



LA ARTRITIS

NO ESPERA

La campaña se inicia con la creación de 36 Unidades para el diagnóstico precoz

La Artritis no espera
Campaña SER 2005



Entrevista

Dra. Loreto Carmona Ortells
"Más de la mitad de los reumatólogos están en algún proyecto de investigación"



Reportaje

Síndrome de Sjögren
Con frecuencia se produce también dolor e inflamación en las articulaciones, por lo que se considera enfermedad reumática

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.eswww.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
reumatismos@ibanezyplaza.com

Redacción:

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

Dirección de Arte:

GPG

Publicidad:

Ernesto Plaza Gajardo

Administración:

Concepción García García

Impresión:

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
■ Novartis ■ Pfizer ■ Schering Plough
■ Viñas ■ Wyeth ■ Zambón

Unidades de AR: aplausos y apoyo del ministerio

Vamos a seguir atentamente esta iniciativa para aprender de ella y, en su caso, poder utilizarla como referente para otros proyectos similares." He aquí el mejor elogio que puede amparar un proyecto, cuando esas palabras proceden de la cúpula de la sanidad española. La iniciativa es la creación de unidades de diagnóstico precoz de artritis reumatoide en -de momento- 36 centros sanitarios españoles. El espaldarazo corresponde al Dr. Fernando Lamata, secretario general de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, y tuvo lugar en la presentación de la campaña de la SER "La artritis no espera", de la que las unidades puestas en marcha son sin duda protagonista principal.

La prevención suele ser asignatura pendiente en cualquier sistema sanitario, incluidos los de los países más desarrollados, porque en general los presupuestos apenas dan para atender a las necesidades consideradas más perentorias y, además, porque hacer previsiones a más de cuatro años vista no suele ser rentable en términos políticos. De aquí que las campañas e iniciativas que buscan frutos a medio y largo plazo se abran

paso a duras penas entre la maraña de prioridades establecidas. Máxime cuando su plasmación necesita de infraestructura especializada, técnica y humana. Diagnosticar a tiempo o, mejor dicho, anticipándose a la instauración de la enfermedad es precisamente el objetivo que promueve esta campaña 2005, de acuerdo con el criterio expresado por el presidente de la SER, Dr. Jesús Tornero, en el sentido de que la artritis reumatoide, en sus fases tempranas, debe ser considerada como una emergencia médica.

Diagnosticar a tiempo es el objetivo que promueve la campaña 2005 de la SER

La estrecha colaboración entre la especialidad y los facultativos de atención primaria es aquí también condición indispensable para que el tratamiento lle-

gue a tiempo. Para eso, como ha señalado el Dr. Javier Ballina, vicepresidente de la SER, es primordial que estas consultas de diagnóstico precoz no se vean afectadas por ese mal endémico de la sanidad pública que significan las listas de espera. El apoyo del Ministerio de Sanidad, confirmado por el Dr. Lamata en la presentación de la campaña, es cuando menos un aval esperanzador en este sentido. Nos gustaría subrayar la esencia de los cuatro conceptos básicos de estas unidades, según los destacó el representante del Gobierno central: coordinación entre primaria y especializada, respuesta rápida, alta resolución y red de investigación que promoverán y facilitarán las unidades.

La reumatología española ha demostrado sobradamente estar preparada para afrontar con garantía de éxito un reto de esta envergadura. En lo que se refiere a la investigación, basta con leer las declaraciones de la doctora Loreto Carmona Ortells en estas mismas páginas: "Más de la mitad de los reumatólogos está en algún proyecto de investigación."

**Conceptos básicos:
coordinación con primaria, respuesta rápida, alta resolución y red de investigación**

Publicación Oficial de la Sociedad Española de Reumatología

marzo-abril 2005
N° 10 - AÑO 3

**LA ARTRITIS
NO ESPERA**

La campaña se inicia con la creación de 36 Unidades para el diagnóstico precoz

**La Artritis no espera
Campaña SER 2005**

Entrevista
Dra. Loreto Carmona Ortells
"Más de la mitad de los reumatólogos están en algún proyecto de investigación"

Reportaje
Síndrome de Sjögren
Con frecuencia se produce también dolor e inflamación en las articulaciones, por lo que se considera enfermedad reumática

Nuestra Portada

El lema y logo de la campaña 2005 de la SER ocupan por derecho propio el paisaje de la portada de este número, que informa extensamente acerca de la presentación de esta nueva iniciativa. Las unidades de diagnóstico precoz de artritis reumatoide son la estrella de la campaña y han merecido el elogio y apoyo del Ministerio de Sanidad.

La investigación reumatológica, uno de los pilares en que se apoyan tanto éste como los numerosos proyectos de la SER, es analizada por la Dra. Loreto Carmona, en nuestra habitual entrevista.

Nuestra portada anuncia asimismo el amplio reportaje sobre síndrome de Sjögren y su manejo que ofrecemos también en estas páginas.

1 Editorial **Unidades de AR**



3 Entrevista **Dra. Loreto Carmona Ortells** Directora de la Unidad de Investigación de la FER



8 Proyectos SER **Campaña La Artritis No Espera** El secretario general de Sanidad, Fernando Lamata, presentó las Unidades de Diagnóstico Precoz de Artritis Reumatoide

17 Reportaje **Síndrome de Sjögren** Con frecuencia afecta a las articulaciones, por lo que se considera enfermedad reumática



21 Tratamiento **Síndrome de Sjögren:** resultados dispares. Un posible tratamiento etiopatogénico y de la hiposecreción glandular



28 Bibliografía Comentada
Fármacos · Lumbalgia · Osteoporosis · Otras enfermedades autoinmunes...

34 Los pacientes preguntan
Clima y dolores reumáticos · ¿Se puede infiltrar a los diabéticos? · ¿Puedo tener descalcificación en los huesos?...

37 Noticias
Ecografía de muñeca · Fibromialgia · Pacientes con lupus · Bebidas alcohólicas y gota · Estudio TEMPO ...



42 Humanidades **Goma de mascar:** Un tratamiento sintomático del síndrome seco

46 Recursos de reumatología en Internet
Reum@tismos: Sjögren's Syndrome Foundation · ArthritisCentral.com...



DRA. LORETO CARMONA ORTELLS
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA FER

“Más de la mitad de los reumatólogos están en algún proyecto de investigación”



Texto e imagen Carmen Salvador

LA DRA. Loreto Carmona Ortells

dirige la Unidad de Investigación de la FER (Fundación Española de Reumatología y se confiesa entusiasta de su trabajo, moverse entre datos epidemiológicos, proyectos, revisiones... una actividad que requiere planificación, control y trabajo en equipo. Uno de sus proyectos de mayor envergadura fue trasladarse a Estados Unidos a estudiar epidemiología, acompañada de su marido, biólogo, y de dos niñas de 1 y 3 años. Después de aquello, se puede con casi todo...

La Unidad de Investigación de la FER lleva los proyectos de la Sociedad, realiza revisiones sistemáticas, asesora a sus miembros y ofrece logística a proyectos que tengan relación con la reumatología, aunque no sean de la SER. Además de la doctora Carmona, hay dos monitores, una experta en estadística, una secretaria y un informático, que comparten con la SER. “El ambiente es muy bueno. Gracias a ello todos dedicamos más tiempo y hay una gran colaboración mutua.”

Dice que su paso por la FER ha sido como el río Guadiana. A la vuelta de Estados Unidos entró como becaria, hasta que en la Agencia del Medicamento le ofrecieron un puesto. “Estuve un año evaluando medicamentos, justo en la época en la que salieron los más novedosos que hay actualmente, desde los biológicos a los coxibs y condroprotectores... Aprendí muchísimo.”

Como no terminó de desvincularse de la FER, fue llamada de nuevo y contratada. “Pero no veía mucha definición en mi papel, así que me surgió un puesto en el hospital de La Princesa y me fui.” Tampoco resultó: “No hacía casi nada y yo necesito actividad.” De ahí pasó al Clínico, donde volvió a ver pacientes, pero seguía vinculada a la FER. Y ya sí, cuando fue llamada de nuevo, exigió unas condiciones mínimas que fueron aceptadas, como una normativa y personal suficiente... “Hay mucha actividad, pero mejor definida.”

EPISER FUE EL PRIMER GRAN PROYECTO

El Estudio de prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española (EPISER, 2000) fue el primer gran proyecto de la FER, cuando estaba como presidenta de la Sociedad el Dr. Armando Lafón. También fue el primer primer trabajo de la Dra. Carmona en la Funda-

ción, como becaria. “Aprendimos mucho con aquel proyecto. Fue un trabajo ingente de tres años del que obtuvimos gran experiencia, y pensamos que si se podía hacer EPISER podíamos realizar otros proyectos. A raíz de ahí comenzaron otros estudios, como EMECAR, PROAR, BIOBADASER...”

-Muchos de estos proyectos cuentan con el apoyo de la industria. ¿Qué opinión le merece esta colaboración?

-La industria suele responder muy bien. El primer laboratorio en arriesgarse fue MSD (Merck Sharp & Dohme de España) con EPISER. No intervino para nada en el proyecto, no impuso ninguna regla, tuvo una actitud muy discreta y muy profesional. Hoy EPISER sigue siendo el estudio de referencia, en cuanto a impacto y

calidad de vida de seis de las enfermedades reumáticas más prevalentes.

-Hay enfermedades sobre las que cuesta mucho hacer estudios...

-Así es, la mayor parte de los estudios están relacionados con enfermedades en las que han aparecido nuevos fármacos, como la artritis reumatoide o las espondiloartropatías; en cambio para otras, como por ejemplo el lupus, es muy difícil encontrar financiación. Aún así, la SER, a través de la FER ha emprendido estudios que no siempre cuentan con la financiación de la industria farmacéutica, como es BIOBADASER, que se realiza con la Agencia Española del Medicamento; un proyecto que se va a iniciar sobre incapacidad en el anciano; otro que tenemos previsto a más largo plazo sobre

”La SER, a través de la FER ha emprendido estudios que no siempre cuentan con la financiación de la industria farmacéutica, como es BIOBADASER”



“El ambiente es muy bueno. Gracias a ello todos dedicamos más tiempo y hay una gran colaboración mutua.”

la incapacidad en el ama de casa...

-Da la impresión de que el reumatólogo es un gran colaborador en estos estudios y proyectos...

-Así es, en efecto. Más de la mitad de los reumatólogos están implicados en algún proyecto de investigación. Es más, no encontramos reumatólogos en paro, lo que hace difícil conseguir gente para hacer el trabajo de campo de proyectos que exigen más dedicación. Por otra parte los que participan en estos estudios suelen estar satisfechos con su trabajo y cuando terminan uno quieren participar en otro, es como si se "retroalimentaran". Para nosotros son muy importantes. Tan es así que este año, durante el Congreso de la SER, vamos a otorgar por primera vez premios a los mejores colaboradores que participan en proyectos. Debemos reconocer, además, que se trata de un trabajo casi de voluntariado, porque no todos tienen una compensación económica, y aunque la tengan, siempre es menor que la que recibirían por un ensayo clínico.

-Este año participan en el Congreso de Reumatología otras sociedades del continente americano. ¿Cabe la posibilidad de que se colabore con ellos en algunos proyectos como los que realiza ahora la FER?

-Todo se andará, ya ha habido intenciones de hacerlo, pero por logística no ha sido posible. Ellos siguen muy de cerca nuestras actividades, en todos los congresos internacionales siempre hay grupos que nos preguntan por los resultados, sobre todo por los de BIOBADASER. Hay, en general, un gran interés por la reumatología de España.

-¿Cree que ya echará raíces en la FER al menos una temporada?

-Así lo creo y espero. Hay mucho

que hacer. Lo ideal sería convertir todo ello en virtual para que todos los reumatólogos, incluso de los lugares más pequeños o alejados, pudieran colaborar desde su puesto de trabajo. Llegaremos a ello.

PROYECTOS Y ESTUDIOS DE LA FER

EPISER. Prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas en la población adulta española (2000). Finalizado.

EMECAR. Desde 1999. Realizado en 34 centros para ver cuáles son los problemas más frecuentes asociados con la enfermedad. Algunos datos: más de la mitad necesitan ayuda de otra persona para los quehaceres diarios; más de la tercera parte presentan otras complicaciones, como nódulos, síndrome de Sjögren; la enfermedad produce incapacidad permanente hasta en un 16% de los casos.

EmAR. (2000-01).

Finalizado. Realizado en 46 centros hospitalarios para conocer cómo son tratados los pacientes con artritis reumatoide. Algunos datos: El tiempo que tarda un paciente con

AR desde que se inician los síntomas hasta que llega al Servicio de Reumatología es, casi en la mitad de los casos, superior a un año, y en un 25% puede ser mayor de 3 años y medio. Más de un tercio de las plantillas de Reumatología tienen menos de tres médicos, y éstos se ubican en hospitales, no en centros de especialidades.

PROAR. A partir del 2000. Para conocer qué factores determinan un peor pronóstico de la artritis a largo plazo. Algunos datos: Desde que llegan al reumatólogo los pacientes con AR (de

reciente comienzo), mejoran claramente los signos de actividad y deterioro de la función física, visibles a los 6 meses de seguimiento y mantenidos al menos hasta los dos años. Sin embargo, dos tercios no llegan a tener ningún periodo de remisión en dos años de seguimiento.

Estudio Coste Calidad de Vida de la Artritis Reumatoide 2001-2003. Finalizado.

Algunos datos: Más de la mitad de los pacientes son población potencialmente activa. Un 40% percibe subsidios por invalidez y se constatan periodos de pérdida laboral en el 75% de los trabajadores activos en un año. El coste anual de los pacientes con AR puede estar en torno a los mil millones de euros; el coste directo es responsable del 75% del coste total, siendo los medicamentos su principal componente (50%).

BIOBADASER. Desde 2001. Proporciona información sobre la efectividad y seguridad de medicamentos biológicos en enfermedades reumáticas.

ESLES. Estudio multicéntrico de una cohorte de lupus (LES) en pacientes del sistema de asistencia especializada en España.

ARTROCAD. Evaluación de la utilización de los recursos sanitarios y de la repercusión socioeconómica de la artrosis de rodilla y cadera en atención primaria. Algunos datos: El 75% de los pacientes con artrosis no hace ningún tipo de ejercicio para mejorar los síntomas de la enfermedad, y cerca de la mitad presenta obesidad.

REGISPONSER. Registro Nacional de Espondiloartritis.

Más información de estos proyectos en la página de la SER, www.ser.es

"Aprendimos mucho con EPISER y, a raíz de este proyecto, iniciamos los que hay ahora en marcha"

"No encontramos reumatólogos en paro, lo que hace difícil conseguir gente para hacer el trabajo de campo"

PRESENTACIÓN DE LA CAMPAÑA “LA ARTRITIS NO ESPERA”

El secretario general de Sanidad, Fernando Lamata, presentó las Unidades de Diagnóstico Precoz de **Artritis Reumatoide**

“Felicitó a la Sociedad Española de Reumatología por esta iniciativa de enorme calado, ya que estamos hablando de una enfermedad grave, crónica, dolorosa, un problema de salud importante para el paciente, la familia y la sociedad, que si no se frena a tiempo produce una gran incapacidad.”

Con estas palabras iniciaba el secretario general de Sanidad del Ministerio de Sanidad y Consumo, Dr. Fernando Lamata, la presentación de las 33 Unidades de Artritis creadas en otros tantos hospitales españoles y el comienzo de la campaña “La artritis no espera” de la SER.

El acto, que fue seguido de rueda de Prensa, tuvo lugar el pasado 4 de abril en el Colegio de Médicos de Madrid y junto con el Dr. Lamata describieron el proyecto de las Unidades de Artritis los doctores Jesús Tornero y Javier Ballina, presidente y vicepresidente. En el mismo se dio a conocer también la convocatoria del I Premio Periodístico de la SER “Enfermedades Reumáticas y Calidad de Vida”, que en esta primera edición se centra el propio lema de la campaña, “La artritis no espera”.

El secretario general de Sanidad valoró “la imaginación, la vocación y la voluntad de los reumatólogos ante esta iniciativa que nace de abajo hacia arriba” y calificó la Red de Unidades como una “innovación organizativa de enorme cala-

do” que cuenta con el apoyo del Ministerio de Sanidad.

CUATRO CONCEPTOS A DESTACAR

Destacó Lamata cuatro conceptos valiosos de estas Unidades:

- “La coordinación entre primaria y especializada. Hay un diálogo y un acuerdo para que el paciente sea visto en primaria, donde acude por primera vez, y si reúne una serie de criterios sea derivado a la atención especializada.”
- “Un segundo concepto es la respuesta rápida. Cuando se cumplen las características del paciente, hay una respuesta en 48 horas, lo que significa que se puede pasar de varios meses de espera para ser atendido, a una respuesta prácticamente inmediata.”
- “El tercer concepto es la alta resolución, de la que se habla en

otras iniciativas de instituciones sanitarias. Significa que cuando un paciente llega a la especializada se le hacen las pruebas necesarias y se le establece un tratamiento, si lo necesita.”

- “El último concepto es la red de investigación. Además de la actividad clínica de estas Unidades, permite una observación común para

“Es primordial que en estas consultas no haya lista de espera”
(Dr. Javier Ballina)

desarrollar nuevos proyectos de investigación. La envergadura que tiene esta Red de Unidades permitirá aumentar la base de datos, introducir nuevos conceptos de

investigación y encontrar respuesta a una enfermedad que aún no tiene cura, pero que sí se puede frenar su avance."

Destacó que para el Ministerio la iniciativa tiene un gran interés, "por tratarse de una iniciativa piloto que surge de los propios profesionales y que se plantea con las gerencias de los hospitales para el conjunto del Sistema Nacional de Salud". "Vamos a seguir atenta-

mente esta iniciativa -señaló-, a apoyarla en la medida que corresponde al Ministerio de Sanidad, pero también vamos a colaborar en la evaluación y en el seguimiento para aprender de ella, y en su caso poder utilizarla como referente para otros proyectos similares".

Terminó agradeciendo la "imaginación, la vocación y la voluntad de mejora demostradas con esta iniciativa, que nace de abajo hacia arriba" y en la que confía como una nueva dinámica de mejora de la calidad de los servicios.

POR UN DIAGNÓSTICO PRECOZ

En España existen entre 200.000 y 400.000 personas,

de la enfermedad consigue frenar su evolución progresiva, e incluso su remisión, sobre todo cuando se emplean los nuevos y eficaces tratamientos.

Por desgracia, los pacientes con artritis reumatoide, desde que comienzan los primeros síntomas, tardan una media de más de 18 meses en ser vistos por un especialista en Reumatología. "Este retraso en el diagnóstico hace que la enfermedad se establezca y se fije en las articulaciones, momento en el que es mucho más difícil su tratamiento", señala el doctor Jesús Tornero presidente de la SER.

En cuanto al grado de información de los pacientes sobre su

**LA ARTRITIS
NO ESPERA**



"Vamos a seguir atentamente esta iniciativa para aprender de ella y, en su caso, poder utilizarla como referente para otros proyectos similares"
(Dr. Fernando Lamata)

mayores de 18 años, afectadas por esta severa enfermedad crónica y, por el momento, incurable. Los pacientes padecen dolor durante muchos años de su vida, y progresivamente van perdiendo movilidad, con lo que disminuye su capacidad para las tareas personales y familiares, hasta llegar a grados graves de incapacidad. Al cabo de 10 años de padecer artritis reumatoide, aproximadamente la mitad de los pacientes han tenido que abandonar su trabajo. La pérdida de calidad de vida y los gastos económicos que genera esta incapacidad son abrumadores. Sin embargo, está demostrado que el tratamiento en las primeras fases

enfermedad es bastante limitado, aunque la situación está cambiando. Muchos pacientes creen padecer "reuma" y desconocen las posibilidades terapéuticas existentes.

Este panorama es el que ha motivado a la SER a poner en marcha las 36 Unidades de Diagnóstico Precoz en varios hospitales de todo el país. El objetivo es conseguir que estos pacientes con artritis reumatoide sean enviados cuanto antes hacia los hospitales donde pueden ser diagnosticados y tratados por un especialista de las enfermedades reumáticas. De aquí que el proyecto participen también especialistas en atención primaria de los centros de salud, quienes serán los encargados de detectar a los pacientes y enviarlos hacia los reumatólogos.

Se inicia así la campaña de la SER "La artritis no espera" que persigue la reducción del tiempo de diagnóstico

“Se trata de establecer una especie de autopista entre atención primaria y el especialista hospitalario en reumatología que permita a los pacientes ser tratados sin retrasos injustificados”, señala el doctor Armando Laffón, Jefe de Servicio de Reumatología del Hospital de La Princesa, de Madrid, uno de los investigadores principales de este proyecto que impulsa la Sociedad Española de Reumatología.

Para el doctor Jesús Tornero, “la artritis reumatoide, en sus fases



“La artritis reumatoide, en sus fases tempranas, debe ser considerada como una emergencia médica”
(Dr. Jesús Tornero)

tempranas, debe ser considerada como una emergencia médica, en el sentido de que cuanto primero se trate esta enfermedad, mayores serán las posibilidades de hacerla remitir”.

“Hasta ahora existían muy pocas Unidades Reumatológicas de este tipo en España, la del Hospital La Paz de Madrid (doctor Balsa), el Hospital Clínico de Barcelona (doctor Sanmartí) y el Hos-

“Para el Ministerio la iniciativa tiene un gran interés, por tratarse de una iniciativa piloto que surge de los propios profesionales”
(Dr. Lamata)



pital Central de Asturias en Oviedo (doctora Alperi). Ellas han sido la vanguardia de esta iniciativa - señala el doctor Jesús Tornero-, que prácticamente se extiende a todo el país.”

Estas Unidades, en palabras del doctor Tornero, permitirán, “además de un diagnóstico y tratamiento más precoces, disponer de una vía asistencial eficiente de coordinación entre atención primaria y reumatología. Al mismo tiempo, la creación de esta red hospitalaria de Unidades de Artritis, nos permitirá ampliar y mejorar la investigación sobre estas enfermedades y ofrecer a nuestros pacientes un tratamiento cada vez más protocolizado y eficaz.”

EL PACIENTE, PRINCIPAL BENEFICIARIO

El Hospital Universitario Central de Asturias cuenta con una Unidad de diagnóstico precoz desde

hace tres años. “Desde entonces nos comprometimos, y así lo estamos cumpliendo, a que todo paciente que nos remitan sea recibido no más tarde de 48 horas - señala del doctor Javier Ballina, del servicio de Reumatología de dicho hospital-. También hemos conseguido que sea una consulta de alta resolución, lo que significa que el paciente, después de esa primera consulta, puede llevarse en mano un informe, bien preliminar o definitivo, a su médico de



“Dispone de un fácil acceso al consejo especializado y de un tratamiento muy precoz que permite limitar los daños de la enfermedad.”
(Dr. Javier Ballina)

atención primaria. Es primordial que en estas consultas no haya lista de espera.”

Estas Unidades también contribuirán a un mayor conocimiento de la enfermedad: “En muchas ocasiones el paciente con artritis reumatoide desconoce las posibilidades terapéuticas existentes - señala el doctor Ballina-; piensa en el concepto general erróneo de “reuma” como un mal propio de la

edad, que es para toda la vida, cuando la situación actual es totalmente diferente.”

Señala también este especialista que es importante el apoyo y la colaboración tanto del propio servicio de Reumatología, como de la dirección del hospital y, por supuesto, de atención primaria, “donde es importante comunicar y explicar el proyecto para una mayor eficacia de las Unidades”.

Las ventajas han sido tanto para los reumatólogos (“La enfermedad nos llegaba tarde, cuando nuestra capacidad de intervenir es más limitada, pero ahora tenemos la oportunidad de conocerla mejor y utilizar más herramientas para ser más eficaces”), como para el médico de atención primaria, “que en un corto espacio de tiempo tiene un paciente diagnosticado, lo que hace que el seguimiento sea más fácil y ordenado”.

Pero las principales ventajas son

“Se trata de establecer una especie de autopista entre atención primaria y el especialista hospitalario en reumatología que permita a los pacientes ser tratados sin retrasos injustificados”
(Dr. Armando Laffón)

para el paciente, señala el doctor Ballina, “dispone de un fácil acceso al consejo especializado y de un tratamiento muy precoz que permi-



te limitar los daños de la enfermedad. Ello, junto con la rapidez con que es atendido, produce un alto grado de satisfacción, según se desprende de las encuestas que hemos realizado en la Unidad”.

El proyecto de estas Unidades de Diagnóstico precoz ha sido posible gracias al apoyo económico de la industria farmacéutica, concretamente Abbott Laboratories.

Hospitales con unidades de Artritis

- Hospital Universitario Miguel Servet, de Zaragoza
- Hospital Universitario Virgen de la Macarena, de Sevilla
- Hospital Virgen del Rocío, de Sevilla
- Hospital Universitario Valme, de Sevilla
- Hospital Carlos Haya, de Málaga
- Hospital Clínico Universitario San Cecilio
- Hospital Central de Asturias
- Hospital Mutua Terrassa
- Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín
- Hospital Ntra. Sra. De La Candelaria, de Santa Cruz de Tenerife
- Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, de Santander
- Hospital Universitario de Salamanca
- Hospital Universitario de Guadalajara
- H. Del Mar i H. Esperança, de Barcelona
- Hospital Clínic de Barcelona
- Hospital Vall d'Hebrón, de Barcelona
- Hospital Bellvitge, de Barcelona
- Hospital de Sabadell: Corporació Sanitaria Parc Taulí
- Hospital Santa Creu i Sant Pau, de Barcelona
- Hospital Germans Trias, de Badalona
- Hospital General Universitario Alicante
- Hospital Universitario La Fé, de Valencia
- Hospital General de Valencia
- Hospital Universitario Dr. Peset, de Valencia
- H. General de Elche
- Hospital Regional Infanta Cristina, de Badajoz
- Hospital Juan Canalejo, de La Coruña
- Hospital Clínico Universitario, de Santiago de Compostela
- Hospital Universitario la Princesa, de Madrid
- Hospital Doce de Octubre, de Madrid
- Hospital La Paz, de Madrid
- Hospital Ramón y Cajal, de Madrid
- Hospital Gregorio Marañón, de Madrid
- Hospital Virgen de la Arrixaca, de Murcia
- Hospital Donostia
- Hospital de Cruces, de Baracaldo

CON FRECUENCIA SE PRODUCE TAMBIÉN DOLOR E INFLAMACIÓN EN LAS ARTICULACIONES, POR LO QUE SE CONSIDERA ENFERMEDAD REUMÁTICA

Síndrome de Sjögren

esa insoportable sequedad

Descrito por el oftalmólogo sueco Sjögren en 1930, el síndrome que lleva su nombre es una enfermedad reumática inflamatoria y crónica, de origen desconocido, caracterizada sobre todo por sequedad en los ojos (xeroftalmia) y en la boca (xerostomía), debidas a una disminución de la secreción de las glándulas lagrimales y salivales.

Es una enfermedad frecuente, que puede llegar a afectar al 3% de la población, en su mayoría mujeres (en una proporción de 9 mujeres por cada hombre, de 35 a 65 años), aunque puede aparecer a

a destruir las glándulas de secreción externa, que son las encargadas de producir los líquidos que lubrican la piel y las mucosas. Estas glándulas dejan de producir sus secreciones, imprescindibles para el buen funcionamiento del organismo.

AFECTA A CUALQUIER ÓRGANO

En la mayoría de los pacientes con síndrome de Sjögren la afección es exclusivamente glandular, pero puede afectar a cualquier órgano provocando manifestaciones extraglandulares, a nivel articular, broncopulmonar, renal, sistema nervioso, hepático, músculo y piel. En ocasiones la intensa hiperactividad

Existen dos formas de síndrome de Sjögren, primario y secundario, según esté o no asociado a otra enfermedad reumática. Se habla de síndrome secundario cuando aparece simultáneamente con artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, esclerodermia o la cirrosis biliar primaria, y se habla de síndrome primario, cuando no se asocia con ninguna.

En general la diferenciación entre los dos síndromes, primario y secundario, no suele ser un problema, excepto en algunos pacientes con Lupus, ya que ambos pueden presentarse con artralgias/artritis, exantema, serositis o glomerulonefritis. Con respecto a la artritis reumatoide, aunque la incidencia de síndrome de Sjögren sintomático es del 5%, en la mayoría de los pacientes el síndrome aparece de forma insidiosa y posterior a la detección de la propia artritis. En el síndrome Sjögren a artritis reumatoide destaca la menor frecuencia de xerostomía o del aumento de tamaño de las glándulas salivales, menor frecuencia de fenómeno de Raynaud y del resto de manifestaciones extraglandulares y también la escasa detección de anticuerpos Anti-Ro y Anti-La.

Una enfermedad autoinmune, donde los linfocitos invaden y llegan a destruir las glándulas de secreción externa, encargadas de lubricar las mucosas

cualquier edad, incluso en niños. Evoluciona muy lentamente, transcurriendo más de 10 años entre la aparición de los primeros síntomas y su desarrollo completo.

Es una enfermedad inmune, lo que significa que el sistema inmune, complejo mecanismo encargado de defender nuestro cuerpo frente a las infecciones u otros ataques externos, está alterado y pierde eficacia. En el síndrome de Sjögren los linfocitos invaden y llegan

de los linfocitos B puede derivar en la aparición de un linfoma de células B.

Las glándulas de secreción externa se localizan en los ojos, boca, vagina, piel, intestino y bronquios. Su destrucción progresiva origina la sequedad que sienten los pacientes afectados. Con frecuencia se produce también dolor e inflamación en las articulaciones, por lo que se considera una enfermedad reumática.

EL ORIGEN, DE MOMENTO, DESCONOCIDO

La causa de este síndrome es de momento desconocida. La influencia de factores genéticos se basa en la frecuencia con que aparece en

varios miembros de una familia.

Se desconoce el papel que juegan diversos factores ambientales en su origen, sin embargo hay datos que demuestran que algunos virus especialmente sialotropos -de la familia herpesviridae (virus Epstein-Barr, virus herpes humano 6 y citomegalovirus), algunos retrovirus (HTLV-I) y el virus de la hepatitis C- parece que podrían estar implicados en la aparición y desarrollo de la enfermedad en pacientes genéticamente predispuestos. Aunque en la actualidad se desconoce como los virus influyen en la regulación de la autoinmunidad, la infección vírica podría ser la causante de una fase inicial del proceso alterando la regulación del sistema inmune. El virus puede quedar de forma latente con capacidad para poder reactivarse y la infección vírica se puede perpetuar y conducir a una fase de cronicidad de la alteración inmune.

Sin embargo, para que la infección vírica, incluso en pacientes genéticamente predispuestos, determine un proceso autoinmune anómalo, debe cumplirse una serie de requisitos, como la producción de factores patógenos por parte del virus, la accesibilidad del autoantígeno al sistema inmune, el procesamiento y presentación anormal de proteínas propias o, entre otros, la sobreexpresión o alteración de las moléculas de adhesión y de los receptores celulares.

MANIFESTACIONES GLANDULARES

La hiposecreción lacrimal o xerofthalmia es la manifestación clínica más frecuente del síndrome de Sjögren (90%). La desecación de la córnea y conjuntiva causa la típica queratoconjuntivitis seca. Aunque en ocasiones puede ser asintomática, se suele manifestar como escozor, sensación de arenilla o de cuerpo extraño. De forma característica empeora a lo largo del día conforme aumenta la desecación, lo que le diferencia de la blefaritis, en la que la secreción se acumula

durante el descanso nocturno. La afección corneal provoca visión borrosa, fotofobia, mayor sensibilidad a los irritantes ambientales. La menor protección ocular puede

La falta de saliva origina dificultades para masticar y tragar y la disminución de la secreción de lágrimas favorece la sensación de arenilla en los ojos y su enrojecimiento

predisponer a infecciones bacterianas sobreañadidas. La mejoría de los síntomas con lágrimas artificiales puede ser de ayuda diagnóstica.

La sequedad bucal o xerostomía es el síntoma oral más frecuente. Puede aparecer con un amplio abanico de síntomas; dificultad para hablar, deglutir, comer alimentos ácidos, aumento de caries, sobreinfección por candida, etc.

La parotidomegalia o aumento del tamaño de las glándulas salivales mayores, aparece hasta en el 60% de los pacientes con la enfermedad, siendo muy poco frecuente encontrarlo en los pacientes con síndrome Sjögren secundario. En muchos pacientes el aumento del tamaño glandular es episódico y sin secuelas y en otros ocurre de forma crónica. Aunque puede aparecer unilateralmente, lo habitual es que se haga bilateral, de consistencia firme y con escaso dolor. De hecho el encontrar un aumento unilateral de consistencia dura debe poner en guardia ante la aparición de una neoplasia, sobre todo si ocurre en un varón.

La afección de otras glándulas

exocrinas provoca manifestaciones de sequedad de piel (xerosis) por afección de las glándulas sudoríparas, caída del cabello; disfagia y sequedad faríngea; dispareunia y prurito vaginal por sequedad vulvovaginal, sequedad nasal, epístaxis y tos irritativa por afección de la mucosa respiratoria. La presencia de sequedad nasal puede ser causa de dormir con la boca abierta y aumentar los síntomas de xerostomía.

COMPLICACIONES MÁS FRECUENTES

Como es característico en las enfermedades reumáticas, los síntomas son muy distintos de un paciente a otro, al igual que las complicaciones.

La falta de saliva origina dificultades para masticar y tragar los alimentos sólidos, puede incluso disminuir el gusto, también favorece la aparición de bacterias, por lo que hay que tener especial cuidado para evitar las caries.

La disminución de la secreción de lágrimas favorece la sensación de arenilla en los ojos y abundantes legañas matutinas, con enrojecimiento de los ojos. Estos se hacen más sensibles a la luz, hasta el punto de no tolerar la exposición al sol. En pacientes con la enfermedad avanzada pueden aparecer úlceras en la córnea, a veces muy dolorosas.

Como en otras enfermedades reumáticas, el cansancio es un síntoma frecuente, al igual que el dolor en las articulaciones, generalmente las de las manos, y en ocasiones inflamación. El mal funcionamiento de las glándulas de la vagina hace que las paredes vaginales estén secas y es frecuente el dolor durante las relaciones sexuales.

Como puede afectar a cualquier parte del organismo, algunos pacientes tendrán estreñimiento por la sequedad intestinal o catarros frecuentes por la disminución de la secreción bronquial.

SÍNDROME DE SJÖGREN, Síntomas más frecuentes

■ Manifestaciones clínicas glandulares

1) AFECTACION OCULAR

Xerostomía
Sensación de arenilla, cuerpo extraño
escozor, visión borrosa
Parotidomegalia
Fotosensibilidad, fotofobia
Inyección pericorneal
Intolerancia a lentes de contacto

2) AFECTACION ORAL

Xeroftalmia
Caries, enfermedad periodontal

3) AFECTACION RESPIRATORIA

Sequedad nasal
Epistaxis
Alteración del olfato
Tos seca

4) AFECTACION DIGESTIVA

Irritación faríngea
Disfagia

5) AFECTACION GINECOLOGICA

Sequedad vaginal
Dispareunia
Prurito vaginal

6) AFECTACION CUTANEA

Xerosis
Alopecia
Cabello frágil y seco

■ Criterios diagnósticos para el SS

1) SÍNTOMAS OCULARES

Respuesta afirmativa a una de las tres preguntas:

- Sequedad en los ojos diaria más de tres meses.
- Sensación de arenilla o tierra recurrente.
- Utilizar lágrimas artificiales más de tres veces al día.

2) SÍNTOMAS ORALES

Respuesta afirmativa a una de las tres preguntas:

- Sequedad de boca diaria más de tres meses
- Aumento de tamaño recurrente de glándulas salivales en la edad adulta.

- Necesidad de beber líquidos para tragar los alimentos secos.

3) SIGNOS OCULARES

Una prueba positiva:

- Prueba de Schirmer < 5 mm en 5 minutos.
- Puntuación en la tinción con Rosa de Bengala > 4 (escala Bijsterveld)

4) ALTERACION DE LAS GLÁNDULAS SALIVALES

Una prueba positiva:

- Gammagrafía de glándulas salivales con déficit difuso de captación.
- Sialografía con alteraciones difusas ductales y acinares.
- Flujo salivar no estimulado < 1.5 ml en 15 minutos.

5) DATOS HISTOPATOLÓGICOS

Presencia de uno o más focos de 50 células mononucleadas/4 mm².

6) AUTOANTICUERPOS

Una prueba positiva entre las siguientes:

- ANA.
- Anti-Ro.
- Anti-La.
- Factor reumatoide.

Para el diagnóstico de SS se requieren 4 de los 6 criterios mencionados.

Desde 2002 se exige para el diagnóstico la presencia de autoanticuerpos anti-Ro o anti-La o la biopsia labial positiva.



DR. JOSÉ ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR

REUMATOLOGÍA. HOSPITAL MARINA BAIXA. VILLAJOSYA. ALICANTE

Tratamiento del síndrome de Sjögren: resultados dispares

El enfoque terapéutico de esta enfermedad debe ir dirigido a un posible tratamiento etiopatogénico y al tratamiento de la hiposecreción glandular y complicaciones

A) TRATAMIENTO ETIOPATOGÉNICO

Sobre la base de un mejor conocimiento de la enfermedad, se han ensayado diversos fármacos antivirales y anticitocinas con resultados dispares. Los fármacos antimuscarínicos han demostrado mejoría en la secreción glandular, especialmente en las glándulas salivales.

■ 1. Fármacos antivirales

Aunque hoy en día no son de uso común, hay datos publicados positivos en pacientes con SSp y xerostomía con el uso de fármacos antivirales, Zidovudina e interferón-alfa.

Un estudio con Zidovudina con escasos pacientes se obtuvo mejoría en todos los parámetros subjetivos bucales, aunque no realizaron flujos salivales. Con interferón-alfa, se ha obtenido mejoría subjetiva y objetiva, demostrado mediante el

flujo salival y lo que es más importante, datos de mejoría del infiltrado en la biopsia labial de control.

■ 2. Anti-TNF alfa

Dos ensayos clínicos recientes, con infliximab y etanercept, no han demostrado eficacia frente a placebo en pacientes con SSp, en parámetros clínicos, histológicos ni de secreción glandular.

■ 3. Agonistas receptores muscarínicos M3

La pilocarpina y cevimeлина son los fármacos de este grupo utilizados en la práctica clínica, aunque en nuestro país no está comercializada la cevimeлина. Son fármacos parasimpáto-miméticos que estimulan la secreción de las glándulas exocrinas. Tienen acción agonista de los receptores muscarínicos M3, presentes en gran medida en las glándulas salivales y lagrimales, con escasa acción B-adre-

nérgica M2 (predominante en corazón y pulmón).

→ 3.1. Pilocarpina

Provoca aumento de la producción de todas las glándulas salivales. En pacientes con SSp, estudios recientes en 600 pacientes, demostraron su eficacia en el tratamiento de la xerostomía. La respuesta a la pilocarpina es individual y variable. La dosis utilizada es de 1 comprimido de 5 mg, cada 6 a 8 horas. El efecto aparece durante la primera hora y se mantiene alrededor de tres horas. Los efectos secundarios, en relación con su acción colinérgica, pueden aparecer en el 10%-30% de los pacientes, en la primera hora tras su administración; sudoración, escalofríos o náuseas, que desaparecen al disminuir la dosis. En los estudios clínicos no se han detectado alteraciones en el ritmo cardíaco o de la tensión arterial.



Los fármacos antimuscarínicos han demostrado mejoría en la secreción glandular, especialmente en las glándulas salivales



El enfoque terapéutico de la hiposecreción glandular en los pacientes con SS se basa en tres principios: Proteger, Sustituir y Estimular. Además se debe prevenir y en su caso tratar las complicaciones.

Ante una complicación o efecto secundario grave, se debe utilizar atropina subcutánea o intravenosa. Debe evitarse en pacientes con asma bronquial activo, iritis, glaucoma de ángulo estrecho y enfermedades cardíacas no controladas. Un número significativo de pacientes, con la dosificación para alivio de la xerostomía, pueden notar mejoría de la sequedad ocular e incluso cutánea, nasal y vaginal.

→ 3.2. Cevimelina

Presenta una acción más potente y duradera que la pilocarpina y menor afinidad por el receptor muscarínico M2. Provoca menor sudoración pero mayor frecuencia de náuseas o diarrea que la polocarpina.

B) TRATAMIENTO HIPOSECRECIÓN GLANDULAR

El enfoque terapéutico de la hiposecreción glandular en los pacientes con SS se basa en tres principios: Proteger, Sustituir y Estimular. Además se debe prevenir y en su caso tratar las complicaciones.

■ 1. XEROSTOMÍA

El alivio sintomático de la boca seca o xerostomía depende en gran medida de la existencia de reserva glandular.

■ 1.1. Medidas generales y de protección

Con independencia de la causa de xerostomía, el paciente debe mantener una adecuada hidratación general, evitando la aparición de nicturia y si es posible no utilizar fármacos

que aumenten la sequedad. No se aconsejan ambientes secos como lugares con aire acondicionado. El uso de humidificadores en el domicilio y en el lugar de trabajo, puede ser de ayuda. Un aspecto siempre a revisar es la presencia de patología nasofaríngea acompañante, que pueda inducir respirar por la boca o dormir con boca abierta y por tanto aumentar la sequedad nocturna. El uso de aerosoles nasales con acción hidratante, pueden ayudar en estas circunstancias, antes de acostarse.

■ 1.2. Tratamiento sustitutivo

Se basa en el uso de saliva artificial. Se presenta como solución acuosa salina, en forma de aerosol, con distintas concentraciones de flúor y sustancias lubricantes que aumentan su viscosidad (Bucalson, Salivart). Actúan como lubricantes orales, sin apenas efectos secundarios. Se debe aplicar las veces necesarias, de forma abundante por toda la boca y lengua, para a continuación tragar el contenido. Una parte de los pacientes rechazan su uso por notar cierta sensación pastosa y otros la usan esporádicamente por no ser, por el momento, reembolsado por el Sistema Nacional de Salud.

Los pacientes con xerostomía grave y en los que usan prótesis dental, se aconseja utilizar gel lubricante nocturno (Oralbalance, Odamid), que aumenta su duración. Se debe evitar el uso continuo de lubricantes con sabor ácido (limón) por afectar al esmalte dental.

■ 1.3. Tratamiento estimulante de la producción salival

Los pacientes que mantengan cierta función o reserva glandular, podrán beneficiarse del uso de sialogogos y de esta forma obtener secreción de sustancias protectoras de la mucosa oral, como enzimas y anticuerpos presentes sólo en la saliva natural. Dependiendo del mecanismo los podemos dividir en mecánicos y sistémicos:

→ 1.3.1. Mecánico

Se refiere al estímulo local de la masticación y también gustativo, con el uso de semillas/huesos de frutas, chicles o caramelos sin azúcar. La utilización continua de éstos últimos pueden alterar el sabor de los alimentos y provocar aumento de caries por su contenido en carbohidratos.

→ 1.3.2. Fármacos sialogogos

Provocan el aumento de la secreción salival. Los compuestos con yodo, se deben evitar a pesar de que pueden estimular la secreción salival, ya que pueden provocar inflamación de las parótidas.

A) Mucolíticos

En estudios realizados, tanto N-Acetilcisteína (Fluimucil), como Bromexina (Bisolvon), han resultado mejores que placebo, pero no han demostrado aumentos objetivos de la secreción salivar.

B) Anetholetrithione (Sonicur)

Algunos estudios demuestran que puede estimular la producción salival en pacientes con xerostomía post-radiación, o en pacientes que utilizan fármacos psicótropos. Su utili-

dad en pacientes con SS es controvertida. En un estudio realizado en pacientes con SS con xerostomía y flujo basal disminuido, sólo se obtuvo mejoría subjetiva.

C) Agonistas receptores muscarínicos M3: pilocarpina y cevimenlina ya comentados.

■ 1.4. Prevención y tratamiento de las complicaciones

Por sus consecuencias, las complicaciones más importantes son la aparición de caries, con la consecuente pérdida de piezas dentarias y la sobreinfección por *Candida albicans*.

→ 1.4.1. Caries

Para evitar la caries se aconseja que estos pacientes eviten alimentos azucarados por su fermentación rápida y aumento de pH ácido bucal. La higiene bucal exhaustiva con cepillos dentales blandos (valorar en personas mayores el uso de cepillos eléctricos) es esencial, utilizando pastas dentífricas fluoradas e incluso realizando fluorización bucal regular, bajo asesoramiento por odontólogos. Si se practica bien el cepillado dental y de forma regular, no parece importante el uso de antisépticos orales.

→ 1.4.2. Infección por *Candida albicans*

El aumento de infecciones bucales, en general por *Candida albicans*, puede provocar lesiones crónicas y ser un problema molesto, con sensación constante de ardor bucal. El tratamiento se basa en el uso de antifúngicos. Se puede utilizar nistatina en suspensión, aunque para aumentar el tiempo de permanencia en la boca del fármaco es útil la presentación en óvulos vaginales de nistatina y disolverlos en la boca en 30 minutos. Para evitar recurrencias el tratamiento debe ser prolongado. El fluconazol en dosis única de 400 mg también

puede ser eficaz. Los pacientes con prótesis dentales no deben descuidar su limpieza y deben de extraerlas mientras se disuelve nistatina en la boca.

■ 2. XEROFTALMIA

En los pacientes con SS, predomina el déficit en la secreción acuosa de la lágrima, por lo que el tratamiento de la xeroftalmia es sintomático,

Para evitar la caries se aconseja que estos pacientes eviten alimentos azucarados por su fermentación rápida y aumento de pH

con el uso de lágrimas artificiales.

■ 2.1. Medidas generales

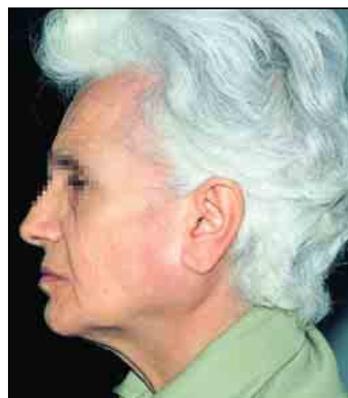
Todos los pacientes deben seguir ciertas medidas que intenten evitar la evaporación de las lágrimas: gafas de sol, incluso con protectores laterales; Evitar lugares secos y de baja humedad, uso de humidificadores y la aplicación frecuente de lágrimas artificiales.

■ 2.2. Tratamiento sustitutivo

La mayoría de pacientes con SSp y xeroftalmia mejoran con el uso de lágrimas artificiales. Las diversas preparaciones incluyen sustancias hidratantes y la mayoría además, sustancias conservantes. Los hidratantes más usados son compuestos de celulosa (Carmelosa, hipromelosa y metilcelulosa), hialuronato sódico y sustancias dispersantes (alcohol polivinílico, dextrano), útiles en secreciones mucosas espesas. En los casos de secreción abundante mucosa filamentosa, puede utilizarse de forma local, mucolíticos como Acetilcisteína al 10%. Para los pacientes con síntomas nocturnos se pueden utilizar poma-

das lubricantes oftálmicas que retardan la evaporación.

Algunos pacientes presentan de forma precoz sensación de ardor y quemazón ocular con el uso de algunas lágrimas artificiales con conservantes. En estos casos se debe cambiar de conservante o utilizar lágrimas artificiales sin conservantes. En los casos graves, que precisan usar lágrimas artificiales con mucha fre-



cuencia, el paciente puede utilizar de mayor viscosidad, advirtiendo que pueden provocar visión borrosa. En estos casos está indicado valorar el uso de tapones de silicona que se adaptan al conducto lagrimal, con el fin de aumentar el tiempo de permanencia de las lágrimas en la superficie conjuntival. De forma excepcional se realizan el cierre definitivo del conducto lagrimal.

■ 2.3. Tratamiento estimulante de la secreción lagrimal

→ 2.3.1. Agonistas receptores muscarínicos

En algunos de los estudios recientes en los que se evalúa la respuesta de la xerostomía al tratamiento con pilocarpina y cevimenlina se ha encontrado también mejoría subjetiva y objetiva de la xeroftalmia en pacientes con SS.

→ 2.3.2. Ciclosporina A

Algunos estudios recientes han demostrado un efecto positivo con Ciclosporina A tópica, en pacientes con xeroftalmia.

Tratamiento de la xeroftalmia

1. Medidas generales

- Evitar ambientes secos.
- Evitar desecación con gafas con cámara y gafas de sol
- Lágrimas artificiales de forma preventiva
- Si se acompaña de xerostomía, añadir pilocarpina oral (5 mg/6-8 horas)

2. Pacientes con xeroftalmia leve-moderada

- Usar lágrimas artificiales de forma regular que contengan celulosa
- Irritación local: cambiar de hidratante y si persiste usar lágrimas sin conservante
- Precisa usar lágrimas con frecuencia: utilizar el mismo compuesto con mayor concentración o en forma de gel.
- Secreción mucosa filante: usar lágrimas con dispersante como alcohol-polivinílico. Valorar Acetil-cisteína 10% tópica.

3. Pacientes con xeroftalmia grave

- Lágrimas artificiales con hidratante a mayor concentración, gel.
- Pomada oftálmica hidratante nocturna.
- Valorar técnicas de oclusión lagrimal no permanente: tapones de silicona
- Valorar Ciclosporina A tópica

■ 3. Sequedad nasal

La sequedad nasal alivia con el uso frecuente de hidratantes y lubricantes nasales en forma de aerosol y retirar las secreciones secas para mantener libre la cavidad nasal. Los más utilizados son en forma de lavados con suero fisiológico o los de reciente comercialización con agua de mar esterilizada (Lubrinasal,, Sterymar,, Rhinomer,). En pacientes con síntomas nasales constantes debe descartarse un proceso alérgico.

■ 4. Sequedad cutánea

Los lubricantes más eficaces para la piel seca son productos grasos, principalmente a base de; vaselina, ácidos grasos, ceras y parafina. Por ello, se preferirán los ungüentos a las pomadas y las cremas (más grasas) a las lociones (más líquidas). Cuanto mayor proporción de líquido contenga, éste se evapora con más rapidez.

Algunos compuestos se pueden añadir, mejorando el manejo de la piel seca. La avena tiene efecto emoliente y es poco alérgica o irritante. El lactato actúa reponiendo el

manto ácido de la piel. La urea, por su efecto descamativo en la piel (pilling), será útil para zonas localizadas de piel muy seca o hiperqueratósica.

El uso de agua como hidratante de forma local se debe evitar por su rápida evaporación, aumentando la sequedad. Los cosméticos pueden aplicarse, pero al menos 5 o 10 minutos después del producto hidratante. Se debe evitar el jabón tradicional porque el detergente arrastra y disuelve la grasa protectora superficial o manto lipídico.

Por otra parte, se deben evitar el uso de jabones y cremas con perfumes que contengan alcohol por aumentar la sequedad cutánea. Se aconseja usar protectores solares con factor de protección no menor de factor 15.

La mayoría de los pacientes con sequedad cutánea también presentan sequedad labial, por lo que se aconsejan utilizar de forma regular, lápices y/o cremas labiales hidra-

tantes de las mismas características que las comentadas para la piel en general.

■ 5. Sequedad vaginal

A diferencia de la piel, en la vagina y vulva deben usarse exclusivamente lubricantes solubles en agua, puesto que los lubricantes a base de aceites o grasas (por ejemplo; vaselina), pueden provocar maceración de la mucosa y afectar la movilidad del esperma. Para evitar la dispareunia se puede utilizar lubricantes tipo mucus, aplicándolo también a la pareja.

C) TRATAMIENTO AFECCIÓN EXTRAGLANDULAR

Como en otras enfermedades del colágeno, ante aparición de manifestaciones extraglandulares, como pulmonares, sistema nervioso, vasculitis, etc se valorará el uso de corticoides y/o inmunosupresores.

Tratamiento de la xerostomía en pacientes con SS

1. Medidas generales

- Hidratación abundante, evitando nicturia
- Evitar alimentos azucarados
- Evitar fármacos con acción xerogénica
- Evitar ambientes secos
- Humidificadores en aerosol
- Saliva artificial: Aerosol (Bucalsone®, Salivart®), gel (Oralbalance®, Odamida®)
- Si sequedad nasal: lavados nasales con suero fisiológico, hidratantes nasales en aerosol (Lubrinasal®, Sterymar®, Rhinomer®)

2. Tratamiento estimulante de la secreción salival

- Chupar semillas/huesos de frutas, botón
- Caramelos-Chicles sin azúcar
- Pilocarpina (Salagen®)
- Cevimelina¹ (Evovac®)
- En investigación: Zivoduvina, Interferón alfa, Anti-TNF alfa

3. Tratamiento de las complicaciones

- Medidas anticaries
 - Evaluación periódica por Odontólogos
 - Higiene bucal exhaustiva con uso de pasta dentífrica fluorada (Biotene®, Elmex®, Fluor Kin®)
 - Cepillo dental suave/ultrasuave, cepillo dental eléctrico
 - Fluoración bucal regular por Odontólogo
- Candidiasis oral
 - Nistatina oral: solución, óvulos
 - Fluconazol

(1) No comercializado en España.

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

Bibliografía Comentada



- Fármacos
- Lumbalgia
- Osteoporosis
- Otras enfermedades autoinmunes

FÁRMACOS

El metotrexato es un fármaco seguro en el tratamiento de la artritis

TRATAMIENTO CON METOTREXATO DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA: SUPERVIVENCIA DEL TRATAMIENTO E INCIDENCIA DE EFECTOS ADVERSOS.

Kinder AJ, Hasell AB, Brand J, et al. Rheumatology 2005; 44: 61-66.

Los autores pretenden estudiar el porcentaje de pacientes que permanecen en tratamiento con metotrexato a medio y largo plazo. Para ello recogen, de forma retrospectiva, información sobre la duración del tratamiento y las causas de la retirada del mismo. Esta información se encuentra en una base de datos utilizada para monitorizar los tratamientos con fármacos modificadores de la enfermedad del Staffordshire Rheumatology Centre.

Los resultados muestran que entre 1986 y 1999 fueron tratados con metotrexato 673 pacientes, 551 de los cuales estaban diagnosticados de artritis reumatoide. Mediante el análisis de

Kaplan-Meier la probabilidad de que un paciente permanezca tratado con metotrexato a los cinco años fue de 0,74. El 10,7% de los pacientes abandonaron el tratamiento por ineficacia.

El 5,5% lo retiraron por alteraciones hematológicas (en general por niveles bajos de neutrófilos). A otro 5,5% se le retiró el metotrexato por elevaciones en los enzimas hepáticos. Doce pacientes (1,8%) presentaron efectos secundarios graves (seis neumonitis, 5 citopenias y uno una infección diseminada por virus de la varicela-zoster). Sólo se produjo una muerte directamente relacionada con el metotrexato (neumonitis).

Los autores concluyen que el metotrexato es un fármaco bien tolerado a medio y largo plazo en el tratamiento de artritis crónicas en el contexto de la práctica clínica habitual. Los efectos secundarios graves detectados en este contexto son escasos (1,7%), con sólo una muerte (0,15%) directamente relacionada con el metotrexato. Es importante que estos datos los conozcan los

pacientes a los que se aconseja este tratamiento.

Este artículo basado en datos de la práctica clínica real, sin los controles de los ensayos clínicos, muestra que el fármaco más utilizado en estos momentos en el tratamiento de la artritis reumatoide es un fármaco seguro. Es importante conocer este aspecto, pues a pesar de que se ha acumulado mucha experiencia en su uso, no se ha desprendido de su "aura tóxica". Su utiliza-



ción previa en tratamientos oncológicos, con dosis mucho mayores de las utilizadas en los tratamientos reumatológicos, conllevaban más efectos secundarios. Todavía hoy médicos poco familiarizados con su utilización, farmacéuticos a los que los pacientes piden consejos y los propios pacientes presentan temor ante su utilización. Los datos que aparecen en el presente artículo pueden ayudar a cuantificar y conocer mejor los efectos secundarios de la utilización de este fármaco.

Dr. José Ivorra

Riesgos del metotrexato al inicio de la gestación: mejor no bajar la guardia

DOSIS BAJAS DE METOTREXATO DURANTE EL PRIMER TRIMESTRE DEL EMBARAZO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO DE FARMACOVIGILANCIA FRANCÉS.

Lewden B, Vial T, Elefant E, et al. *J Rheumatol* 2004;31:2360-2365.

El metotrexato (MTX), por su acción teratogénica durante el embarazo, puede provocar alteraciones embrionarias de importancia. Las malformaciones más frecuentes aparecen a nivel del esqueleto, sistema nervioso y cardíaco.

Aunque las pacientes en edad fértil en tratamiento con MTX deben evitar el embarazo, en ocasiones se produce. Contamos con escasa información de los riesgos del embarazo en estas pacientes en tratamiento con dosis bajas de MTX.

Recientemente un grupo francés de farmacovigilancia, ha recogido los riesgos de malformación, en pacientes que estaban en tratamiento con dosis bajas de MTX por enfermedades inflamatorias crónicas, durante el primer trimestre del embarazo. Además se recogieron el peso al nacer, tasa de abortos y tiempo de gestación en el momento del parto. Se revisó la historia materna con especial interés en los fármacos utilizados antes y durante el embarazo.

Se obtuvieron datos de 28 embarazos, la mayoría de ellos de pacientes con artritis reumatoide. En 26 de ellos, el MTX (dosis media semanal: 10.5 mg) se retiró antes de la octava semana de gestación. Se recogieron 4 abortos espontáneos y 5 pacientes decidieron abortar de forma voluntaria. De los 19 niños que nacieron vivos: 3 de ellos fueron prematuros; en el resto, el peso al nacer fue el adecuado a su edad de gestación; sólo un niño que estuvo expuesto al MTX durante 8.5 semanas presentó anomalías menores como metatarso varo y angioma palpebral.

Los autores concluyen que el riesgo de malformaciones graves durante el embarazo, en las pacientes en tratamiento con dosis bajas semanales de MTX es bajo si se retira precozmente.

El metotrexato es un fármaco antagonista del ácido fólico, inhibidor de la síntesis de purinas. A dosis altas se utiliza en ciertos tipos de neoplasias; a dosis intermedias se utiliza en la clínica en el manejo del embarazo ectópico, por provocar abortos; sin embargo a dosis bajas y en ritmo semanal, es el tratamiento principal en el manejo inicial de diversas artritis crónicas, especialmente la artritis reumatoide.

Si bien este estudio de farmacovigilancia incluye un número reducido de casos, lo que limita sus conclusiones, señala un problema actual, dado el creciente número de mujeres en edad fértil con enfermedades inflamatorias que siguen tratamiento con MTX. Sin embargo, al menos en las dosis frecuentemente utilizadas en reumatología, parece muy importante que la retirada precoz (antes de la octava



semana) al inicio del embarazo conlleva un riesgo de malformación limitado o de malformaciones no graves. Esto no debe provocar bajar la guardia sino lo contrario: toda mujer en edad fértil en tratamiento con MTX debe evitar el embarazo e investigar adecuadamente de forma precoz todo retraso menstrual

Dr. José Rosas

Presión arterial y coxibs

META-ANÁLISIS DE LOS INHIBIDORES DE LA CICLOOXIGENASA 2 Y SUS EFECTOS EN LA PRESIÓN ARTERIAL.

Aw TJ, Haas SJ, Liew D, et al. *Arch Intern Med* 2005;165:490-496

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) son fármacos ampliamente administrados a la población. En general, estos fármacos pueden provocar incrementos de la presión arterial. Se desconoce sin embargo cuál es el impacto de los nuevos AINEs inhibidores de la COX2 (coxibs) en la presión arterial cuando se comparan con los AINEs clásicos.

Para evaluar la influencia de los coxibs en la presión arterial, los autores de este estudio realizan un meta-análisis de todos los ensayos publicados en los que se utilizan estos fármacos. Tras una búsqueda bibliográfica extensa, encuentran 19 estudios que cumplen los criterios establecidos, realizándose una estratificación en tres grupos; a) ensayos comparando coxibs con placebo, b) ensayos comparando coxibs con AINEs clásicos, c) ensayos que comparan datos entre diferentes coxibs.

En los resultados se observa que los incrementos de la presión arterial sistólica son mayores en los pacientes tratados con coxibs frente a placebo e incluso frente a AINEs

clásicos. Observaron los mismos resultados al analizar los cambios en la presión arterial diastólica. El riesgo relativo de desarrollar hipertensión arterial, fue mayor en los pacientes tratados con coxibs frente al grupo de pacientes que tomaron placebo o AINEs clásicos. Este efecto fue mayor para rofecoxib que para celecoxib.

Los autores concluyen que entre los pacientes tratados con coxibs observan una elevación desproporcionada de la presión arterial sistólica comparada con la diastólica. Sin embargo, el grado de significación clínica en función de estos resultados se desconoce. Por otro lado, el riesgo relativo de desarrollar hipertensión arterial también es mayor (aunque sin significación estadística) con el uso de coxibs, siendo superior con rofecoxib que con celecoxib.

Este estudio señala un aspecto de plena actualidad en el uso de AINEs en general y de los coxibs en particular: el aumento del riesgo de hipertensión arterial y por tanto del riesgo cardiovascular. Este aspecto puede incluso oscurecer los efectos protectores gastrointestinales de los coxibs frente a los AINEs clásicos, especialmente en poblaciones con riesgo cardiovascular aumentado como los ancianos. Es deseable que en un futuro próximo dispongamos de estudios adecuados que clarifiquen esta situación para decidir la mejor actitud para nuestros pacientes, que no hay que olvidar que consultan por dolor osteomuscular.

Dr. J.L. Fernández Sueiro

LUMBALGIA

Lumbalgia súbita y gradual

DIFERENCIAS EPIDEMIOLÓGICAS ENTRE LA LUMBALGIA DE PRESENTACIÓN SÚBITA Y GRADUAL.

Smedley J, Inskip H, Bucle P et al. J Rheumatol 2005;32:528-532.

La lumbalgia es un problema común en la población general que ocasiona unas pérdidas económicas importantes. En el sistema nacional de salud del Reino Unido en 1994 supuso un coste de 5.900 millones de libras. En la mayoría de los pacientes la causa de la lumbalgia es desconocida, realizándose a menudo un diagnóstico de lumbalgia inespecífica.

En este trabajo los autores intentan evaluar si la forma de presentación de la lumbalgia (súbita o gradual) puede ser relevante a la hora de establecer sus causas. Realizan un estudio epidemiológico longitudinal de dos años de duración, mediante cuestionarios remitidos a una población de enfermeras de tres hospitales de agudos del sur de Inglaterra. Analizan los factores de riesgo implicados en la presentación de un primer episodio de



lumbalgia en la población estudiada.

En los resultados observaron que la lumbalgia súbita o aguda, de presentación en el ámbito laboral o no, se asociaba a una mayor incapacidad en el corto plazo al compararlo con la lumbalgia que se presenta de forma gradual. Sin embargo, la lumbalgia de presentación gradual se asoció con la presencia de "síntomas psicológicos" previos en los pacientes: sensación de cansancio, bajo estado de ánimo y sensación de estrés o de tensión. La lumbalgia de presentación súbita se asoció a tareas físicas, en la mayoría de las ocasiones referido al levantamiento de objetos o personas.

En conjunto, los resultados de este estudio permiten ir avanzando en la caracterización de las causas que originan un proceso bastante común en la población como es la lumbalgia inespecífica. De esta manera, la lumbalgia que se presenta de forma aguda tendría en su origen, generalmente, un componente físico, mientras que en la lumbalgia que se presenta de forma gradual, los aspectos psicológicos tendrían un papel importante en su origen. Los autores concluyen que nuevos estudios y más amplios permitirán establecer en el futuro caracterizar con más precisión, este problema tan frecuente.

Dr. J.L. Fernández Sueiro

OSTEOPOROSIS

Hipertiroidismo y osteoporosis

HIPERTIROIDISMO, DENSIDAD MINERAL ÓSEA Y RIESGO DE FRACTURA. RESULTADOS DE UN METAANÁLISIS.

Vestergaard P y Mosekilde L. Thyroid 2003; 13: 585-593.

En el presente artículo los autores pretenden estudiar mediante un metaanálisis los cambios en la densidad mineral ósea y el riesgo de fractura después del tratamiento del hipertiroidismo. El metaanálisis se basa en veinte artículos que estudian la evolución de la densidad mineral ósea y en cinco en los que se analiza el riesgo de fractura en pacientes hipertiroides. Estos artículos se obtuvieron tras una bús-

queda en las bases bibliográficas PubMed y EMBASE.

Los resultados del metaanálisis muestran que la densidad mineral ósea disminuye significativamente en los pacientes hipertiroides, pero que tras el tratamiento del mismo se recuperan los valores normales para la edad. En el periodo situado entre el primer y cuarto año después del tratamiento los valores de la densidad mineral ósea pueden situarse incluso por encima de los valores normales para la edad. El riesgo de fractura de cadera aumenta significativamente con la edad del diagnóstico del hipertiroidismo. Cuando no se trata el hipertiroidismo, la densidad mineral ósea descende significativamente y el riesgo de fractura aumenta.

Los autores concluyen que el hipertiroidismo se asocia a un aumento del riesgo de fractura, que es mayor a medida que aumenta la edad de los pacientes hipertiroides. Este riesgo vuelve a los valores normales cuando se consigue la normalización de la función tiroidea.

El presente metaanálisis nos aporta información relevante para la práctica clínica. En primer lugar, que la osteoporosis causada por el hipertiroidismo es reversible con el tratamiento del mismo, y que por lo tanto puede no ser necesario un tratamiento específico de la osteoporosis. Sin embargo, cuando aumenta la edad del diagnóstico del hipertiroidismo el riesgo de fractura de cadera se eleva exponencialmente respecto a la población eutiroides. Este hecho se podría explicar por las alteraciones en el remodelado óseo que se producen en edades avanzadas o bien porque haya factores asociados como por ejemplo el aumento de las caídas debido al temblor asociado al hipertiroidismo.

Dr. José Ivorra

OTRAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES

Sordera autoinmune: mejor conocerla

PÉRDIDA DE AUDICIÓN SENSORIAL AUTOINMUNE: CLÍNICA, CURSO Y RESPUESTA AL TRATAMIENTO.

Loveman DM, de Comarmond Ch, Cepero R, Baldwin DM. Sem Arthritis Rheum 2004;34:538-543.

La sordera neurosensorial autoinmune (SNSA) es una enfermedad poco frecuente, de etiología desconocida descrita en 1979. Se caracteriza por la pérdida de audición neurosensorial de progresión rápida (en semanas o meses), uni o bilateral, acompañado con frecuencia de tinitus, vértigo y ataxia, que no responde al tratamiento convencional y sí puede responder a corticoides y/o inmunosupresores. Se detectan por Western-Blott, anticuerpos anti-68-kd frente a antígenos del oído interno, La sensibilidad de estos



anticuerpos es del 42%, la especificidad del 90% y el valor predictivo positivo alcanza el 91%.

Con el objetivo de conocer las características, evolución y respuesta al tratamiento de la enfermedad, los autores realizan un estudio retrospectivo en 30 pacientes diagnosticados de SNS y remitidos al servicio de Reumatología para tratamiento con corticoides y/o inmunosupresores. Entre los resultados destacan que la duración media desde el inicio de los síntomas hasta la realización de la audiometría fue de 144 semanas (mediana: 25 semanas) y para la realización de anticuerpos anti-68-kd de 157 semanas (mediana: 40 semanas). El 90% de los pacientes tenían anticuerpos anti-68-kd. Se confirmó respuesta al tratamiento con corticoides mediante audiometría en el 50% de los pacientes. Los 3 pacientes sin anticuerpos, no respondieron al tratamiento con corticoides.

Los autores concluyen que el curso de la enfermedad es variable y habitualmente benigno. La progresión a sordera total no es frecuente con el uso de corticoides.

La SNSA, es una de las pocas causas de sordera neurosensorial reversible. Si no se trata correctamente puede provocar con rapidez sordera completa. Por tanto el diagnóstico precoz es primordial. Precisamente uno de los aspectos a resaltar de este estudio comentado es el retraso en el diagnóstico. Aunque obtienen respuestas con corticoides del 50%, sería de interés conocer la respuesta y evolución en caso de inicio precoz del tratamiento.

Si bien por la sintomatología al comienzo, los pacientes con SNSA no acuden inicialmente al reumatólogo, puede ser de interés conocer su existencia y características puesto que podemos ser consultados, como en el estudio comentado, para el manejo del tratamiento con corticoides y/o inmunosupresores (metotrexato e incluso ciclofosfamida). Por otra parte, se ha descrito esta enfermedad asociado a otras enfermedades autoinmunes como el síndrome de Sjögren, LES, síndrome de Cogan, enfermedad inflamatoria intestinal e infecciones incluyendo al parvovirus B-19.

Dr. José Rosas



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

Clima y dolores reumáticos: ¿tienen relación?

Desde hace años noto dolores en mis huesos cuando cambia el tiempo. ¿Es esto cierto? ¿A qué se debe? ¿Se puede prevenir?

S. Toledo (Cartagena)

Desde hace siglos, existe la creencia popular de que el clima o los cambios del tiempo atmosférico influyen en la aparición o en la variación (aumento/descenso) de los dolores articulares. Esta creencia ha calado de tal manera que incluso en ambientes profesionales se admite como verdadera y se llega a aconsejar el traslado de domicilio a los pacientes. Sin embargo, llama la atención que esta creencia ocurra tanto en zonas con clima estable como en zonas con clima inestable.

¿Realmente influye el clima?. La respuesta hoy en día parece sencilla: no y en todo caso la influencia sería muy limitada o escasa.

Los estudios científicos realizados para evaluar la influencia del clima sobre los dolores articulares de forma objetiva, no demuestran dicha asociación. Se han realizado

estudios en los que se recoge los cambios barométricos a lo largo del día y los síntomas de los pacientes, sin demostrarse dicha asociación.

Los resultados de los estudios que evalúan estos aspectos de forma subjetiva son conflictivos: algunos estudios concluyen que si influyen, otros que no o lo hacen de forma muy limitada.

Se han intentado buscar algunas respuestas de índole psicológico a este conflicto: el deseo de encontrar una respuesta a lo que le sucede; la aceptación social de este aspecto; la propia memoria personal o social de que se repite en circunstancias parecidas.

A pesar de todo, el hecho de que en la actualidad no esté probada, no implica que no pueda demostrarse en el futuro algún tipo de relación, aunque sea en algún subgrupo de población con alguna característica concreta.

Dr. José Rosas

¿Se puede infiltrar a los diabéticos?

Tengo 50 años y soy diabética desde hace 10 años y todos los días me pincho

insulina varias veces. Desde hace tres meses tengo dolor en el hombro y he hecho varias sesiones de rehabilitación sin mejoría. Mi médico me ha dicho que podría infiltrarme un anestésico y cortisona pero que podría descompensarme mi diabetes. ¿Me podrían dar su opinión?

R. Núñez (Valencia)

En los pacientes diabéticos la infiltración con corticoides puede elevar la glucosa en sangre. En general este efecto es más importante durante los primeros 15 días tras la infiltración. Por ello sólo debería realizarse en aquellos diabéticos en los que se pueda controlar esta elevación previsible de las cifras de glucosa en sangre. En su caso, que utiliza insulina, sí podría infiltrarse si habitualmente tiene un buen control de su diabetes, y además es capaz de realizarse autocontroles de su cifra de glucemia en casa. En este caso su médico puede ajustar la dosis de insulina de acuerdo con los controles y en principio no debía haber ningún problema. Además se puede utilizar una menor dosis de corticoides en la inyección.

Dr. José Ivorra

¿Puedo tener descalcificación en los huesos?

Soy una mujer de 51 años y desde hace aproximadamente un año tengo desajustes menstruales. Coincidiendo con esto he comenzado a tener dolores por todo el cuerpo. Por este motivo he consultado con el ginecólogo y me ha dicho que estos dolores tenían relación con la menopausia. Algunas amigas mías me dicen que es probable que tenga descalcificación en los huesos y que hay una prueba para esto. Desde entonces estoy preocupada, ya que si tengo descalcificación en los huesos podrían romperse. ¿Cómo se llama esa prueba? ¿Cree que necesito hacer esa prueba? ¿Se me pueden romper los huesos?

Luisa de Cambre (La Coruña)

En primer lugar, con respecto al tema que más le preocupa, esto es, la asociación de los dolores con la "descalcificación", tenemos que decir que usted se está refiriendo a una enfermedad llamada osteoporosis. Esta es una enfermedad del hueso en la que se produce una pérdida de masa ósea,

provocando que el hueso sea más frágil o débil y por tanto aumenta el riesgo de sufrir fracturas ante traumatismos mínimos.

Ahora bien, la osteoporosis es un proceso que no provoca dolor, hasta que se produce una fractura. De hecho se le conoce como epidemia silenciosa. Por lo tanto, el dolor no es una característica importante en la osteoporosis sin fracturas óseas.

Existen una serie de datos que nos indican que una persona puede tener mayor riesgo de padecer osteoporosis: menopausia antes de los 45 años, baja ingesta de calcio (productos lácteos), vida sedentaria, antecedente materno de osteoporosis y especialmente de fractura de cadera, hábito tabáquico, padecer algunas enfermedades que disminuyen la masa ósea como el hipertiroidismo, hiperparatiroidismo, artritis crónicas. Finalmente el uso de algunos fármacos, especialmente los corticoides, también provoca osteoporosis.

En su caso desconocemos si presenta alguno o varios de estos factores de riesgo. Habitualmente en los pacientes con factores de riesgo mencionados se aconseja realizar una densitometría ósea (la prueba diagnóstica) para salir de dudas y valorar si precisa tratamiento.

Respecto a los dolores que usted comenta, parecen muy inespecíficos. Le aconsejamos que consulte con su médico de cabecera, que le hará una evaluación adecuada, incluso con análisis

y si es preciso con radiografías. Si su médico lo cree necesario, probablemente le enviará a su reumatólogo para realizar un estudio más preciso. Finalmente, si su ginecólogo lo cree conveniente, le aconsejará una serie de medidas adecuadas para tratar la menopausia que parece que ya presenta.

Dr. J.L. Fernández Sueiro

Tratamiento con pamidronato intravenoso en la espondilitis anquilosante

Soy un paciente con espondilitis anquilosante desde hace 23 años. Hace 15 meses me administraron por vena con un gotero un tratamiento llamado pamidronato. Recibí una sesión semanal durante cinco semanas. Me fue muy bien y no tuve problemas al recibirlo. En la actualidad me está dejando de hacer efecto y mi médico me aconseja repetirlo. Parece ser que no hay estudios sobre la repetición del tratamiento.

Mi pregunta es: ¿se puede repetir este tratamiento sin ningún peligro de efectos secundarios?

Anónimo

El pamidronato es un fármaco del grupo de los bisfosfonatos, aceptado para su uso en diversas enfer-

medades como: enfermedad de Paget resistente a otros fármacos e hipercalcemia tumoral. También hay datos de su eficacia en osteoporosis y en distrofia simpática refleja.

En los últimos años se ha demostrado que el pamidronato tiene efecto antiinflamatorio. Recientemente se han publicado en revistas médicas de prestigio estudios que indican que este fármaco puede ser eficaz en el manejo de la espondilitis anquilosante. La forma de administración puede ser diversa: como en su caso, tratamientos administrados de forma semanal durante 5 semanas, y en otro estudio un tratamiento mensual durante 6 meses.

La duración de la respuesta al tratamiento puede ser variable en los pacientes. En su caso, ha obtenido una buena respuesta y prolongada (15 meses). Efectivamente, como usted comenta no hay estudios que analicen la repetición del tratamiento y por tanto tampoco se ha estudiado el ritmo o el tiempo que debe pasar para una posible nueva administración. Sin embargo, dada su respuesta, parece razonable ofrecerle una nueva tanda de tratamiento. Dada también la buena tolerancia, no parece previsible la aparición de efectos secundarios importantes, si bien se desconoce los efectos a largo plazo.

Finalmente, es en casos como el suyo donde debe primar la comunicación entre el médico y el pacien-

te para tomar una decisión, en principio acertada, con los datos disponibles.

Dr. José Rosas

Artrosis de rodilla y ejercicio ¿mejor en casa o en el gimnasio de rehabilitación?

Tengo 70 años y padezco de una artrosis de rodilla. De momento mi doctor me ha dicho que no es necesario que me opere y me indicado una tabla de ejercicios para que los músculos de las piernas estén fuertes. Yo quisiera que me mandasen al gimnasio de rehabilitación, porque creo que mejoraría más. ¿Qué puedo hacer para poder acceder al gimnasio?

P. Alonso (Alzira, Valencia)

En estos momentos se considera que el ejercicio, tanto en casa como en el gimnasio, es eficaz para mejorar la sintomatología de la artrosis de rodilla o cadera. No hay una clara diferencia entre las dos modalidades, por ello tal vez no sea necesario que usted acuda al gimnasio. Lo que es importante es que usted le diga a su médico, tantas veces como sea necesario, que le enseñe a realizar los ejercicios de forma adecuada. Es importante que usted no se canse y que los ejercicios se conviertan en una rutina, de este modo su eficacia será

más duradera. Es aconsejable que un familiar cercano asista a las explicaciones de su médico, para que le ayude a recordar el modo de hacer los ejercicios.

Dr. José Ivorra

¿Cómo puedo acceder a los tratamientos biológicos?

Tengo 31 años. Desde hace cuatro años me ha sido diagnosticada una artritis reumatoide seropositiva. Llevo tres años en tratamiento con metotrexato y estoy bastante bien de la artritis. Me han comentado que desde hace unos años existen unos tratamientos que pueden prevenir que se destruyan las articulaciones. ¿Si esos tratamientos existen que debo de hacer para que me los pongan?

Rosa (Culleredo, La Coruña)

Es cierto que en los últimos años han aparecido nuevos tratamientos para la artritis reumatoide (AR) y otras enfermedades reumáticas. Estos fármacos se denominan genéricamente biológicos y dentro del grupo existe un tipo de ellos que bloquean el TNF (factor de necrosis tumoral); así pues estos fármacos se llaman también anti-TNF. Se sabe que el TNF es una sustancia importante en el proceso inflamatorio de la AR y que por si misma o con más factores contribuye al proceso

de destrucción articular que se observa en esta enfermedad.

En la actualidad se cree que estos fármacos podrían evitar que las articulaciones se sigan destruyendo o incluso podrían en ocasiones revertir el proceso de destrucción articular. Sin embargo, todavía no está aclarado con precisión el momento en el que a lo largo de la enfermedad deberían utilizarse en los pacientes con AR.

En general, en todas las sociedades reumatológicas mundiales, y por tanto en la Sociedad Española de Reumatología, se han establecido unos criterios y normas para la utilización de estos fármacos en la AR. Para responder si estos fármacos se deben utilizar en la AR al inicio del diagnóstico, se están realizando diversos estudios. Es de suponer que en un futuro próximo podamos responder con claridad a esta cuestión.

En el caso que usted nos comenta, creemos que en estos momentos, si usted está bien controlada de la artritis, como así parece por lo que nos cuenta, no precisa realizar ningún tratamiento con fármacos que bloqueen el TNF. El metotrexato ha demostrado con el paso del tiempo ser un excelente fármaco para el control de la enfermedad. Por otro lado, si llegado el caso su AR no se controla con la medicación que su reumatólogo le suministra, usted no tendrá que hacer nada especial para recibir este tipo de terapia. Su propio reumatólogo le ofrecerá este tratamiento.

Dr. J. L. Fernández Sueiro

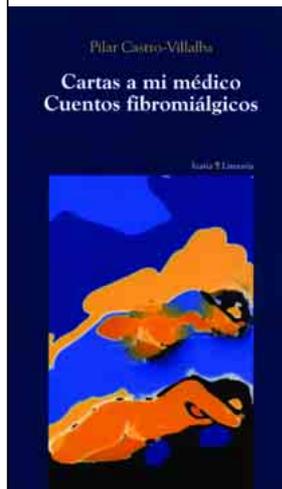
[Libros]

Cartas a mi médico. Cuentos fibromiálgicos

Pilar Castro-Villalba
Editorial Icaria - 150 págs.

Son historias de personas que padecen fibromialgia, relatadas por una de ellas, Pilar Castro-Villalba, galardonada con varios premios literarios. Historias acerca de su enfermedad: cómo la viven, cómo la entienden -o no entienden- los demás, los médicos y demás personal sanitario, cómo cambia sus vidas y cómo se enfrentan al dolor

y a la enfermedad. Todos son casos distintos, pero a la vez el mismo problema. No están relatados en clave pesimista, sino más bien irónica, pero sobre todo realista.



Está prologado por Manuela de Madre, que lo califica de un libro para la reflexión ("se lee como una sucesión de rela-

tos divertidos, un drama ligero, pero un drama a fin de cuentas"), y por el doctor Joseph Blanch (a quien van dirigidas las Cartas), que contesta -o trata de contestar- muchas de las preguntas sobre esta enfermedad que puede llegar a afectar a unas 400.000 mujeres en España, caracterizada por un dolor generalizado y un cansancio crónico. "La dificultad de su diagnóstico hace que en ocasiones los pacientes sufran un peregrinaje por una pléyade de médicos especialistas hasta recibir el diagnóstico definitivo."

En el
síndrome
del túnel
carpiano

La ecografía de muñeca disminuye la necesidad de electromiograma

■ LR.- Dr. José Rosas

El síndrome del túnel carpiano (STC) es una neuropatía por compresión o atrapamiento del nervio mediano a nivel de la muñeca, en el túnel del carpo. Es una enfermedad frecuente en la población general, con una prevalencia que varía entre el 0.1 y el 2%. Sin embargo, la incidencia de nuevos casos es del 2.7%, aunque alcanza el 15% en trabajadores con actividad manual repetitiva.

Se sospecha por la aparición de síntomas, frecuentemente nocturnos, de hormigueos y/o dolor en dedos de las manos y se suele confirmar con un estudio electrodiagnóstico como el electromiograma. Sin embargo, en ocasiones es rechazada por los pacientes por las

frecuentes molestias que provoca.

Para determinar la utilidad en el diagnóstico del STC de la ecografía de muñeca frente al electromiograma, el grupo del Dr. Ziswiler, de la Universidad de Berna, ha publicado recientemente (*Arthritis Rheum* 2005;52:304-311) un interesante estudio prospectivo de 110 casos con sospecha de STC.

Demuestran que en pacientes con clínica de STC, un área mayor o igual a 12 mm² del nervio mediano en la ecografía de muñeca, se corresponde con una probabilidad del 98% de padecer esta enfermedad. Si el área disminuye a 10 mm², la probabilidad de padecer STC es del 93%.

Las ventajas de la ecografía son evidentes: disminuirían el número

de exploraciones electromiográficas, evitando las molestias propias de la prueba a los pacientes frente a la ecografía, que es una prueba indolora; la posibilidad de la confirmación del diagnóstico inmediato en la propia consulta de reumatología, dado la creciente implantación de ecógrafos en los servicios de reumatología españoles; la ecografía aporta mayor información de la zona y no sólo acerca del nervio mediano.

Artículo origen:

Ziswiler HR, Reichenbach S, Vögelin E, et al. Valor diagnóstico de la ecografía en pacientes con síndrome del túnel carpiano. Arthritis Rheum 2005;52:304-311.

Fibromialgia: el ejercicio aeróbico puede mejorar los síntomas

■ LR.- Dr. José Ivorra.

En un artículo reciente de la revista norteamericana *Arthritis Care and Research* (2004; 51: 890-898) se publican los resultados de un estudio en el que se siguieron, durante un año, a veintinueve pacientes con fibromialgia que habían participado en un programa de ejercicio aeróbico. El programa tuvo una duración de veintitrés semanas y consistió en tres

sesiones a la semana. Las sesiones constaban de 5 minutos de estiramientos al inicio y al final de cada sesión y 20 minutos de ejercicio efectivo. Los ejercicios se realiza-

ban tanto en la piscina con agua templada como en el gimnasio y fueron aumentando de forma progresiva en su intensidad. Al año de seguimiento los pacientes en conjunto habían mejorado en su capacidad física, estado de ánimo e intensidad del dolor. Aunque el número de pacientes es reducido, este artículo apoya la idea de que el ejercicio físico puede mejorar la calidad de vida de los pacientes con fibromialgia.

**Al año de seguimiento los pacientes
en conjunto habían mejorado en su
capacidad física, estado de ánimo e
intensidad del dolor**

Las cremas de **protección solar** protegen a los pacientes con lupus

■ LR.- Dr. José Rosas.

Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES), con frecuencia presentan erupción cutánea o fotosensibilidad tras exposición solar, incluyendo tanto las radiaciones de tipo A (UVA) como las radiaciones de tipo B (UVB). Las lesiones fotosensibles aparecen en zonas expuestas, como la cara o el escote, pero no de forma inmediata sino varias semanas después de la exposición. En ocasiones, incluso debuta la enfermedad tras una exposición solar prolongada.

En la actualidad se dispone de cremas protectoras solares de gran potencia, de uso muy común en la población general. ¿Realmente protegen a las pacientes con LES y fotosensibilidad?.

PROTECCIÓN NECESARIA

Para intentar responder a esta pregunta, el grupo alemán del Dr. T. Herziguer (*Arthritis Rheum* 2004;50:3045) analizó en 52 pacientes con LES el efecto de la radiación aislada o combinada de rayos UVA y de rayos UVB, sin pro-

tección solar o tras aplicación 15 minutos antes de dichas irradiaciones, de crema solar con factor de protección de 30.

Los resultados a corto y medio plazo (hasta 3 semanas después)

A los pacientes con LES se les debe aconsejar que utilicen con regularidad cremas protectoras.

Estas deben incluir protección tanto para rayos UVA como UVB

fueron muy demostrativos: el 75% de los pacientes presentaron fotosensibilidad. El 98% de ellos, tras recibir irradiación de forma combinada de rayos UVA + rayos UVB. Sin embargo, el 96% de los pacientes que habían recibido protección con crema solar previamente, no presentaron ninguna reacción de fotosensibilidad característica.

Por tanto, a los pacientes con LES se les debe aconsejar que utilicen regularmente cremas protectoras. Estas deben incluir protección tanto para rayos UVA como UVB.

Artículo origen

Herzinger T, Plewig G, Röcken M. El uso de cremas solares protege frente a las radiaciones que provocan Lupus eritematoso. Arthritis Rheum 2004;50:3045-3048.

La ingesta de bebidas alcohólicas, **sobre todo cerveza**, aumenta el riesgo de gota

■ LR.- Dr. José Ivorra.

Un reciente estudio publicado en la prestigiosa revista *Lancet* (2004; 363: 1277-81) en el que se sigue mediante encuestas a 47.150 hombres, profesionales de la salud, durante más de trece años, demuestra que la ingesta de más de 15 gr. de alcohol al día se asocia a un aumento del riesgo de padecer gota. De entre las diferentes bebidas alcohólicas la cerveza es la que más riesgo presenta, que ya se manifiesta con la ingesta de entre 2 y 4 tercios a la semana. La ingesta de licores también se implica un mayor riesgo de sufrir ataques

de gota, aunque en menor medida que la cerveza. En cambio el consumo de dos copas de vino (118 ml por copa) no aumenta el riesgo de crisis gotosas.

LA CLAVE: PRESENCIA DE PURINAS

Las diferencias entre las distintas bebidas alcohólicas se explicarían, según los autores, por otros componentes de las mismas independientes del alcohol. La mayor presencia de purinas, que se metabolizan a ácido úrico, podría explicar el aumento de riesgo de padecer gota entre los consumidores habituales de cerveza

En el estudio TEMPO, Enbrel® más metotrexato es coste-efectivo en el tratamiento de la AR

SEGÚN LOS RESULTADOS PUBLICADOS EN LA REVISTA ANNALS OF THE RHEUMATIC DISEASES (FEBRERO-2005)

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

En el análisis fármaco-económico realizado en este estudio, tras 2 años de seguimiento, el coste por año de vida, ajustado para la calidad, ganado al utilizar el tratamiento combinado de Enbrel y metotrexato, se encuentra dentro de unos límites aceptables, en comparación con metotrexato sólo.

Este es el primer estudio fármaco-económico que incorpora el efecto del tratamiento sobre la actividad de la enfermedad incluyendo, además, el efecto sobre el estado funcional del paciente. Así, el modelo utilizado para realizar el análisis fármaco-

económico es más idóneo para estimar el valor del coste-efectividad del tratamiento.

En resumen, el estudio TEMPO ha demostrado que 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. Junto a los excelentes resultados clínicos, hay que destacar que el tratamiento con Enbrel®, en monoterapia o asociado a metotrexato, fue muy bien tolerado.

FHOEMO inicia su campaña de sensibilización

“La osteoporosis puede torcer tu vida”

La Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas (FHOEMO) ha presentado su nueva campaña de sensibilización social hacia estas patologías, bajo el título “La osteoporosis puede torcer tu vida”.

Esta tercera campaña, que cuenta con la imagen de la presentadora Mayra Gómez Kemp, se enmarca dentro de los objetivos de la International Osteoporosis

Foundation (IOF) para conseguir una Europa sin fracturas por osteoporosis. Entre las medidas establecidas para evitar el sufrimiento y los costes innecesarios asociados a las fracturas osteoporóticas en la Unión Europea destacan por una parte el apoyo a campañas educativas encaminadas a aumentar la sensibilización y, por otra, mejorar el acceso gratuito a las pruebas de densidad ósea para las personas

con riesgo de sufrir las fracturas relacionadas con la osteoporosis. Cada año se producen más de 60.000 fracturas de cadera en nuestro país, que en parte podrían ser mitigadas con un diagnóstico y tratamiento precoz.

Como en años anteriores, FHOEMO –dentro de esta iniciativa– ha puesto en marcha la línea de teléfono gratuita 900 100 502, que estará disponible hasta el 31 de julio, con el fin de dar respuesta a las dudas y preocupaciones que surgen a pacientes y familiares.

Asimismo, está disponible la Web <http://www.cuidatushuesos.com>, con toda la información sobre la enfermedad, estructurada y explicada de forma clara y sencilla para más fácil comprensión.

DR. JESÚS TORNERO, PRESIDENTE DE LA SER:

“Las agencias reguladoras han ratificado la relación beneficio/riesgo para los Coxibs actualmente disponibles”

“El interrogante sobre la seguridad cardio y cerebrovascular relativa a los coxibs ha sido resuelto recientemente por las agencias reguladoras del mundo occidental, siendo ratificada la relación beneficio/riesgo para los COXIBs actualmente disponibles en el mercado”, ha comentado el presidente de la SER, Dr. Jesús Tornero Molina, en relación con este tema, objeto de

aplicando el principio de precaución la resolución de la Agencia Europea del Medicamento ha incluido la recomendación de contraindicar su uso en pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica o accidente cerebrovascular (en cualquiera de sus formas de expresión clínica) y de someter la indicación de estos fármacos a un análisis individualizado.

permitió en la década de los 90 el desarrollo de nuevos medicamentos antiinflamatorios con la propiedad de inhibir específicamente la síntesis de las prostaglandinas que intervenían la producción de dolor e inflamación, pero respetando al mismo tiempo las sustancias de este grupo que mantenían funciones fisiológicas en el tubo digestivo.

“Esto –comenta el Dr. Tornero– otorgaba a la terapéutica médica una alternativa valorable para aplicar en cada paciente. Los resultados de la investigación biomédica, abriendo campos hasta entonces nunca explorados en consideraciones de seguridad digestiva de los AINE, confirmaron la capacidad de este nuevo grupo de medicamentos, los conocidos como Coxib, de reducir fundamentalmente las lesiones orgánicas y sus complicaciones en el tubo digestivo. La Sociedad Española de Reumatología adoptó una posición de recomendación clara en este aspecto, defendiendo un uso racional en aquel instante de estos nuevos medicamentos.”

El especialista, que se pronuncia una vez más por el acto médico individualizado, considera que “existe una población de pacientes aquejados de padecimientos médicos del aparato locomotor susceptibles de beneficiarse de la indicación de un COXIB y en los que la seguridad gastrointestinal que ofrecen los coxibs es especialmente rentable”.



“Existe una población de pacientes en los que la seguridad gastrointestinal que ofrecen los coxibs es especialmente rentable”

controversia en los últimos tiempos.

Respecto a la sospecha de riesgo adicional cardiovascular en alguno de estos medicamentos, frente a placebo o frente a la población no usuaria de antiinflamatorios, el Dr. Tornero afirma que “no hay datos que muestren un incremento de dicho riesgo en comparación con la mayoría de los AINE clásicos, mayoritariamente debido a la ausencia de estudios a largo plazo sobre la seguridad cardiovascular de estos últimos”. No obstante,

EL FACTOR GASTROINTESTINAL

Recuerda el presidente de la SER cómo desde tiempos lejanos la aspirina y los llamados antiinflamatorios no esteroideos (AINE) han constituido la base del tratamiento sintomático para el alivio del dolor y la inflamación, pero cómo también, desde el inicio, el problema que condicionó el uso de estos medicamentos fue el de su tolerancia y seguridad gastrointestinal. La investigación médica

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

Goma de mascar: Un tratamiento sintomático del síndrome seco

En muchas ocasiones me han confesado enfermos de artritis reumatoide con síndrome de Sjögren que les resultaba mucho más molesta la sequedad de la boca que el dolor articular. La xerofthalmía, con ser importante, al menos la toleraban mejor gracias a las lágrimas artificiales, pero la xerostomía apenas se aliviaba con los tratamientos supuestamente específicos que les recetábamos. En realidad, hasta que no se ha comercializado el clorhidrato de pilocarpina, no se han podido observar mejorías sintomáticas incuestionables.

Pero sin llegar a esos casos tan extremos de síndrome de Sjögren, la sequedad de boca por otras causas, como el tabaco, el abuso del alcohol, los tranquilizantes y simplemente la edad, se ha tratado chupando o masticando diversas sustancias, que además pueden tener otros efectos beneficiosos, como es la relajación, o efectos estimulantes, y, en algunas culturas primitivas, paliar la sensación de hambre. Clarísimo cuando habitantes de pueblos andinos mascan coca.

Los niños, quizás psicológicamente rememorando la lactancia, son los más propensos a chupar o mascar algo. Se han hallado trozos de alquitrán en excavaciones arqueológicas con marcas dentarias infantiles y, sin remontarnos a épocas tan lejanas, ¿cuántos niños españoles no hemos chupado alguna vez la raíz de "Glycyrrhiza glabra", o sea, el palolú, y los del Mediterráneo andaluz el "cañadú"?

DEL ABETO AL CHICLI

El abeto produce una resina que contiene xilytol, un líquido edulco-

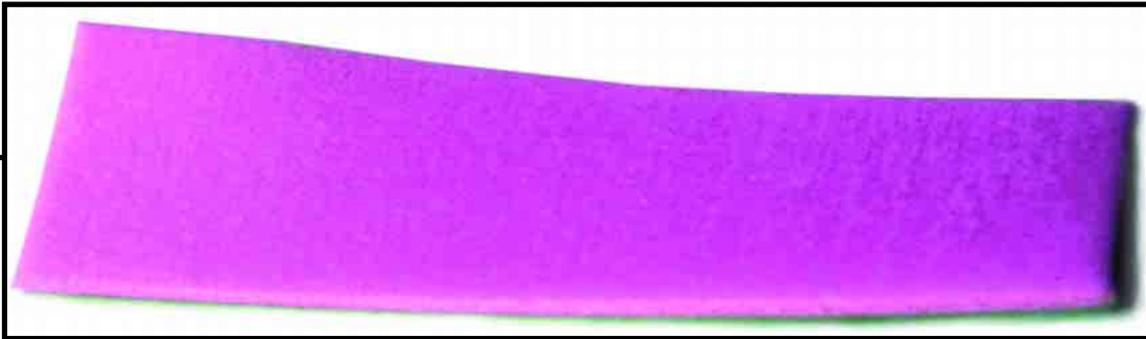
rante que tomaban los indios de Canadá, el cual no se oxida en contacto con la saliva, por lo que cuando en 1846 el farmacéutico John Curtis la preparó mezclada con parafina para darle mayor consistencia, la recomendaba para mantener limpia la dentadura. Fueron, sin embargo, los niños sus principales clientes y con ello se puso en marcha una idea que años más tarde llegaría a constituir uno de los más importantes y populares negocios del siglo XX, el chicle americano.

Fue en gran parte fruto de la casualidad. El general mejicano Antonio López de Santa Anna (1791-1876) —sí, Anna, como el pueblo valenciano—, presidente de la nación en cinco legislaturas, tuvo que huir tras su derrota en la revolución de Ayucola, en 1855, a Norteamérica, que ya había visitado no como exiliado sino como prisionero después del episodio militar de Texas en 1848, cuando este estado se separó de Méjico quedando como república independiente hasta que se unió a los Confederados del Sur. Quiso la casualidad que el general fuese a vivir a Staten Island, o Richmond, frente a Nueva York, alojándose en la casa de un fotógrafo llamado Thomas Adams, que como muchos de sus connacionales. era un incansable y apasionado inventor. Santa Anna, hombre por entonces

mayor de sesenta años, edad propecta para la época, por su calidad de empedernido fumador y no menos aficionado a beber, tenía mucha sequedad de boca y para mejorarse y, además, para abstraerse y pensar, chupaba unas pelotillas de resina lechosa que los antiguos mayas llamaban "chicli", procedente del un árbol conocido como chicozapote, zapotillo o saotillo, que se daba especialmente en la zona del Yucatán.

Thomas Adam y su hijo Tom pensaron que esa resina elástica podría ser útil para fabricar llantas para las ruedas de los carros y consiguieron a través del general que les enviaran una partida de dos toneladas. Fracasaron en tal ensayo y lo mismo con otras aplicaciones que se les ocurrieron, de modo que se vieron desesperados y sin saber qué hacer con ese material. Pero de nuevo otra circunstancia fortuita hizo surgir en la mente de Thomas una idea genial. Se encontraba en la farmacia de un vecino cuando llegó una niña para comprar unas tabletas de parafina edulcorada para mascar, y rápidamente se dio cuenta de que aquel chicli mejicano podría ser un producto vendible.

Puesto de acuerdo con el farmacéutico, fabricaron unas bolitas envueltas en papel de seda envasadas en una caja de vivos colores con una reproducción de la Alcaldía de



Nueva York. La caja, que contenía cien bolitas, valía un dólar. Adams, que dio su nombre a aquellas píldoras, patentó en 1871 una máquina para fabricarlas industrialmente y fundó con su hijo Tom una compa-

buja), para hacer los “globitos”, desapareciendo casi su función terapéutica para convertirse en una verdades psicosis mascatoria que el cine se encargó de universalizar.

Una importante crisis de explota-

ideas que “masticar”, rumia un pedazo de goma. Un humorista americano, Elbert Hubbard, escribió: “Estados Unidos no será un país civilizado hasta que no gastemos más dinero en libros que en goma de mascar.”

Hasta bien entrado el siglo XX, el chicle seguía siendo un producto medicinal para la sequedad de la boca, pero cada vez se fue introduciendo más la costumbre de mascararlo para entretenimiento o relajación

ña que rápidamente se fue haciendo con el mercado nacional uniéndose a otras que habían surgido, como la del farmacéutico John Colman, que añadía a la goma un bálsamo de diversos sabores.

LA PSICOSIS DEL “DOUBLE BUBBLE”

Por lo tanto, hasta bien entrado el siglo XX, el chicle, que ya había tomado este nombre, seguía siendo un producto medicinal para la sequedad de la boca, pero cada vez se fue introduciendo más la costumbre de mascararlo para entretenimiento o relajación y el golpe definitivo tuvo lugar en 1926 cuando apareció el chicle “Double Bubble” (doble bur-

ción de la goma del chicozapote que daba trabajo a muchas personas del Yucatán tuvo lugar sobre los años 50 cuando se descubrieron unos polímeros derivados del petróleo que originaban una goma sintética. Sin embargo, este producto no dio el resultado esperado como sustitutivo del popular chicle americano, y en la actualidad se mezcla con el natural para conseguir la resistencia y elasticidad tan características del producto.

Y aunque el chicle continúa teniendo una pequeña función en el tratamiento sintomático del síndrome seco, mantenemos de él una fijación mental asociándolo al personaje inculdo y fanfarrón, que por no tener

He leído hace poco que la limpieza de cichles adheridos en la Estatua de la Libertad de Nueva York costaba miles de dólares al año. Yo les puedo decir que en esa época en que demagógicamente se permitía entrar sin ningún control al Museo del Prado, los lunes, en que permanece cerrado, las limpiadoras tenían que despegar gran cantidad de chicles pegado a los marcos de los cuadros y, en ocasiones, a las propias pinturas. A la vista del auge que en España va teniendo la costumbre de mascar chicle y la incultura supina que además propicia la “caja tonta”, creo que va a ser necesario aplicar las propuestas de Elbert Hubbard.

COLABORADOR PREMIADO

Castillo-Ojugas, Premio Internacional Isabel La Católica

El Profesor Dr. Antonio Castillo-Ojugas, colaborador habitual de “Los Reumatismos”, ha obtenido, por unanimidad del jurado, el Premio Internacional Isabel La Católica, otorgado por la Academia de la Hispanidad, por su trabajo “La Reina Católica como difusora de la Cultura. La Imprenta y los Libros de Medicina”. El trabajo galardonado estudia y comenta todos los incunables de Medicina aparecidos en el Reinado de los Reyes Católicos.

Suscríbese a LOS Reumatismos

LOS REUMATISMOS es una revista de distribución gratuita. No obstante, si Vd. desea asegurarse su recepción habitual (6 números al año), puede suscribirse mediante una módica cantidad que incluye los gastos de envío. El importe de la suscripción varía según se trate de particulares o entidades/instituciones. Para formalizar la suscripción rellene el que corresponda de los dos boletines adjuntos, realice la transferencia y envíe el boletín de acuerdo con las instrucciones.

LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Particulares

Apellidos Nombre NIF
Dirección Población
Provincia C.P.
Teléfono Fax E-mail

Suscripción por 6 números

- Números 11 a 16 ----- 15 €
(ejemplares bimensuales)

Fecha: __ / __ / 200__

Firmado:

Forma de pago

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

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

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

LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Empresas/Asociaciones

Denominación social CIF
Actividad principal
Dirección Población
Provincia C.P.
Teléfono Fax E-mail
Persona de contacto Cargo

Suscripción por 6 números

- Números 11 a 16 ----- 25 €
(ejemplares bimensuales)

Fecha: __ / __ / 200__

Firmado:

Forma de pago

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

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

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

bucalsone

La solución hidratante bucal

NOVEDAD



Modo de empleo: Pulverizar la solución directamente en el interior de la boca, realizando 2 o 3 pulsaciones durante 1 ó 2 segundos, tantas veces como se necesite.
Composición: Agua purificada, Cloruro potásico, Cloruro sódico, Cloruro magnésico hexahidrato, Cloruro cálcico dihidrato, Fluoruro sódico, Sacarina sódica, Ácido cítrico anhidro, Xilitol, Menta pipерita, Mentol Cristalizado. **Presentación:** Frasco, con válvula dosificadora, conteniendo 50 ml. de solución.

LV Laboratorios Viñas sa

Provenza, 386 5ª planta - 08025 Barcelona

ERNESTO PLAZA
SOCIÓLOGO

Reum@tismos

RECURSOS DE REUMATOLOGÍA EN INTERNET



SJÖGREN'S SYNDROME FOUNDATION

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

La norteamericana Sjögren Syndrome Foundation fue fundada en 1983 y tiene como objetivos fomentar estrategias de educación e información acerca de este síndrome y minimizar los efectos de la enfermedad en los pacientes, impulsando la investigación para nuevos tratamientos. Su página contiene información sobre el Síndrome, la propia Fundación, cooperación y la investigación, grupos de apoyo y próximos seminarios. Posee además una tienda virtual.

EN DETALLE SOBRE LA ENFERMEDAD

(Click en "About Sjögren Syndrome")

Para consultar conceptos básicos sobre el Síndrome, preguntas frecuentes, el diagnóstico, tipos de tratamientos y recursos adicionales (links de interés y artículos publicados en relación a la enfermedad).



ARTRITISCENTRAL.COM

<http://www.artritiscentral.com/>

Web en castellano producida y supervisada por reumatólogos estadounidenses especializados en artritis y osteoporosis. Dispone de secciones como Preguntas Frecuentes, Glosario de términos reumatológicos, una Guía de los fármacos más empleados, descripciones y comentarios sobre las Pruebas de Diagnóstico que se realizan y mapas interactivos para conocer más sobre las enfermedades reumáticas. También, diversos artículos, casos clínicos y links de interés.

EN DETALLE MAPAS INTERACTIVOS DE ENFERMEDADES

(En la Zona inferior izquierda de la página)



Espacio que aborda las distintas patologías de forma concisa y resumida, indicando cómo son los síntomas, el examen clínico, el análisis de laboratorio, el diagnóstico y, finalmente, el tratamiento requerido.





THE ARTHRITIS SOCIETY
<http://www.arthritis.ca>

Web oficial de Arthritis Society canadiense, en idioma inglés o francés. Informa de los tipos de artritis existentes, cómo llevar un buen estilo de vida, los programas de tratamiento y educación en torno a la enfermedad que están llevando a cabo, proyectos de investigación actuales en Canadá e información sobre los programas locales en cada región canadiense. Además ofrece un apartado de preguntas frecuentes y un glosario de la A a la Z de conceptos relacionados con la enfermedad.



EN DETALLE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES
 (Click en "Tips for Living Well")

Sección dedicada a aconsejar al paciente sobre los mejores hábitos contra la artritis. Se estructura en varias cuestiones: manejar el dolor, controlar las emociones, ejercicio regular, entender la medicación, mejorar la comunicación, encontrar el tratamiento adecuado, la cirugía, actividades y dietas saludables, terapias complementarias y la artritis en el lugar de trabajo.



LA PÁGINA DE LA ARTRITIS JUVENIL
<http://www.angelfire.com/ri/reuma/>

Página creada por reumatólogos argentinos para informar a enfermos, familiares de pacientes y médicos acerca de la artritis reumatoidea juvenil, el lupus eritematoso sistémico juvenil, la espondilitis anquilosante en los jóvenes y las esclerodermias en la infancia. Posee foro de consulta, donde el visitante puede formular preguntas para ser contestadas por el especialista. También, enlaces relacionados y un apartado (en construcción) de ejercicios recomendables.



EN DETALLE LUPUS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES
 (Click en "Lupus Eritematoso Sistémico Juvenil")



Es el artículo más completo de la Web. Cubre las cuestiones: Qué es el Lupus, Cuál es su causa, Cómo se produce, Qué análisis se hacen en el Lupus, forma de Tratamiento, Qué dieta hay que seguir, el Impacto en la familia y Perspectivas para el futuro.



ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA
Y COMUNICACIÓN

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

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

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

Compruebe el estilo que nos caracteriza en **www.ibanezyplaza.com**



ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN