la Malá Strana, comunicada a través del maravilloso puente del Rey Carlos con la Ciudad Vieja, cuyo centro es la gran plaza con el Ayuntamiento Viejo, la Iglesia de Santa María de Týn, la de San Nicolás, barroca, y el gran monumento a Jan Hus. Este Carlos IV, constructor infatigable de casi todo lo dicho, creador de la Universidad, mandó edificar, además, la Ciudad Nueva en 1348, rodeada de murallas que una vez demolidas, expansiona todo el conjunto urbano de la ciudad, partida en dos por el río Moldava. Aparte de constructor, fue un gran político y militar, logró dominar a la nobleza checa y ampliar sus territorios considerablemente, siendo en su época el más importante monarca de Europa.

Pues bien, a este gran rey le sucedió en 1378 su hijo Wenceslao IV,

hombre apocado, de carácter débil que, después de importantes luchas internas y los levantamientos por las doctrinas de Jan Hus, fue depuesto de la Corona Imperial en 1400, aunque siguió como Rey de Bohemia hasta 1419 en que murió.

## UNA BIBLIA ÚNICA

Este rey Wenceslao, como "se encontró ya con todo construido", según dijo un humorista, parece que dedicó todos sus esfuerzos a encargar a sus amanuenses y pintores los más bellos libros de su época, y como máxima obra, una Biblia sin parangón, monumental por su tamaño, belleza de sus miniaturas, perfección de su texto y riqueza de los materiales empleados. Sin embargo, la obra quedó inconclusa, a falta de unos pocos libros de profetas menores, por falta de numerario cuando en 1400 fue depuesto como Emperador de Alemania. Colaboraron en esta Biblia durante años artistas que diseñaron las escenas y la decoración de las orlas.

Además, estaba escrita en alemán. Recordemos que una de las grandes desavenencias entre el Papa León X y Lutero, fue el empeño de éste en traducir los Libros Sagrados a la lengua vulgar. Cien años antes de esas disputas ya lo había hecho el Rey Wenceslao.

La obra consta de tres tomos

## BIBLIOGRAFÍA

"Las más bellas miniaturas de la Biblia del Rey Wenceslao". Edición facsímil. Edit. Casariego. Madrid, 1999.  
Brown, Michelle. *Understanding Illuminated Manuscripts*. The Paul Getty Museum. The British Library. London, 1994



**Foto 1.** En una doble miniatura, una "bañera" lava la cabeza del monarca y otra lo peina (o despioja). El joven lleva cada calza de un color, como era la moda florentina.

**Foto 2.** En esta otra imagen puede apreciarse como otra "bañera" hace otras labores, no tan higiénicas, pero sí muy agradables. Con el calor y la humedad de los baños, los vestidos se humedecían y se transparentaban tanto como le ocurre a esta

jovencita que lleva en la mano un ramo. No creo que duden de cuál era su verdadera actividad.

**Foto 3.** Wenceslao aprisionado entre los trazos de la letra W mayúscula, acudiendo una "bañera" para liberarlo. El Rey lleva anudada a su cintura un lazo azul, igualmente signo de fidelidad y la "bañera" que trata de quitarle las ligaduras es, en este caso, símbolo de liberación, de limpieza, de transformación

encuadrados que se conservan en la Biblioteca Nacional Austriaca, después de múltiples vicisitudes hasta que el Emperador Leopoldo I, que había casado con la Infanta Margarita de Austria (la princesita de "Las Meninas"), la depositó en la Biblioteca Imperial. Los folios, en vitela, tienen aproximadamente 60 cms. de alto por 45 de ancho, lo que significa que de una piel de ternera solamente salían dos hojas, y como la obra consta

res, no tan higiénicas, pero sí muy agradables. Con el calor y la humedad de los baños, los vestidos se humedecían y se transparentaban tanto como le ocurre a una de las figuras femeninas, una jovencita que lleva en la mano un ramo. No creo que duden de cuál era su verdadera actividad.

#### SÍMBOLOS Y MISTERIOS

En las miniaturas medievales hay que buscar algo más que simples

de liberación, de limpieza, de transformación.

Cuenta una leyenda que después de la muerte de su padre, Wenceslao estuvo preso en el Ayuntamiento Viejo de Praga, pero consiguió salir gracias a la "bañera" que le cuidaba. Se llamaba Susana y una vez repuesto en el Trono, hizo construir en Zbrack un magnífico balneario que le regaló. También le concedió el lazo blanco y azul que la ennoblecía

## Encargó una Biblia sin parangón, monumental, de gran belleza en sus miniaturas, en la que trabajaron varios artistas

de 1.500, habrá sido necesario sacrificar, al menos, 750 animales.

Y en medio de esta locura miniada, entre flores, ornamentaciones, letras engarzadas, pájaros e insectos, aparecen con alguna frecuencia unas atractivas muchas vestidas con un sencillo traje blanco que llevan un cubo de madera en una mano, y en la otra una escobilla vegetal. Y entre ellas, de vez en cuando, suelto o enlazado entre la letra W o la letra E, un joven espigado, de rubia cabellera, el Rey Wenceslao.

En una doble miniatura, una "bañera" lava la cabeza del monarca y otra lo peina (o despioja). El joven lleva cada calza de un color, como era la moda florentina.

En otra imagen puede apreciarse como otra "bañera" hacía otras labo-

apariencias. La mayoría de las veces tienen un significado esotérico. Por ejemplo, aparece bastantes veces un pájaro de cuerpo dorado, dorso azul y largo pico negro. Es un martín pescador, clásicamente llamado alción, derivado de Alcione, la desgraciada hija de Eolo que llamaba con gritos desesperados sobre las olas del mar a su esposo Ceix, castigado por Neptuno. El alción es, por tanto, símbolo de fidelidad conyugal.

En otra miniatura aparece un nuevo misterio. Está Wenceslao aprisionado entre los trazos de la letra W mayúscula, y acude una "bañera" para liberarlo. El Rey lleva anudada a su cintura un lazo azul, igualmente signo de fidelidad y la "bañera" que trata de quitarle las ligaduras es, en esta caso, símbolo

y que con tanta frecuencia vemos en las páginas de la Biblia.

Siguen los misterios. Aparece frecuentemente la letra W de su nombre y la letra E, como acabamos de ver, ¿Qué significa tanto emblema de fidelidad, el lazo, el alción, las filacterias con la letra E?. Sabemos que el libro fue realizado después de 1390, cuando estaba casado con su segunda esposa Isabel de Baviera, cuyas nupcias se celebraron en 1387. Por tanto, ¿por qué la E?. Pues porque en chequia usaba su segundo nombre, Foie, es decir, Eufemia, así que nada de desavenencias conyugales, ni infidelidades y, además, en una de las últimas miniaturas aparecen sentados en sus tronos con toda pompa y majestad que su condición real les confiere.

ERNESTO PLAZA  
SOCIÓLOGO

# Reum@tismos



## EN DETALLE MULTIMEDIA

(Click en "Multimedia", dentro del menú desplegable Docencia)

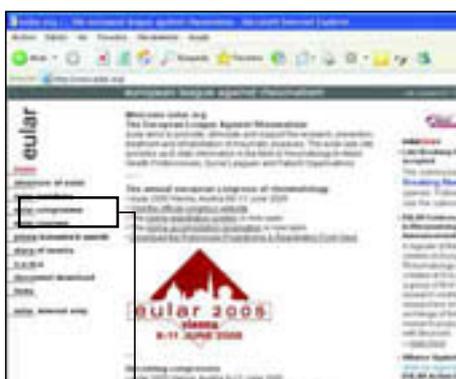
En el área multimedia pueden descargarse videos de remodelamiento óseo y biopsia ósea, imágenes de osteología y metabolismo mineral, y presentaciones en PDF pertenecientes a congresos y simposios latinoamericanos, con temas como "Genética en Osteología", "Calcio y Vitamina D" o "Estrategias Terapéuticas".



## FUNDACIÓN PANAMERICANA DE OSTEOPOROSIS

<http://www.paof.org/>

Página en castellano de la PAOF, una fundación para la osteoporosis afincada en EE.UU. Los apartados de mayor interés son los de la Revista Osteología (dentro de sección "Docencia"), con acceso a resúmenes de la publicación; Multimedia (en "Docencia"), compuesto por videos, imágenes y presentaciones; Casos Clínicos, Marketing (con folletos y guías de consulta) e Interconsultas (en "Asistencia"), donde prestigiosos especialistas contestan las dudas de los pacientes.



## EN DETALLE ABSTRACTS

(Click en "Eular Congresses")

## EULAR

<http://www.eular.org/>

Página de la EULAR (Liga Europea contra el Reumatismo), organización destinada a promover, estimular y apoyar la investigación, prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades reumáticas. Esta Web se dirige especialmente a sociedades y asociaciones de pacientes, pues la mayor parte de su contenido habla sobre su propia organización: estructura, miembros, congresos, cursos, calendario de próximos eventos...etc.



En la sección de Congresos de la EULAR pueden consultarse los abstracts de trabajos presentados en los últimos congresos, desde Praga en 2001 hasta Berlin en 2004. Se incluye además completa información sobre el congreso que se celebrará en Viena el próximo mes de junio.





**AREAS TEMÁTICAS - FIBROMIALGIA**

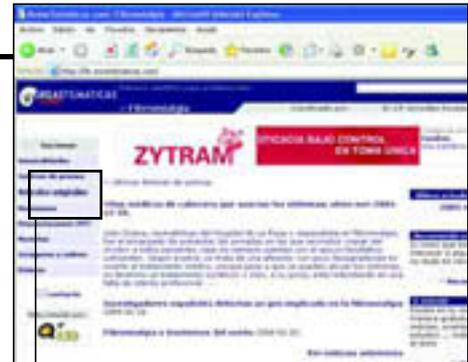
<http://fib.areastematicas.com/>

Página dedicada a la fibromialgia dentro de la web Areas Temáticas, una iniciativa de la Sociedad Española del Dolor (SED). Se hace una recapitulación de los conocimientos actuales sobre la enfermedad, por medio de definiciones, noticias de prensa, artículos originales, revisiones, imágenes y videos. Además, en la sección Revistas, pueden descargarse trabajos, comunicaciones, ponencias y otros textos de contenido científico de la revista de la SED.

**EN DETALLE SOBRE LA ENFERMEDAD**

(Click en "Generalidades")

En la sección Generalidades se repasan las principales cuestiones de la enfermedad: su historia, características, criterios diagnósticos, epidemiología, etiología y patogenia (muscular, neuroendocrina, neurógena y psicógena).



**LUPUS FOUNDATION AMERICA**

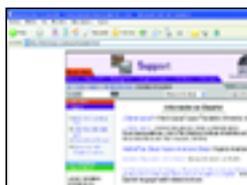
<http://www.lupus.org/>

Web oficial de la Fundación Americana del Lupus, una organización voluntaria no lucrativa dedicada a investigar las causas y formas de curación de la enfermedad, mejorar su diagnosis y tratamiento, ayudar a pacientes y familias afectadas, y difundir el conocimiento a los profesionales de la Salud y el público en general. Los contenidos principales de la web lo componen noticias, artículos, revisiones, links de recursos y programas y eventos de la LFA.



**EN DETALLE INFORMACIÓN EN ESPAÑOL**

(Click en "Información en Español", dentro de Education)



Este apartado lo componen varios enlaces a webs en nuestro idioma que hablan sobre la enfermedad, con definiciones y principales aspectos, consejos, novedades... y hasta una "clase particular" interactiva del lupus (perteneciente a la enciclopedia médica por Internet MedLine).