

Presentación del Documento de
Estándares de Tiempo de Proceso
en el **XXXI Congreso de la SER**

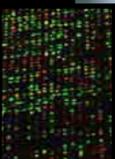
Por una mejor Calidad Asistencial



Entrevista

Dr. Manuel Martínez Lavín

“La investigación de la fibromialgia es del neurólogo, pero el tratamiento seguirá siendo del reumatólogo”

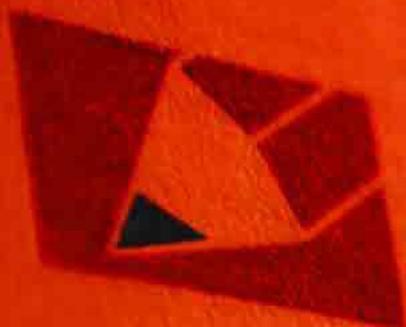


XXXI Congreso SER

Transcriptómica

Una técnica genética que nos ayudará a entender las enfermedades reumáticas





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

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 Sueirowww.ser.eswww.ibanezyplaza.com**ibáñez & Plaza** Asociados, S. L.
EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN**Coordinación Editorial,
Diseño y Maquetación:**
Ibáñez&Plaza AsociadosC/ Bravo Murillo, 81 (4º C)
28003 Madrid
Teléf.: 91 553 74 62
Fax: 91 553 27 62ediciones@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 18/03-R-CM**Entidades que han colaborado con
Los Reumatismos en este número:**

- Abbott ■ Gebro ■ Ibáñez&Plaza
- Lacer ■ Pfizer ■ Schering Plough
- Wyeth ■ Zambón

Unidos para una mejor calidad asistencial

“ **M**ejorar la calidad asistencial ha sido el objetivo básico sobre el que, de uno u otro modo, han pivotado las actividades e intervenciones durante el XXXI Congreso de la Sociedad Española de Reumatología. Un congreso, por cierto, que ha contado con una de las asistencias más numerosas de los últimos años, lo que indica a las claras la buena salud de que goza la SER y, en consecuencia, su sólido poder de convocatoria.

De acuerdo con el documento de estándares de tiempos de proceso, el reumatólogo debería disponer de 30 minutos para atender a un paciente en su primera visita, cuestión que hoy todavía es un desideratum. Por otra parte, la realidad sociosanitaria pone de relieve la necesidad de un reumatólogo por cada 40.000 ó 50.000 habitantes, cifra que del mismo modo es, hoy por hoy, una aspiración ideal.

La mejora de la asistencia en reumatología ha tenido en este congreso el enfoque orientado especialmente hacia la primera y la tercera edad. Niños y ancianos son dos grupos de población especialmente sensibles por sus circunstancias especiales. Por fortuna los avances en el manejo humano y farmacológico de las patologías reumáticas y la existencia creciente de unidades de diagnóstico precoz han abierto nuevos horizontes de esperanza para estos como para el resto de los pacientes. Ello sin olvidar los progresos en el terreno de la investigación, donde hay que subrayar el nuevo papel que viene a jugar la transcriptómica en el conocimiento de las enfermedades reumáticas. Esta ciencia o técnica avanzada, de reciente desarrollo,

está facilitando la clasificación molecular de la artritis reumatoide y gracias a ello los profesionales van a disponer de un conocimiento más profundo de las particularidades genéticas de los pacientes y, en consecuencia, de diagnósticos más precisos y precoces.

El XXXI Congreso de la SER ha servido también de “meeting point” para que por vez primera se den la mano la reumatología española y la mejicana. La participación del Dr. Manuel Martínez Lavín, del Instituto Nacional de Cardiología de México, ha animado a la revisión de un tema objeto de controversia en medicina como es el de la fibromialgia. La opinión del Dr. Martínez Lavín ha sido muy concreta al considerar a la fibromialgia como una enfermedad “real”, con una raíz neurológica, que precisa de mayor investigación por parte de esta especialidad, pero con un manejo que implica también al reumatólogo.

El reumatólogo debería disponer de 30 minutos para atender a un paciente en su primera visita

El XXXI Congreso ha puesto de relieve la buena salud de la SER y su capacidad de convocatoria



Entrevista
Dr. Mamel Martínez Lavín
"La investigación de la
fibromialgia es del
neurologo, pero el
tratamiento seguirá
siendo del reumatólogo"



XXXI Congreso SER
Transcriptómica
Una técnica genética
que nos ayudará a
entender las
enfermedades
reumáticas

Presentación del Documento de
Estándares de Tiempo de Proceso
en el **XXXI Congreso de la SER**

Por una mejor Calidad Asistencial

Nuestra Portada

El tiempo cuenta. Y para un diagnóstico precoz y óptimo puede ser fundamental. Es lo que ha subrayado el documento de estándares de la SER en su último congreso, que ocupa por derecho propio lugar destacado en el escaparate de nuestra portada.

Los otros dos temas que le acompañan surgen asimismo del reciente encuentro en Las Palmas. El profesor mejicano Martínez Lavín ha puesto en primer plano de la actualidad reumatológica el problema, aún velado por múltiples sombras, de la fibromialgia. Como herramienta que ayudará a comprender mejor las enfermedades reumatológicas hemos destacado igualmente la nueva ciencia emergente de la transcriptómica.

mayo-junio 2005
N° 11 · AÑO 3

1 Editorial **Unidos para una mejor calidad asistencial** Mejorar la calidad asistencial ha sido el objetivo básico sobre el que ...

3 Entrevista **Dr. Manuel Martínez Lavín**
Reumatólogo del Instituto Nacional de
Cardiología de México

8 Congreso SER **Un millar de reumatólogos en el XXXI Congreso de la SER en las Palmas** La SER presentó durante su congreso el documento de estándares...

11 Congreso **Comienza la entrega del Fondo de Imagen SER 2005** Se aumenta y mejora el banco de imagen existente

12 Congreso **Enfermedades reumáticas en el anciano** Enfermedades prácticamente exclusivas de los mayores de 60 años

19 Congreso **Artritis idiopática juvenil**
Estado actual del tratamiento farmacológico de la AIJ

23 Congreso **La "Transcriptómica"**
Nos ayudará a entender las enfermedades reumáticas

29 Bibliografía Comentada
Escleroderma · Osteoporosis · Síndrome del
Túnel Carpiano

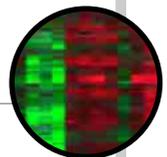
36 Los pacientes preguntan
Metotrexato y embarazo · Contracturas y
masoterapia · Prueba de la tuberculina ...

39 Noticias Tratamiento de pacientes con AR y
calidad de vida · EPOC y osteoporosis ·
Enbrel más metotrexato...

42 Decálogo **Reumáticos en Viaje**
Las enfermedades reumáticas son las
enfermedades del aparato locomotor...

44 Humanidades **El mal de la rosa:**
Una avitaminosis histórica

46 Recursos de reumatología en Internet
Reum@tismos: Espondilitis.info ·
Orthopaedics & Sports Medicine · Lliga
Reumatológica Catalana · About Arthritis...



DR. MANUEL MARTÍNEZ LAVÍN

REUMATÓLOGO DEL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA DE MÉXICO

“La investigación de la fibromialgia es del neurólogo, pero el tratamiento seguirá siendo del reumatólogo”



Texto e imagen Carmen Salvador

EL DR. Manuel Martínez Lavín

y sus colaboradores del Instituto Nacional de Cardiología de México parecen haber dado con la clave, tras las investigaciones que han venido realizando durante diez años: **una alteración en el funcionamiento del sistema nervioso autónomo podría explicar el origen de la fibromialgia**. Según esta teoría los pacientes sufren un constante exceso de adrenalina y la manifestación del dolor generalizado, “dolor neuropático mantenido por el sistema simpático”, se debe al mal funcionamiento del sistema nervioso autónomo.

El doctor Manuel Martínez Lavín, que participó en el XXXI Congreso de la SER, es una de las mayores autoridades mundiales en fibromialgia.

Estudió medicina en México, cursó medicina interna en la Universidad de San Louis y la especialidad de Reumatología en la Universidad de Lajoya (Estados Unidos). Fue precisamente en esta última universidad donde se interesó por la fibromialgia, gracias al doctor Hench, con el que colaboró y quien propuso el término de fibromialgia para esta enfermedad. A su regreso a México continuó con las investigaciones que ya le hacían pensar que la disregulación autonómica podía ser la clave de los mecanismos que llevan a la fibromialgia.

La fibromialgia es un trastorno muy común que afecta a cerca del 2% de la población en general; la mayoría de los afectados son mujeres. Se caracteriza por la presencia de un intenso dolor generalizado crónico, una fatiga que no mejora con el reposo, insomnio y otros sín-

“Debe acabarse con la discusión de si la fibromialgia es un padecimiento físico o mental: es un padecimiento real, y punto”



Un mal funcionamiento del sistema nervioso autónomo, posible explicación

El sistema nervioso autónomo es una intrincada red nerviosa. Es el sistema principal de regulación de todos los animales, incluyendo a los humanos. Está encargado de mantener el equilibrio funcional de nuestro organismo sin que nos percatemos de ello (de aquí el término “autónomo”). Mantiene la presión arterial, la frecuencia del pulso y de la respiración así como el funcionamiento normal de todos los órganos internos. Este sistema tiene una

rama denominada “simpática” que trabaja mediante la producción de adrenalina y acelera las funciones del cuerpo. Como contraparte esta el influjo de la rama “parasimpática” que actúa como antagonista y favorece el sueño y la digestión.

El sistema nervioso autónomo es la interfaz entre la mente y el cuerpo. Mediante este sistema las emociones como la ira, o el miedo se traducen en funciones biológicas, palidez, taquicardia, la dilatación de las pupilas...

Hasta hace pocos años el funcionamiento del sistema nervioso autónomo era prácticamente desconocido, pero la situación ha cambiado radicalmente con la nueva tecnología y el apoyo de la

informática, que permite el “análisis de la variabilidad de la frecuencia cardiaca”.

Utilizando esta tecnología los investigadores del Instituto Nacional de Cardiología de México encontraron que los paciente con fibromialgia tenían una incesante hiperactividad del sistema nervioso simpático, anomalía que fue especialmente evidente durante las horas del sueño. Dicho de otra manera, los pacientes sufren de un constante exceso de adrenalina. Investigaciones adicionales de Martínez Lavín y colaboradores sugieren que todas las manifestaciones de la fibromialgia se pueden explicar por la disfunción del sistema nervioso autónomo y que la molestia cardinal -el dolor

“Se han encontrado alteraciones del gen de la enzima que degrada la adrenalina”

tomas, como hormigueo en las extremidades, trastornos abdominales, necesidad de orinar con frecuencia, ansiedad y depresión entre otras. "No existía una explicación lógica para la presencia de síntomas tan heterogéneos en la misma persona por lo que los pacientes han sido infradiagnosticados e infratratados con frecuencia."

"Está claro que el ser humano es tanto mente como cuerpo y no se pueden separar. Todas las enfermedades crónicas tienen un componente físico y mental, mucho más aquellas en las que el dolor es un factor primordial. A partir de ahora se va a acabar con la discusión de si es un padecimiento físico o mental, para concluir que es un padecimiento real, y punto."

Señala el doctor Martínez Lavín, que los síntomas son reales y hay evidencia contundente. "El dolor siempre será una sensación subjetiva y privada, pero los neurotransmisores del dolor están muy altos de

líquido cefalorraquídeo en estos pacientes."

TAREA PARA EL NEURÓLOGO Y EL REUMATÓLOGO

-¿Puede dejar de ser una enfermedad reumática?

-Pienso que es una enfermedad

"En México vemos con mucho respeto y con una sana envidia la gran evolución de la ciencia, de la medicina y en concreto de la reumatología española"

nerológica. Sin embargo, el reumatólogo la seguirá viendo en la clínica porque los pacientes sienten el dolor en los músculos y en las articulaciones, síntomas que pueden confundir con otras enfermedades, como las artritis.

-¿Hay factores que empeoran el pronóstico?

-Cuando hay un impacto psicológico importante, un criterio de catástrofe ante la enfermedad, incapacidad de responder ante ella, actitud de desesperación, el pronóstico es peor, pero cuando el paciente asume y lucha contra la enfermedad, sea fibromialgia u otro padecimiento, se lleva mejor. Y aunque estamos lejos de un tratamiento efectivo, ya contamos con ciertas medidas que pueden mejorar la calidad de vida.

Los esfuerzos deben estar encaminados, según este especialista, a equilibrar la hiperactividad del sistema nervioso autónomo mediante un tratamiento integral, basado en el entendimiento del trastorno, ejercicios que disminuyan el tono simpático (aquí las técnicas orientales de Tai Chi y similares son útiles), disciplinas psicológicas de relajación y dieta libre de sustancias parecidas a la adrenalina.

"Por desgracia -señala el doctor Manuel Martínez Lavín- una vez consolidadas las interconexiones

generalizado- se explicaría mediante el mecanismo denominado "dolor neuropático mantenido por el sistema simpático".

EL DOLOR NEUROPÁTICO

Generalmente la sensación de dolor significa un daño en el organismo. Sin embargo hay un tipo diferente de dolor denominado "neuropático" que se produce por una alteración intrínseca en los nervios transmisores del dolor los cuales están incesantemente irritados y transmiten dolor como si el cuerpo estuviese golpeado. Este tipo de dolor se acompaña de otras sensaciones desagradables como quemazón, hormigueo o choques eléctricos. "En el dolor neuropático existe ade-

más hipersensibilidad al tacto, los contactos que normalmente son inocuos, como pueden ser un abrazo o el usar ropa apretada, se perciben como dolorosos". Las investigaciones del grupo Instituto Nacional de Cardiología de México muestran que todas estas características neuropáticas están presentes en las pacientes con fibromialgia.

Normalmente la adrenalina no es generadora de dolor; sin embargo, en ciertos tipos de dolores neuropáticos esta sustancia es capaz de irritar las terminaciones nerviosas. Este fenómeno, denominado "dolor mantenido por el sistema simpático" sucede, según estas investigaciones, en los pacientes fibromiálgicos.

La teoría de que la fibromialgia se

produce por un mal funcionamiento del sistema nervioso autónomo y que su síntoma principal, el dolor, es de origen neuropático y mantenido por hiperactividad simpática abre nuevos cauces al tratamiento. "El futuro para los pacientes con fibromialgia es más alentador, se está pasando de una época de incompreensión y descalificación, a otra de investigación y reconocimiento. Este tránsito tendrá como consecuencia necesaria una mejoría en los tratamientos. Si se entiende que es el sistema principal de regulación del organismo el que está afectado, se verá la necesidad de que el tratamiento sea integral cuidando tanto los síntomas físicos, como sus repercusiones emocionales y sociales."

"Está claro que el ser humano es tanto mente como cuerpo y no se pueden separar. Todas las enfermedades crónicas tienen un componente físico y mental"

“Hay que trabajar para que haya un intercambio de médicos, congresos respectivos, proyectos de investigación comunes y ayudarnos en áreas que despuntan en ambos países para que todos salgamos beneficiados”

anormales entre el sistema simpático y las vías del dolor, éstas son irreversibles. En estos casos es necesario utilizar medicamentos antineuropáticos para disminuir el dolor. Están en investigación y desarrollo diversos compuestos antineuropáticos que probablemente tendrán aplicación en los casos de fibromialgia”

En la actualidad el equipo del doctor Martínez Lavín ha abierto nuevas vías de investigación: “Estamos centrados en ver las alteraciones genéticas que llevan a esta disregulación autonómica y estamos observando el gen de la enzima que degrada la adrenalina. Las alteraciones de este gen están presentes en pacientes con fibromialgia. Pero todavía estamos con datos preliminares. Habrá que esperar.”

COLABORACIÓN HISPANO-MEXICANA

Este año se ha iniciado una colaboración institucional entre las sociedades científicas española y mexicana de reumatología, que se ha concretado con la publicación de la revista científica “Reumatología Clínica”, que aspira a ser “líder de expresión científica de habla hispana”, como ha señalado el presidente de la SER, y por futuros proyectos comunes de formación continuada entre sus miembros.

“En México vemos con mucho respeto y con una sana envidia la gran evolución de la ciencia, de la medicina y en concreto de la reumatología española. El acuerdo de estas dos sociedades traerá en un futuro un mayor conocimiento de las enfermedades reumáticas. Pero para ello todas estas buenas intenciones no deben quedar en el papel, hay que trabajar para que haya un intercambio de médicos, la asistencia a los congresos respectivos, participar en proyectos de investigación comunes y ayudarnos en áreas que despuntan en ambos países para que todos salgamos beneficiados.”

-¿Qué enfermedades van a ser las más beneficiadas?

-Aquellas cuyos mecanismos vamos conociendo mejor, como las artritis, las espondiloartritis. El conocerlas mejor nos permite ofrecer tratamientos más efectivos como ocurre ahora con los anti-TNF.

Destaca el doctor Martínez Lavín la cobertura del Sistema Nacional de Salud español. “El acceso a los fármacos en México no es universal, no llega al 50% de la población; hay una población no asalariada que no está cubierta por la seguridad social y no tiene acceso a los nuevos fármacos. Es una deficiencia de salud que aún tenemos pendiente y que habría que cambiar.”

Un millar de reumatólogos en el XXXI Congreso de la SER en Las Palmas

La SER presentó durante su XXXI Congreso el documento de estándares de tiempos de proceso y calidad asistencial, "que contribuirá a mejorar la calidad asistencial, a manejar unos tiempos de procesos aceptables, establecer recursos humanos, tecnológicos y estructurales apropiados, utilizar los recursos disponibles de forma coste/efectiva y evitar diferencias inaceptables en el acceso o en la calidad de los procedimientos clínicos en reumatología", señaló el doctor Jesús Tornero, presidente de la Sociedad Española de Reumatología. Algunos datos

Alrededor de un millar de reumatólogos se dieron cita en el XXXI Congreso de la Sociedad Española de Reumatología, celebrado en el auditorio Alfredo Kraus en Las Palmas de Gran Canaria, que **contó con una de las asistencias más numerosas de los últimos años, según el doctor Antonio Rosas, presidente del comité local del Congreso.**

preliminares de este documento apuntan a que el reumatólogo debería disponer de 30 minutos para atender a un paciente en su primera visita, y la necesidad de un reumatólogo por cada 40.000 ó

50.000 habitantes, una cifra de la que se está lejos, según las asociaciones de pacientes.

Este congreso contó por primera vez con la presencia de la reumatología mejicana, y se presentó el



nuevo Fondo de Imagen de la SER. Se abordaron temas como los avances en el tratamiento de la artritis reumatoide, los nuevos agentes biológicos, los protectores del cartílago para evitar la progresión de la artrosis, la reumatología en distintos grupos de población, inmigrantes, adultos, ancianos, incluso niños, donde la artritis idiopática juvenil, más frecuente de lo que se piensa, está considerada la causa más importante de incapacidad funcional en esta edad.

ACLARAR LAS DUDAS SOBRE COXIBS Y ANTIINFLAMATORIOS

El Congreso abordó el tema de los coxibs, dada la situación de alarma socio-sanitaria que se creó en septiembre pasado con la retirada de uno de estos fármacos, debido a un incremento de riesgo cardiovascular, lo que provocó una gran inquietud entre los especialistas y los pacientes. "La unidad de investigación de la SER ha realizado una revisión sistemática de la evidencia científica de estos fármacos, utilizados para el alivio sintomático del dolor de la artrosis y otros reumatismos de partes blandas. La posición de la SER -señala del doctor Tornero- es seguir las directrices de las

con hipertensión arterial no controlada." Según el presidente de la SER, "existe la necesidad imperiosa de aclarar definitivamente el riesgo de los coxibs y de los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), ya que hay un grupo importante de pacientes que responde bien a estos fármacos, y no debemos privarles de un tratamiento que controla los síntomas de su enfermedad".

reumatoide permitirá diagnósticos más precisos y precoces, y ayudará a conocer las particularidades genéticas de los pacientes, diagnosticar la enfermedad, su severidad, o cómo responde ante los fármacos.

Según el documento de estándares de tiempo de procesos y calidad asistencial, "el reumatólogo debería disponer de 30 minutos para atender a un paciente en su primera visita, y la necesidad de un reumatólogo por cada 40.000 ó 50.000 habitantes"

agencias americana y europea del medicamento, según las cuales estos fármacos están contraindicados cuando existen antecedentes de cardiopatía isquémica, accidentes cerebrovasculares y en pacientes

La contribución de la transcripción al conocimiento de las enfermedades reumáticas fue otra de las novedades tratadas en este XXXI Congreso. Gracias a ella la clasificación molecular de la artritis



CON EL PATROCINIO DE WYETH, LA NUEVA EDICIÓN DE ESTE VALIOSO PROYECTO AUMENTA Y MEJORA EL BANCO DE IMAGEN EXISTENTE

Comienza la entrega del Fondo de Imagen SER 2005

Cincuenta y seis autores, correspondientes a 38 centros sanitarios, 2 de ellos extranjeros, han participado en el nuevo Fondo de Imagen de SER, patrocinado por Wyeth, según describió el Dr. José Rosas en la presentación de esta iniciativa en el Congreso de la SER 2005.

Los objetivos de este valioso proyecto –según recordó también el Dr. Rosas– se han orientado a mejorar y aumentar el banco de imagen existente, incrementar su utilidad en la actividad clínica y docente mediante la

inclusión de casos clínicos y de vídeos con descripción de técnicas y exploración, y mantener una actitud dinámica de mejora continua con nuevas adquisiciones.

Por su parte, el Dr. Antonio Naranjo, coordinador del proyecto junto con el Dr. Rosas, presentó una muestra del Fondo con ejemplos comparativos entre el antiguo y del actual, que aporta una gran riqueza en imágenes de mayor resolución y mejor definición

El índice del Fondo Imagen de la SER ofrece a sus asociados más de 1.200 fotografías que cubren la mayor parte de los aspectos de reumatología. A diferencia de la edición anterior, se incluyen también 10 vídeos con imágenes de exploración física del aparato loco-

motor y técnicas de infiltración local. El índice se estructura globalmente en cuatro apartados: A) Articulación normal y Exploración. B) Técnicas en Reumatología. C) Enfermedades. D) Enfermería, Ortesis.

A su vez el índice de Enfermedades comprende las siguientes:

- Enfermedades inflamatorias del tejido conjuntivo.
- Espondiloartropatías.
- Artrosis.
- Artritis con infección.
- Artropatías microcristalinas.
- Otras artropatías.
- Enfermedades hereditarias, genéticas, osteocondrodisplasias.
- Neoplasias y síndromes paraneoplásicos.
- Osteonecrosis, osteocondritis, osteocondrosis.
- Reumatismos extraarticulares.
- Artropatías relacionadas con reumatismos.
- Otras enfermedades articulares.
- Manifestaciones articulares de otros aparatos y sistemas.
- Enfermedades óseas metabólicas.
- Miscelánea.

La obra se desglosará en 3 CDs, que se repartirán en junio (ya desde la primera semana los delegados de Wyeth lo han comenzado a entregar), septiembre y enero-06. Posteriormente, se entregará un DVD, incluyendo todo el contenido de los tres CDs, para poder disponer de toda la obra en un sólo soporte digital.

Además, es intención de la SER que el Fondo quede ubicado en la página web de la Sociedad para uso de sus afiliados.



LA PMR Y LA ACG SON DOS SÍNDROMES CLÍNICOS ESTRECHAMENTE RELACIONADOS Y PRÁCTICAMENTE EXCLUSIVAS DE LOS MAYORES DE 60 AÑOS

Las enfermedades reumáticas en el anciano tienen características propias

Las enfermedades sistémicas reumatológicas, independientemente de la edad, están directamente relacionadas con distintas alteraciones inmunológicas. El sistema inmune está sometido a una continua transformación morfológica y funcional con el paso de los años. El término inmunosenescencia, designa a estas alteraciones inducidas por el envejecimiento, que globalmente implica un descenso de la inmunocompetencia, produciendo un aumento del riesgo de infecciones, de procesos inflamatorios y autoinmunes, de neoplasias y de arterioesclerosis, ha señalado el doctor Ricardo Blanco, reumatólogo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en el 31 Congreso de la Sociedad Española de Reumatología.

ESTUDIOS DISCORDANTES

Hay numerosas publicaciones que describen los cambios del sistema inmunitario asociados al envejecimiento, aunque en muchos casos con resultados discordantes. Se suele aceptar que no hay grandes cambios cuantitativos en el número de células que componen la respuesta inmune innata (polimorfonucleares o células NK). En cambio la respuesta inmune adquirida está muy afectada, en especial las células

T, que están disminuidas probablemente debido a la involución tímica. Este hecho reduce el repertorio linfocitario T.

“Sin embargo, señala el doctor Blanco, lo más importante en las células de la respuesta inmune

Esta población es especialmente susceptible a las complicaciones de los fármacos habitualmente utilizados, como es en el caso de los corticoides o los citotóxicos

específica es la alteración funcional, caracterizada por defectos de proliferación así como producción defectuosa de citocinas y un incremento de células memoria, aunque con una menor capacidad funcional. Las respuestas de tipo Th1 disminuyen, provocando un descenso de los niveles de INF-g. Aunque la respuesta humoral frente a antígenos extraños disminuye, los ancia-

nos presentan un nivel superior de producción de autoanticuerpos e inmunoglobulinas monoclonales, probablemente inducido por un aumento relativo de la respuesta tipo Th2.”

Entre los distintos síndromes sistémicos autoinmunes característicos del anciano destaca la polimialgia reumática (PmR) y la arteritis de células gigantes (ACG). Otros síndromes más típicos de otros grupos de edad presentan peculiaridades clínicas o terapéuticas en la ancianidad, como el lupus eritematoso sistémico (LES), el síndrome de Sjögren o las vasculitis necrotizantes sistémicas.

SÍNDROMES EXCLUSIVOS DE LA EDAD AVANZADA

La PmR y la ACG son dos síndromes clínicos estrechamente relacionados y prácticamente exclusivas de pacientes mayores de 60 años. La ACG es una vasculitis granulomatosa sistémica que afecta a las arterias de mediano y gran calibre. “Dado el carácter sistémico del proceso, la sintomatología resulta muy variada. Los pacientes con ACG pueden presentar un síndrome general marcado. Además, señala el doctor Ricardo Blanco, el enfermo manifiesta síntomas derivados de la inflamación vascular y de los fenómenos isquémicos

secundarios. Estos últimos son los responsables de su morbi-mortalidad como por ejemplo las alteraciones visuales o los ACVA. La PmR puede presentarse aislada o en el contexto de una ACG. Se caracteriza por un dolor de moderado a intenso, en ocasiones invali-

**Entre los distintos
síndromes
sistémicos
autoinmunes
característicos del
anciano destaca la
polimialgia
reumática (PmR)
y la arteritis de
células gigantes
(ACG)**

dante, acompañado de rigidez en el cuello, cintura escapular y/o pélvica. La PmR y la ACG están presididas por un cuadro inflamatorio agudo, con un aumento muy importante de los reactantes de fase aguda, sobre todo de la VSG. Así mismo, el tratamiento primordial de estos síndromes son los corticoides, si bien las dosis necesarias en el caso de la PMR son menores. En ambos casos, la respuesta al mismo es en general espectacular.

El Lupus Eritematoso Sistémico en el anciano presenta peculiaridades como son una menor afectación cutánea y renal y una mayor afectación de serosas y pulmonar. El Síndrome de Sjögren es en general muy similar al de otros grupos de edad. Pero es importante destacar que los pacientes pueden tener un síndrome seco (xeroftalmía y xerostomía) sin datos de afectación sistémica ni inmunológica, es decir sin Síndrome de Sjögren propiamente dicho. Esto puede deberse a

múltiples causas como distintos fármacos como diuréticos, anticolinérgicos, o psicotrópicos entre otras razones.

MÁS COMPLICACIONES CON LOS FÁRMACOS

Respecto al tratamiento de las enfermedades es especialmente relevante que los ancianos son especialmente susceptibles a las complicaciones de los fármacos habitualmente utilizados como ocurre con los corticoides o los

citotóxicos. Las complicaciones de los esteroides son bien conocidas como la osteoporosis, osteonecrosis, diabetes, miopatía, infecciones, etc. "En los casos en los que además haya que asociar citotóxicos como la ciclofosfamida, como puede ser en las vasculitis necrotizantes sistémicas, es relevante destacar que los ancianos estarán especialmente expuestos a las complicaciones infecciosas que serán una causa importante de mortalidad."



ESTADO ACTUAL DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA AIJ

Artritis idiopática juvenil

Una de las causas más importantes de incapacidad funcional en esta edad

La artritis idiopática juvenil es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en los niños, y es considerada una de las causas más importantes de incapacidad funcional en esta edad. Según la doctora Inmaculada Calvo, del hospital infantil La Fe, de Valencia, esta enfermedad no puede seguir considerándose benigna, "ya que en la evolución después de 15-20 años de enfermedad, sigue siendo activa

en alrededor del 40% de los afectados, al igual que produce un grado de discapacidad que obliga a precisar ayuda para desarrollar las actividades cotidianas en alrededor del 30% de los mismos".

La artritis reumatoide es una enfermedad que tradicionalmente se ha asociado a personas adultas. La presentación juvenil hoy llamada artritis idiopática juvenil (AIJ), es la enfermedad más frecuente en Reumatología Pediátrica. Se define por la presencia de artritis en una o más articulaciones durante un tiempo mínimo de 6 semanas, con un inicio anterior a los 16 años de edad y con exclusión de otras causas de artritis.

Es una de las enfermedades crónicas más frecuentes en los niños, después de las cardiopatías congénitas, asma y diabetes, y es considerada una de las causas más importante de incapacidad funcional en el niño. Hay que tener en cuenta que la AIJ es una enfermedad más frecuente de lo que inicialmente se podría pensar, 4 por 1000 niños en estudios poblacio-

nales de niños en edad escolar, y se diagnostican 10 casos nuevos al año por cada 100.000 niños menores de 16 años, por lo que estaríamos hablando de aproximadamente 8.000 niños afectados por esta enfermedad en la población española menor de 16 años.

La AIJ ha sido clásicamente considerada como una enfermedad benigna "que remite en el 75% de los casos antes de que el paciente alcance la edad adulta". Esta visión tan



< Dra. Inmaculada Calvo
Dra. Mª Luz Gámir >

amplia en nuestro medio ha sido rebatida por estudios que han analizado la evolución de estos enfermos a medio y largo plazo, lo que confirman que la AIJ no puede seguir considerándose benigna, ya que en la evolución después de 15 ó 20 años de enfermedad sigue siendo activa en alrededor del 40% de los pacientes afectados, al igual que produce un grado de discapacidad que obliga a precisar ayuda para desarrollar las actividades cotidianas en alrededor del 30% de los mismos.

TRATAMIENTOS PRECOCES

Este pronóstico sombrío de la AIJ, asociado a un tratamiento conservador, ha favorecido que en la actualidad la mayoría de los reumatólogos pediátricos introduzcan de forma precoz terapias más eficaces en los primeros estadios de la enfermedad, antes de que se desarrollen lesiones irreversibles del cartílago articular. Si tenemos en cuenta este planteamiento, nuestro objetivo -continúa la doctora Calvo- es conseguir que nuestros niños con AIJ puedan llevar el mismo

tipo de vida que los demás niños, con una integración social completa, tanto familiar, como la escolarización y una actividad física, y evitar que el paciente acabe en una silla de ruedas o necesitando prótesis articular. Antes de detallar el tratamiento farmacológico hay unos aspectos importantes también a considerar en el niño con AIJ, como son:

1 ■ La prevención de la afección ocular en los subtipos de AIJ con mayor riesgo de uveítis (oligoarticular y poliarticular ANA positivos), cuya revisión con lámpara de hendidura debe realizarse cada 3 meses durante los primeros 5 años.

2 ■ La valoración sistemática del crecimiento y de la densidad mineral ósea.

3 ■ La adecuación del calendario vacunal del paciente. Como en todo paciente inmunodeprimido, deben evitarse las vacunas con gérmenes (virus) vivos atenuados. Hay que tener en cuenta que la enfermedad debe estar en remisión, ya que siempre corremos el riesgo de una nueva reactivación de la enfermedad.

4 ■ La valoración continuada

de la actividad de la enfermedad.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y TRASPLANTE

El tratamiento farmacológico de la AIJ, si tenemos en cuenta el planteamiento considerado, se inicia con el diagnóstico precoz de la enfermedad y la aplicación de un tratamiento inmediato.

El metotrexato (MTX), como modificador de la enfermedad, es el fármaco de elección en la AIJ. Ya en 992, EE.UU. y Rusia demostraron en un estudio colaborativo, prospectivo, controlado, aleatorizado y doble ciego, que el tratamiento con dosis bajas (10mg/ m²/semana) reducía significativamente el número de articulaciones afectas. Se manejaron dosis de efectividad entre 10-14mg hasta 15-20mg/m²/semana. Los efectos secundarios más comunes a estas dosis son las molestias abdominales, náuseas y/o vómitos, coincidentes en el día de la administración, caída del cabello y aumento de las transaminasas, aunque esta última es bastante

Hasta un 20% de los niños presenta dolor músculo-esquelético

Los síndromes de dolor músculo-esquelético (DME) son frecuentes en la infancia y adolescencia y representan una patología común en la práctica clínica diaria. En Atención Primaria afectan a un 5-20% de los niños entre 4-14 años (se desconoce la frecuencia en menores de 3 años), predominando los procesos mecánico-ortopédicos benignos, según comenta la doctora Maria Luz Gamir, del Servicio de Reumatología del Hospital Ramón y Cajal.

Estos mismos procesos en Atención Especializada (Unidades de Referencia o Consultas Monográficas de Reumatología Pediátrica) se deben sobre todo a una enfermedad inflamatoria-autoinmune, enfermedad infecciosa, reactiva, o tumoral; también puede deberse a enfermedades genéticas y/o displasias, y en menor grado pero con frecuencia creciente se observan "síndromes no orgánicos de dolor difuso".

Las causas de DME en la infancia y adolescencia son múltiples, y aunque en la mayoría de las veces es patología benigna, debe realizarse un amplio diagnóstico diferencial. Es necesario conocer las peculiaridades propias del DME en la edad pediátrica, realizar la evaluación correcta de los procesos que cursan con este dolor en función de la edad del paciente, evitando pruebas complementarias e ingresos hospitalarios innecesarios. En ocasiones serán necesarias pruebas de Rx, ecografía y otras técnicas de imagen durante el periodo de desarrollo y maduración del esqueleto. Según la doctora Gamir, es necesario conocer las características del dolor músculo-esquelético en esta edad, el inicio, dónde se localiza, si es inflamatorio o mecánico, su evolución, su repercusión en las actividades escolares y deportivas, si está influenciado por cambios emocionales, o hay antecedentes de traumatismos, infecciones, o si presenta fiebre

excepcional en la edad pediátrica. Hay que hacer mención al reciente estudio del PRINTO (Pediatric Rheumatology International Trial Organization) que comparó dosis medias de MTX (15-20mg/m²/semana) con dosis altas (30-40mg/m²/semana), llegando a la conclusión de que la eficacia del MTX se estabiliza a una dosis de 15 mg/m²/semana y que sólo aumenta el riesgo de efectos secundarios incrementando la dosis. Así en nuestra práctica diaria la dosis inicial es de 10mg/m²/seman por vía oral, y si la respuesta es pobre, se recomienda subir a 15 mg/m²/semana y utilizar la vía subcutánea, aunque en ciertos casos individualizados iniciamos a 15mg/m²/semana y directamente la vía subcutánea.

La leflunamida es un nuevo fármaco, inmunomodulador, cuya eficacia se ha comprobado en múltiples estudios en adultos afectos de artritis reumatoide, y en edades pediátricas disponemos de resultados muy recientemente publicados en un estudio controlado y randomizado, donde se compara la leflunamida frente a MTX en pacientes con AIJ, observándose resultados de eficacia para el MTX del 89% respecto a leflunamida del 68%, aunque los efectos secundarios fueron mayores para el MTX.

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), los corticoides orales a dosis bajas o los corticoides intraarticulares son utilizados, como tratamiento de rescate, hasta que el fármaco de

fondo, de acción más lenta, inicie su efecto, para conseguir la mejoría rápida de los síntomas, el dolor, la rigidez articular y la inflamación, pero a corto plazo, ya que no evitan la progresión de la enfermedad. En general son bien tolerados. Esto contrasta con las publicaciones más conservadoras, que siguen defendiendo la utilización de AINE durante un tiempo prolongado antes de la instauración de un fármaco inductor de remisión.

Sobre el uso de inhibidores específicos de la ciclooxigenasa 2 (COX-2) en la AIJ, no existen trabajos pediátricos, aunque están pendientes los resultados preliminares de un estudio randomizado y controlado de Celecoxib frente a Naproxeno en la AIJ, finalizado en el año actual.

Hay que hacer referencia a que la aspirina no se utiliza en la AIJ debido a su mayor toxicidad y que no se ha demostrado mayor efectividad que otros AINES.

Los corticoides intrarticulares son una alternativa terapéutica eficaz y con menos efectos colaterales en las

El tratamiento farmacológico de la AIJ, si tenemos en cuenta el planteamiento considerado, se inicia con el diagnóstico precoz de la enfermedad y la aplicación de un tratamiento inmediato

Los dolores de cadera, espalda y pie son los más frecuentes

En una exploración física puede observarse la actitud postural, la asimetría de las articulaciones, el "flexo" de rodillas y cadera.

Los dolores de cadera, espalda y pie son los más frecuentes y los que necesitan una vigilancia mayor porque pueden ser síntomas de enfermedades importantes.

El dolor de cadera en la mayoría de los casos suele ser benigno, pero también puede ser un síntoma de sinovitis transitoria, artritis séptica, enfermedad de Perthes, epifisiolisis, artritis inflamatoria o espondiloartritis juvenil, algunas de ellas graves si no tienen un tratamiento en su fase inicial.

El origen del dolor de espalda puede ser múltiple, en la mayoría de las ocasiones por malos hábitos de postura, por causa mecánica (traumatismo, fractura vertebral, sobreuso, hernia discal), debido al desarrollo (enfermedad de Scheuermann, espondilolisis /espondilolistesis), un motivo infeccioso (espondilodiscitis, absceso epidu-

ral, sacroileitis), inflamatorio (espondiloartropatía); tumoral (tumores óseos, intrarraquídeos) o por otras causas desconocidas.

El dolor de pie, suele ser debido a pie plano, sobre todo en los primeros dos años, piel valgo, o pie cavo (hereditario, asociado a ataxia de Friedreich, mielomeningocele, enfermedad de Charcot..).

SIGNOS DE ALARMA

A continuación se incluye un listado de los signos de alarma del dolor músculo-esquelético en niños:

- Edad inferior a 3 años.
- Patrón doloroso inflamatorio o tumoral
- Impotencia o alteración funcional.
- Síntomas diarios persistentes.
- Le acompañan otros síntomas (inflamación).
- Posible antecedente epidemiológico.
- Sospecha de "amplificación del dolor".

formas oligoarticulares y también en las poliarticulares y sistémicas.

El tratamiento con agentes biológicos, considerados como tratamientos experimentales según el esquema terapéutico con la pirámide de tratamiento hace una década, es hoy una realidad. Están indicados principalmente en aquellos pacientes con formas poliarticulares activas que no



En una exploración puede observarse la actitud postural, la asimetría, el "flexo" de rodillas y cadera

responden al MTX o que no lo toleran bien. El Etanercept es el más utilizado en la edad pediátrica, ya que es el fármaco aprobado hasta el momento por la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos y por la Food and Drug Administration (FDA). El primer estudio en pacientes pediátricos fue realizado por Lowel y publicado en el año 2000 y la continuación a 2 años en el año 2003. A los 7 meses el 74% cumplían criterios de mejoría, y a los 2 años de tratamiento los criterios de mejoría según la ACR 30 pediátrica fueron aproximadamente del 80%. Se observaron 2 infecciones graves, una varicela que cursó con meningitis aséptica y una sepsis complicada. Dos estudios recientemente publicados, por otros autores, confirman los mismos resultados en seguimientos a cuatro años.

Al igual que la asociación de Etanercept con fármacos modificadores de la enfermedad, principalmente el MTX, en aquellos casos de AIJ poliarticular con mayor agresividad, han sido bien tolerados y con mayor efectividad respecto al Etanercept solo. En las formas sistémicas el efecto es más pobre, como lo evidencian los resultados de varios estudios abiertos, en los que se produjeron exacerbaciones en algunos pacientes.

El Infliximab es el segundo agente biológico, que ha demostrado su eficacia en un extenso estudio en adultos. En la edad pediátrica están pendiente los resultados del estudio multicéntrico europeo, llevado a cabo por PRINTO, en cuyos resultados preliminares a las 14 y 52 semanas de tratamiento la respuesta clínica a la ACR 30 pediátrica esta en el 68%

para la primera fase y el 68% para Infliximab a 3mg/Kg + MTX, y del 78% para Infliximab a 6mg/Kg + MTX, en la segunda fase. Las reacciones infusionales fueron mayores en el grupo de pacientes tratados a dosis menores, al igual que el desarrollo de anticuerpos frente a Infliximab, como ocurre en el adulto.

Respecto al Adalimumab, tercer agente anti-TNF, se ha iniciado recientemente estudio multicéntrico, doble ciego en pacientes con AIJ de curso poliarticular, realizado por PRINTO, cuyos resultados preliminares demuestran una respuesta clínica en pacientes con AIJ poliarticular refractarios al tratamiento con MTX; según la ACR 30 pediátrica, a las 16 semana de tratamiento la respuesta clínica fue del 80% de grupo tratado Adalimumab y MTX, respecto al grupo sin MTX que fue del 69%. En cuanto a los efectos colaterales, principalmente fueron reacciones locales a la medicación subcutánea.

CORTICODEPENDENCIA A DOSIS ALTAS

Es importante hacer mención al grupo de las formas sistémicas con evolución poliarticular que presentan corticodependencia a dosis altas, a

pesar de asociar tratamiento con azatioprina, ciclofosfamida, ciclosporina o bien tacrolimus con o sin MTX y que a pesar de ello persisten con actividad de la enfermedad con grave deterioro articular y persistencia de la actividad sistémica. Son para este grupo una gran esperanza los resultados de Anakinra (anti-IL-1ra) que se están obteniendo aunque en pequeños grupos de pacientes, con mejoría importante a corto plazo; así en los primeros 15 días mejora la actividad sistémica, con normalidad analítica, entre 2-3 meses de tratamiento, permitiendo el descenso de corticoides, presentando como efectos secundarios las reacciones locales a la administración subcutánea diaria. También están pendientes los resultados de un estudio multicéntrico abierto en niños con AIJ poliarticular, en EE.UU, en que a las 12 semanas el 61% respondió de acuerdo a los criterios de mejoría de la AIJ.

La terapia con anti-IL-6 se limita a series pequeñas de pacientes con AR. Está pendiente el inicio de un ensayo clínico multicéntrico europeo con el PRINTO, respecto a la efectividad de la Interleukina 6 en el tratamiento de la AIJ forma sistémica.

Respecto a la terapia génica no existe ninguna experiencia en pacientes pediátricos con AIJ.

El trasplante de médula ósea ha sido aplicado a 29 pacientes pediátricos con enfermedad persistentemente activa y sin respuesta terapéutica. Seguidos de 2 a 36 meses después del trasplante, 16 presentan remisión, 6 remisión parcial, 1 sin respuesta y 4 (14%) fallecidos.

Para concluir, esperamos que con el diagnóstico precoz de esta enfermedad y la existencia de un mayor consenso en cuanto a criterios de clasificación, criterios de mejoría y de remisión, junto con la aplicación más precoz de tratamientos más individualizados y un mayor conocimiento y realidad en la utilización de las nuevas terapias biológicas, cambien en un futuro muy corto los resultados pronósticos de actividad de esta entidad.

LA CLASIFICACIÓN MOLECULAR DE LA ARTRITIS REUMATOIDE PERMITIRÁ DIAGNÓSTICOS MÁS PRECISOS Y PRECOCES

La “transcriptómica” nos ayudará a entender las enfermedades reumáticas

“**A**l igual que en otras patologías, en las enfermedades reumáticas están implicados diversos tipos celulares que participan en mayor o menor grado en el desarrollo de la enfermedad. Los microarrays de DNA nos están permitiendo analizar al detalle la actividad genética de estas células, lo que nos puede proporcionar evidencias importantes de cuáles son los mecanismos moleculares alterados en el individuo”, según explica

La clasificación molecular de la artritis reumatoide nos va a permitir el desarrollo de pruebas diagnósticas más precisas y su aplicación en fases más iniciales de la enfermedad. Así mismo, la identificación de nuevos mecanismos moleculares implicados en la enfermedad nos permitirá el desarrollo y la indicación de tratamientos individualizados.

El cuerpo humano, es

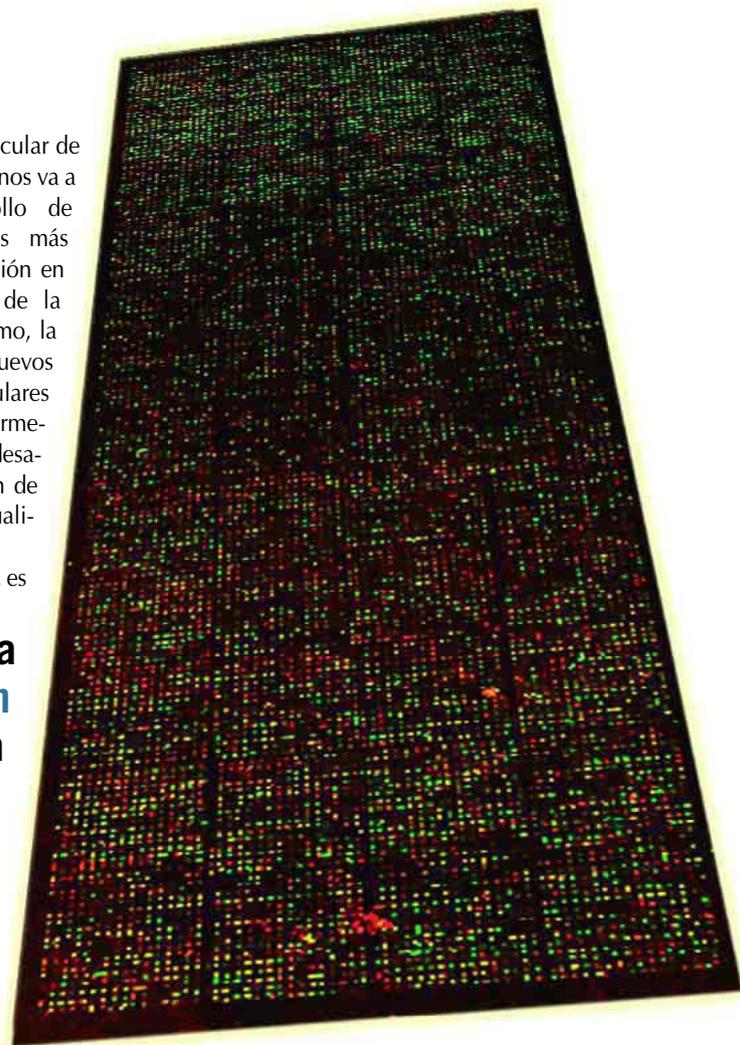
Se ha podido determinar la presencia de subgrupos de enfermos con artritis reumatoide sobre la base de la identificación de grupos de genes

a continuación la doctora Sara Marsall, de la Unidad de Reumatología del hospital Vall d’Hebrón de Barcelona.

Por ejemplo, recientemente se ha podido determinar la presencia de subgrupos de enfermos con artritis reumatoide sobre la base de la identificación de grupos de genes que se expresan de forma diferente en las células de la membrana sinovial de las articulaciones.

un sistema biológico altamente complejo, constituido por diversos tejidos cada uno de ellos con una elevada especialización estructural y funcional. Cada uno de estos tejidos está formado por distintos tipos celulares algunos de ellos con actividades muy específicas, como los conos de la retina o las

células productoras de insulina del páncreas. El correcto funcionamiento celular depende de mecanismos moleculares perfectamente afinados de los que actualmente solo conocemos una parte muy pequeña.



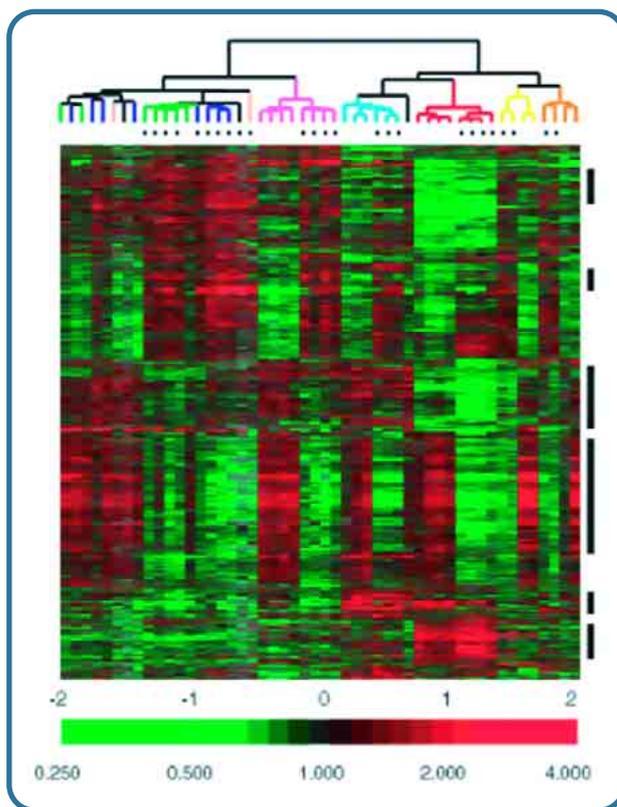
Este desconocimiento es la principal limitación para determinar qué disfunción/es va/n a ser responsable/s de una anomalía celular y en consecuencia de una determinada patología. Sin embargo, las bases de este orden de alto grado, son paradójicamente simples: la información que contienen nuestros genes (DNA) se transcribe (copia) a otra molécula mensajera (mRNA) que sale fuera del núcleo celular para ser traducida (interpretada) en una proteína, que es la que finalmente desarrollará la actividad celular apropiada.

TRANSCRIPTÓMICA

Hasta hace menos de una década las herramientas disponibles en el laboratorio rara vez permitían estudiar más de un gen/RNA/proteína a la vez. Sin embargo, los rápidos avances tecnológicos de finales del siglo XX han logrado una capacidad de análisis biológico sin precedentes. De forma breve, hoy podemos analizar en una sola muestra miles de genes/RNAs/proteínas de forma simultánea. En particular, la capacidad de miniaturización de los robots junto con el desarrollo de la tecnología de imagen han permitido el desarrollo de la transcriptómica, que puede ser definida como el estudio del conjunto de mRNAs que hay en un tejido determinado en un momento determinado (el transcriptoma).

Los microarrays o chips de DNA son el principal exponente de esta tecnología y se basan en el principio de complementariedad de las cadenas de ácidos nucleicos descrita por Watson y Crick en 1953.

En un soporte de sílice se depositan en áreas del tamaño de micrómetros (1 millonésima de metro) secuencias conocidas de DNA, lo que permite la representación de



miles de genes en un solo chip. Cada uno de los mRNAs de la muestra a estudio, que habremos marcado previamente con moléculas fluorescentes, se hibridará de forma específica a su secuencia complementaria. De este modo, la intensidad de la fluorescencia detectada mediante un escáner será una medida indirecta de la cantidad de mRNA de cada uno de los genes.

LA ACTIVIDAD GENÉTICA AL COMPLETO Y DE FORMA SIMULTÁNEA

Las enfermedades más prevalentes en la población no tienen un modelo de herencia definido aunque multitud de estudios confirman la importancia de un componente genético. Enfermedades como la

hipertensión, la obesidad, el cáncer o las enfermedades articulares inflamatorias crónicas (artritis reumatoide, espondilitis anquilosante) se engloban bajo el concepto de enfermedad compleja.

Cada individuo de la población tiene un sustrato genético que le confiere una susceptibilidad a padecer determinadas enfermedades en presencia de unos factores ambientales desencadenantes. Este sustrato genético estaría formado por múltiples genes, cada uno de ellos aportando tan sólo un efecto débil. Es principalmente por este motivo, el efecto débil, que la mayoría de herramientas de análisis tradicionales han sido incapaces de identificarlos. Sin embargo, la reciente aparición de métodos de análisis masivo está aportando un nuevo enfoque para el estudio de la etiología de estas enfermedades.

Por primera vez, tenemos la capacidad de estudiar la actividad genética al completo y de forma simultánea. Esta visión sistémica no tiene precedente en el estudio de las enfermedades humanas. Es como si hubiéramos pasado de intentar entender el funcionamiento de un automóvil pieza por pieza a analizarlo en su funcionamiento en conjunto.

En el siglo XXI, la investigación biomédica será una de las áreas de conocimiento más importantes. La verdadera recompensa al desarrollo de las nuevas tecnologías de análisis masivo, como los microarrays de DNA, será la capacidad de realizar un mejor diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades. Tenemos en nuestras manos la posibilidad de conseguir estos objetivos de formas impensables tan sólo hace unos años.

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 12 a 17 ----- 15 €
(ejemplares bimensuales)

Fecha: __ / __ / 200__

Firmado:

Forma de pago

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

Entidad: LA CAIXA

Oficina: 0997 - SERRANO, 60 · 28001 MADRID

Nº de Cta. Cte.: 2100 0997 69 0200253334

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

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

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

LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Empresas/Asociaciones

Denominación social CIF

Actividad principal

Dirección Población

Provincia C.P.

Teléfono Fax E-mail

Persona de contacto Cargo

Suscripción por 6 números

Números 12 a 17 ----- 25 €
(ejemplares bimensuales)

Fecha: __ / __ / 200__

Firmado:

Forma de pago

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

Entidad: LA CAIXA

Oficina: 0997 - SERRANO, 60 · 28001 MADRID

Nº de Cta. Cte.: 2100 0997 69 0200253334

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

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

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

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

DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS Y NAGORE FERNÁNDEZ LLANIO SECCIÓN REUMATOLOGÍA. H. U. DR. PESET DE VALENCIA

DR JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ SUEIRO SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. H. U. JUAN CANALEJO

Bibliografía Comentada



- Escleroderma
- Osteoporosis
- Síndrome del Tunnel Carpiano

ESCLERODERMA

Escleroderma: factores predictivos

MORTALIDAD EN ESCLERODERMA: METAANÁLISIS INTERNACIONAL.

Ioannidis J, Vlachoyiannopoulos P, Haidich A, et al. Am J Med 2005;118:2-10.

La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad que está asociada a una considerable morbilidad. Diversos estudios han intentado evaluar la supervivencia y los factores predictivos que confieren un mal pronóstico en la enfermedad. Sin embargo, debido a su baja frecuencia, los resultados se basan en series pequeñas y por tanto podrían no ser representativos del pronóstico de la enfermedad en general. Algunos estudios pilotos están evaluando el uso de intervenciones terapéuticas de "alto riesgo", ya sea mediante inmunosupresión agresiva o trasplantes de médula ósea. Por estos motivos la toxicidad potencial de estas intervenciones tiene que ser ponderada teniendo en cuenta la mortalidad asociada con la enfermedad.

En este trabajo se presentan los datos de un metaanálisis internacional que intenta analizar de forma estandarizada las tasas de mortalidad en la ES en diversas cohortes. Además intenta evaluar y validar aquellos factores predictivos que influyen en la mortalidad de la enfermedad. Se analizaron los casos nuevos diagnosticados en diversos centros de los Estados Unidos, Europa y Japón, que tenían una evolución inferior a los 6 meses desde su diagnóstico, recogiendo información acerca de la afectación cutánea, visceral y diversos auto-anticuerpos.

Los resultados se basan sobre un total de 1.645 casos, con un seguimiento de 11.521 personas/año y una mortalidad de 578 pacientes.

Se observó que en todas las cohortes la tasa de mortalidad estandarizada fue mayor que en la población general, existiendo una gran heterogeneidad entre las diversas cohortes. Después de realizar un ajuste por edad sexo o año de inclusión en el estudio, la presencia de anticuerpos anti-topoisomerasa I, la afectación cardíaca, renal y pulmonar de forma independiente incrementan el riesgo de mortalidad en la ES.

Sin embargo, no aumentaba la mortalidad; la presencia de anticuerpos anti-centrómero, anti-U3RNP y la afectación esofágica no afectaban la supervivencia. La presencia de afectación cutánea limitada, la negatividad para los anticuerpos anti-topoisomerasa I y la ausencia de afectación cardíaca, renal o pulmonar durante al menos 3 años después de la inclusión en el estudio.

Este trabajo confirma los datos existentes acerca de la gravedad de la ES. Estos pacientes tienen un mayor riesgo de muerte al compararlos con la población general. Aunque el estudio presenta limitaciones obvias debido una cierta heterogeneidad en las diversas cohortes estudiadas, pone de relieve la necesidad de realizar estudios internacionales de colaboración en aquellas enfermedades poco frecuentes y potencialmente graves. Solo mediante esta colaboración será posible conocer la historia natural de la enfermedad y evaluar los factores predictivos de riesgo.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

OSTEOPOROSIS

El beneficio de la PTH 1-34 recombinante persiste después de finalizar el tratamiento

REDUCCIÓN DEL RIESGO DE FRACTURA VERTEBRAL DESPUÉS DE LA RETIRADA DE LA TERIPARATIDA EN MUJERES CON OSTEOPOROSIS POSTMENOPÁUSICA.

R Lindsay, WH Scheele, R Neer, et al. *Arch Intern Med* 2004;164:2024-2030.

El estudio trata de evaluar la seguridad y la incidencia de nuevas fracturas al retirar el tratamiento con teriparatida (PTH), en 1.292 de los pacientes del estudio de prevención de fracturas realizado (FPT) que habían seguido con este tratamiento durante 18 meses previos. El ensayo FPT se trataba de un estudio randomizado y controlado con placebo en mujeres postmenopáusicas con osteoporosis y al menos una fractura vertebral.

Durante los 18 meses de observación, tras la retirada de PTH, las pacientes siguieron las pautas de práctica clínica según criterio de sus médicos habituales. De hecho, el 47% de las pacientes utilizaron fármacos anti-resortivos (con mayor frecuencia bisfosfonatos), en mayor proporción las pacientes del grupo placebo en el ensayo previo FPT ($p = 0.04$). Se demostró una disminución en el riesgo de nuevas fracturas vertebrales asociado al tratamiento previo con PTH; tanto a dosis de 20 ug (41%, $p = 0.04$) como de 40 ug (45%, $p = 0.001$), respecto a placebo. La reducción absoluta para ambas dosis fue del 13%. Análisis post-comercialización, sugieren que el tratamiento con PTH reduce de forma substancial el riesgo elevado de fractura en las pacientes con fractura previa.

Los autores concluyen que el tratamiento con teriparatida disminuye el riesgo de fractura al menos 18 meses después de haber retirado el tratamiento.

Sin olvidar que se trata de un estudio observacional, el artículo intenta dar respuesta a preguntas interesantes: ¿qué ocurre en los pacientes que han seguido tratamiento con PTH durante los 18 meses posteriores a su finalización?, ¿se debe iniciar tratamiento anti-resortivo al terminar el tratamiento con PTH?, ¿con cuál fármaco?.

Por un lado, los datos señalan que el tratamiento disminuye el número de fracturas vertebrales, especialmente las moderadas o graves (entre el 57% y el 71%, según la dosis de PTH), y además disminuye el dolor lumbar. El número de pacientes necesario de tratar (NNT) para evitar una fractura vertebral es de 8.

Sin embargo, entre el grupo de pacientes que inician tratamiento con bisfosfonatos durante este período observacional, a pesar que se observa aumento de la masa ósea, no se obtiene diferencias significativas en la reducción de

fracturas vertebrales respecto a los que no los tomaron al menos durante 12 meses. Ante este hecho inesperado, los propios autores sugieren la necesidad de realizar estudios randomizados que evalúen la secuencia terapéutica adecuada en los pacientes que han utilizado PTH.

Dr José Rosas

Osteoporosis y corticoides

FRACTURAS VERTEBRALES Y DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN MUJERES QUE RECIBEN ALTAS DOSIS DE GLUCOCORTICOIDES PARA EL TRATAMIENTO DE ENFERMEDADES AUTOINMUNES.

Kumagai S, Kawano S, Inokuma S, et al. *J Rheumatol* 2005;32:865-869.



Los glucocorticoides son todavía uno de los principales tratamientos en el manejo de diversas enfermedades autoinmunes, precisándose en ocasiones altas dosis para el control de la sintomatología. Uno de los efectos secundarios más importantes del tratamiento esteroideo es la pérdida de densidad mineral ósea (DMO) con el consiguiente riesgo de fracturas óseas. Diversos estudios epidemiológicos han relacionado el riesgo de fractura con las dosis diarias de corticoides o con las dosis acumuladas de los mismos. En la actualidad existe cierta controversia entre la relación que existe con los valores de DMO y el desarrollo de fracturas en los pacientes que reciben esta terapia. Se piensa que otros factores no relacionados exclusivamente con la DMO son también importantes para el desarrollo de fracturas en estos pacientes.

Este estudio transversal multicéntrico fue realizado en 160 mujeres japonesas, pre y postmenopáusicas, en trata-

miento con esteroides por diversas enfermedades autoinmunes sin incluir la artritis reumatoide. En todos los pacientes se realizaron mediciones de DMO mediante DEXA y se evaluaron las fracturas vertebrales a lo largo del tiempo. Se analizaron factores como índice de masa corporal, edad de menopausia, presencia de hipertensión arterial, cifras de colesterol total y presencia de diabetes.

En el grupo de mujeres premenopáusicas, aquellas que presentaron fracturas tenían unos niveles más bajos de DMO, comparando con las que no tuvieron esta complicación. Sin embargo, en el grupo de mujeres postmenopáusicas no existieron diferencias significativas en ambos grupos.

Analizando el grupo que presentó las fracturas como complicación, 7 de 16 mujeres premenopáusicas presentaban una DMO normal, mientras que solo 1 de 19 en el grupo postmenopáusicas la DMO era normal. Las diferencias en las dosis de corticoides no variaron en los grupos con o sin fractura. El punto de corte de la DMO que confirió un riesgo de fractura vertebral fue 0.843 y 0.787 g/cm²



para las mujeres pre y postmenopáusicas respectivamente.

Cuando se analizaron los valores totales de colesterol antes del inicio de la terapia corticoide, se observó que aquellas mujeres que tenían unos valores > 280 mg/dl, presentaban una DMO más baja y mayor riesgo de fractura vertebral.

En este estudio se observa que el punto de corte de los valores de la DMO que confieren un riesgo para el desarrollo de fracturas es mayor en mujeres pre que en postmenopáusicas. Incluso con valores normales de DMO, el riesgo de fractura está presente, estableciéndose una correlación entre hiperlipidemia, fractura vertebral y baja DMO. Estos resultados sugieren la necesidad de establecer un nuevo enfoque terapéutico en los pacientes tratados con esteroides: no sólo habrá que establecer terapia preventiva con valores más altos de DMO en mujeres premenopáusicas (las que presentan fracturas tienen valores de DMO normales), sino que habrá que desarrollar nuevos métodos que estimen la fragilidad ósea.

Radiografía de tórax: un método útil para detectar fracturas osteoporóticas

DETECCIÓN CASUAL DE FRACTURAS VERTEBRALES EN LAS RADIOGRAFÍAS DE TÓRAX SOLICITADAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. PREVALENCIA, DETECCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS EN UNA COHORTE DE PACIENTES ANCIANOS.

Majumdar SR, Jen H, Siminowski KG et al. Ach Intern Med 2005; 165: 905-909.

Las fracturas vertebrales son muy frecuentes y su presencia indica un alto riesgo de sufrir nuevas fracturas. Por este motivo su presencia constituye una indicación para iniciar el tratamiento farmacológico de la osteoporosis. Sin embargo, un alto porcentaje de las mismas pasan desapercibidas. Los autores pretenden valorar la utilidad de la radiografía de tórax en la detección de fracturas vertebrales. Como objetivo secundario se investiga si los pacientes a los que se detectan fracturas vertebrales llevaban tratamientos previos para su osteoporosis.

Para ello se estudia una cohorte de 500 pacientes, mayores de 60 años y seleccionados de forma aleatoria, de los 5083 a los que se había realizado un radiografía de tórax en urgencias del hospital universitario de Edmonton (Alberta, Canadá). Las radiografías fueron evaluadas por radiólogos independientes.

La edad media de los pacientes era de 75,2 años y el 47% eran mujeres. La prevalencia de fracturas moderadas o graves fue del 16%, de las cuales el 40% no aparecían reflejadas en los informes de la radiografía de urgencias. Sólo el 25 % de los pacientes con fracturas vertebrales tenían entre sus antecedentes el diagnóstico o recibían tratamiento para la osteoporosis.

El presente trabajo realizado durante el año 2001, sigue poniendo de manifiesto que la osteoporosis es poco diagnosticada y poco tratada. La escasez de densitómetros ha supuesto una dificultad importante para el diagnóstico de la osteoporosis y la prevención de fracturas. Sin embargo, este estudio muestra cómo pacientes de alto riesgo, por ejemplo los mayores de 60 años con osteoporosis establecida, es decir con fracturas que aparecen en una radiografía, no son diagnosticados. Probablemente este hecho mejoraría si los profesionales médicos de ciertas especialidades, como radiólogos, médicos de urgencias o médicos de atención primaria, estuvieran más mentalizados acerca de la importancia que puede tener el tratamiento de los pacientes con osteoporosis establecida para prevenir nuevas fracturas tanto vertebrales como de cadera, y disminuir de esta manera la morbimortalidad de esta enfermedad que por su prevalencia constituye un auténtico problema de salud en las envejecidas sociedades occidentales.

SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO

Infiltración local del túnel carpiiano frente a cirugía

CIRUGÍA FRENTE A INFILTRACIÓN LOCAL CON CORTICOIDES EN EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO. ENSAYO CLÍNICO A 1 AÑO, PROSPECTIVO, RANDOMIZADO, ABIERTO Y CONTROLADO.

D Ly-Pen, JL Andréu, G de Blas, A Sánchez-Olaso, I Millán. Arthritis Rheum 2005;52:612-619.

El síndrome del túnel carpiiano (STC) es una neuropatía por atrapamiento o compresión en la muñeca del nervio mediano, que afecta al 2.7% de la población general. Si bien no hay un consenso general, en el manejo terapéutico inicial muchos de los pacientes mejoran con infiltración local de corticoides e inmovilización nocturna de la muñeca. Con frecuencia la cirugía se suele aconsejar en los pacientes con afectación grave y/o fracaso del tratamiento conservador.

El grupo de autores españoles de este trabajo tienen el

acuerdo de comparar de forma randomizada el efecto durante 1 año de la infiltración local con corticoides (20 mg de acetónido de parametasona, en 1 ml) frente a la cirugía en pacientes diagnosticados de STC de al menos 3 meses de evolución. La variable principal fue el porcentaje de pacientes que alcanzaron al menos un 20% de mejoría en las parestesias nocturnas con dichos tratamientos, mediante escala visual análoga (EVA).

De las 163 muñecas estudiadas, a los 3 meses el 90,4% de las que fueron tratadas mediante infiltración alcanzaron de forma significativa al menos el 20% de mejoría frente al 75% en el grupo de cirugía ($p = 0.001$). A los 6 y 12 meses no encontraron diferencias entre ambos grupos respecto a dicha mejoría (6 meses: 85.5% vs 76.3%, $p = 0.16$. 12 meses: 70% vs 75%, $p = 0.48$).

Los autores concluyen que, al menos inicialmente, la infiltración local es superior en la mejoría de los síntomas del STC frente a la cirugía. Si bien, al año el resultado entre ambos tratamientos es similar.

Algunos datos de la lectura del artículo nos parecen interesantes de resaltar para la práctica clínica. Todos los pacientes fueron remitidos desde Atención Primaria (en este caso por el mismo médico) con la sospecha de STC, habiendo recibido fármacos antiinflamatorios e inmovili-

zación nocturna de la muñeca. La evolución media de los síntomas en ambos grupos terapéuticos fue de 30 semanas. En el grupo de infiltración, a los 14 días se evaluaba de nuevo y si persistían síntomas en alguna medida (EVA > 0), se realizaba una segunda infiltración. Esta fue necesaria en el 83% de los pacientes. Es probable que este dato pueda ser la clave para la obtención de los buenos resultados en este grupo de tratamiento.

Dado que el STC se ha relacionado con actividades manuales repetitivas o de sobrecarga, echamos de menos la descripción de la actividad laboral y/o doméstica de los pacientes estudiados.

Con los datos de este estudio, se puede afirmar que merece la pena intentar una o dos infiltraciones locales con corticoides, incluso en menos de 1 mes, en los pacientes con STC, antes de valorar la indicación de cirugía.

Dr. José Rosas

La infiltración con corticoides, útil en el tratamiento del STC leve

ESTUDIO PROSPECTIVO PARA VALORAR LA EFICACIA A LARGO PLAZO DE LA INFILTRACIÓN CON ACETATO DE METILPREDNISOLONA EN EL TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO LEVE.

V. Agarwal, R. Singh, A. Sachdev, Wiclawf, S. Shekhar, and D. Goel. *Rheumatology* 2005 44: 647-650

Las infiltraciones con corticoides se utilizan con frecuencia en el tratamiento del túnel del carpo, sin embargo su eficacia a largo plazo no parece clara debido a la frecuente aparición de recaídas. Los autores del presente trabajo pretenden evaluar la eficacia de este tratamiento en pacientes con síndrome del túnel carpiano leve.

Para ello se seleccionaron cuarenta y ocho pacientes (67 manos) diagnosticados de síndrome del túnel del carpo leve. El síndrome del túnel del carpo leve se definió como aquel que produce síntomas intermitentes, sin atrofia muscular ni pérdida de fuerza, y sin déficit sensitivo. Se excluyó a los pacientes con atrofia muscular en eminencia tenar, debilidad muscular o actividad eléctrica espontánea, también los que tuvieran síndrome del túnel del carpo asociado a enfermedades reumatológicas, a radiculopatía cervical o a neuropatías periféricas, y a los que ya hubieran recibido una infiltración previa o cirugía, así como a los que tuvieran otras enfermedades asociadas como diabetes mellitus, hipotiroidismo. Tampoco se incluyeron pacientes embarazadas. Se realizó una infiltración con 40 mg de acetato de metilprednisolona y se les evaluó antes de la inyección a los tres y a los doce meses.

A los 3 meses de la infiltración con corticoides habían mejorado el 93.7% de los pacientes tanto en su sintomatología como en los parámetros neurofisiológicos (latencia

distal motora y latencias sensoriales). A los 12 meses el 81% mantenían la mejoría. La recurrencia de los síntomas se observó en 8 de 48 pacientes, en un intervalo de tiempo entre 7 y 15 meses. De estos pacientes, a 4 se les realizó una segunda infiltración, no presentando ninguna mejoría dos de ellos, y una mejoría solamente temporal los otros dos. Los 4 pacientes terminaron recibiendo tratamiento quirúrgico.

No se observaron efectos adversos mayores en los pacientes tratados con la inyección local de esteroides. Hipopigmentación cutánea leve se observó en el lugar de la inyección en 4 de las manos.

Los autores concluyen que la infiltración con corticoides consigue una mejoría duradera tanto en los síntomas como en los parámetros de conducción nerviosa.

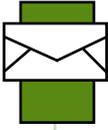
El síndrome del túnel del carpo (STC), es la neuropatía por atrapamiento más frecuente del nervio mediano. El tratamiento definitivo de la misma es quirúrgico en el momento actual; sin embargo la cirugía conlleva un coste



elevado, y una dificultad en la accesibilidad. Las terapias alternativas no quirúrgicas no han podido demostrar eficacia a largo plazo. Diversos estudios han demostrado que la infiltración local de esteroides mejora los síntomas en más del 75% de los pacientes. Sin embargo, se observa que las inyecciones locales de esteroides presentan una mayor prevalencia de recaídas que la cirugía. Estas diferencias entre los tratamientos se hacen más marcadas cuando se trata de un STC severo.

El presente estudio muestra que cuando se seleccionan los pacientes con un síndrome del túnel del carpo leve, la infiltración con corticoides es eficaz a largo plazo en un alto porcentaje de pacientes. Este estudio adolece de no tener un grupo control con el que comparar los resultados, si bien, el porcentaje de pacientes que mejora es claramente superior al 25% que se presenta en la historia natural de la enfermedad.

Dra. Nagore Fernández-Llanio



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

Metotrexato y embarazo: mejor planearlo

Tengo 29 años y desde hace 3 sufro artritis reumatoide. La enfermedad comenzó después de mi último parto. Desde entonces tomo cada semana metotrexato y ácido fólico. Ahora que me encuentro bastante bien me estoy planteando tener otro hijo. Mi reumatólogo me dice que esta enfermedad no suele empeorar durante el embarazo y que lo frecuente es lo que me ocurrió a mí, que aparece o empeora después del embarazo.

Mi pregunta es: ¿cuánto tiempo debo estar sin tomar metotrexato antes de quedarme embarazada, para no correr riesgos?

MC Ramos (Benidorm)

El metotrexato es el fármaco principal en el manejo de diversas enfermedades crónicas que producen artritis, especialmente la artritis reumatoide. Sin embargo sabemos que puede provocar malformaciones congénitas importantes, por ser un fármaco teratogénico. Toda mujer en edad fértil en tratamiento con este fármaco debe evitar el embarazo y utilizar métodos

anticonceptivos adecuados. La situación que usted comenta es la ideal en pacientes con artritis reumatoide u otras artritis crónicas que desean un embarazo: su enfermedad está bajo control y esto facilita planear el embarazo y el tratamiento a seguir.

Respecto a su pregunta, se aconseja retirar el fármaco al menos durante un ciclo ovulatorio, con el inicio de una menstruación. No hay datos de que el metotrexato interfiera en la fertilidad de la mujer.

Finalmente, si bien es cierto, como le ha comentado su reumatólogo, que con frecuencia muchas de las pacientes con artritis reumatoide durante el embarazo mejoran de la enfermedad, por supuesto no se debe descuidar el control de la misma de forma adecuada. Tras el parto se puede reiniciar el metotrexato, teniendo en cuenta que también está contraindicado su uso durante la lactancia.

Dr. José Rosas

Metotrexato y fertilidad en el varón

Soy un varón de 35 años. Desde hace 5 años tomo metotrexato todas las sema-

nas porque tengo artritis reumatoide. Tenemos un hijo de 6 años sano. Como actualmente me encuentro bien, nos estamos planteando tener otro hijo. Se que tomando yo esta medicación no debemos tener un embarazo y tendría que retirar antes la medicación.

Como no queremos correr riesgos: ¿me afecta este tratamiento para poder tener un hijo?, ¿durante cuánto tiempo ha de pararse para evitar posibles problemas en el niño?. Por último, mientras que no tomo metotrexato un tiempo, ¿qué tratamiento debo seguir?

T. Nuño (Alicante)

Efectivamente, en el caso del varón las cosas difieren. Respecto a su primera pregunta sobre si el metotrexato puede afectar a la fertilidad, la respuesta es que este fármaco podría provocar una disminución en el número de espermatozoides (oligospermia), aunque ésta sería en todo caso transitoria, recuperándose al retirar el propio fármaco.

Respecto a la segunda pregunta, en el varón se aconseja retirar el fármaco al menos 3 meses antes de planear el embarazo. Es probable que tenga que estar en relación con la

influencia en la fertilidad. Sobre el tratamiento a seguir durante el tiempo que no toma metotrexato, se podrían seguir varias estrategias, a decidir por su reumatólogo. Uno de los problemas es que a priori no se conoce el tiempo que va a requerir estar sin metotrexato, al menos 4-5 meses. Durante este tiempo, sin otra alternativa terapéutica, es muy probable que la propia artritis reumatoide pueda activarse. Una de las opciones podría ser iniciar, previo a la retirada de metotrexato, otro fármaco que no afecta a la fertilidad, como la hidroxicloroquina. Si fuera necesario, pueden realizarse infiltraciones en articulaciones inflamadas e incluso asociarse una pauta controlada de corticoides por vía oral o en inyecciones intramusculares.

Dr. José Rosas

Contracturas musculares y masoterapia

Soy una mujer de 35 años y frecuentemente tengo contracturas musculares cervicales, trabajo como administrativa y me paso 8 horas al día sentada trabajando con el ordenador y

siento cómo se me “carga” el cuello al final de día. Mi médico de cabecera me ha hecho radiografías de columna cervical que son normales, y me ha dicho que es un problema muscular únicamente. No quiero estar tomando continuamente relajantes musculares ni antiinflamatorios. Me han aconsejado masajes pero tengo miedo a que me perjudiquen, ¿qué opina usted?

J Lledó Torrent
(Valencia)

La masoterapia (masaje) convencional no suele tener ningún perjuicio y además es algo agradable que puede ayudarle. La llamada manipulación es lo que quizá haya oído que puede perjudicarle si no lo hacen manos expertas de un profesional fisioterapeuta. Sin embargo, en ningún caso el masaje es la solución definitiva a su problema. Esta pasa en primer lugar por una buena higiene postural en su trabajo, como es sentarse adecuadamente apoyando bien toda la espalda en el respaldo de la silla, colocar el monitor del ordenador centrado y a la altura de la vista evitando así posturas forzadas mantenidas, etc. En segundo lugar, y lo más importante, hay que trabajar activamente la musculatura cervical de manera constante, esto es realizar ejercicios domiciliarios diarios del cuello, primero de estiramiento (flexión, exten-

sión, lateralizaciones e inclinaciones) y posteriormente, cuando ha mejorado el dolor, ejercicios contrarresistidos o de fortalecimiento (los mismos pero ofreciendo un poco de resistencia). También sería muy beneficioso practicar natación de espalda o croll, menos aconsejable la braza, al menos 2 días a la semana. Por otra parte, si no existen contraindicaciones (ulcus activo, insuficiencia renal o hepática entre otros), los antiinflamatorios asociados a los relajantes musculares están indicados incluso durante tiempo prolongado si es preciso y le aliviarán el dolor. Por tanto, los masajes, si bien no le van a perjudicar, no son la panacea, y con ellos obtendrá un alivio transitorio pero si no cuida la higiene postural y fortalece la musculatura, reaparecerá la contractura.

Dra. Rosa Hortal

¿Porqué se pide la prueba de la tuberculina a los pacientes con artritis?

Recientemente mi marido ha sido diagnosticado de artritis reumatoide. Le han pedido varias pruebas, pero quedé muy sorprendida ya que entre ellas su médico solicitó una para saber si había tenido la tuberculosis. Estoy preocupada porque no entien-



do qué relación puede tener la tuberculosis con la artritis. ¿Podemos algunos miembros de la familia tener esa enfermedad?

Ángeles M. (A Coruña)

Cuando se hace el diagnóstico de la artritis reumatoide o cualquier otra enfermedad reumática de las que consideramos inflamatorias, ya sea una espondilitis anquilosante una artritis psoriásica, un lupus, etc, se recomienda realizar la prueba de la tuberculina, llamada PPD o Mantoux. Si esta prueba es positiva, tan sólo nos indica que la persona ha estado en contacto con el bacilo de la tuberculosis, pero no necesariamente que tenga la enfermedad y mucho menos que haya contagiado a alguien. A las personas que tienen la prueba de Mantoux positiva, se realiza, además, un radiografía de tórax para conocer si hay secuelas o la presencia de enfermedad. En la mayoría de las personas normales

que han tenido contacto, el sistema inmune normal controla al germen e impide que se desarrolle la infección. Sin embargo, en pacientes con enfermedades crónicas como la artritis reumatoide, es posible que a lo largo de la evolución sea necesario utilizar determinados medicamentos llamados inmunosupresores, para controlar la enfermedad. Estos medicamentos, de alguna manera pueden disminuir la capacidad del sistema inmune en estos pacientes y en aquellos que sean Mantoux positivo sabemos que se puede provocar el desarrollo de la tuberculosis y por ello, en estos casos se realiza un tratamiento preventivo para evitar que en el futuro se pueda desarrollar la tuberculosis como infección. De esta manera los riesgos derivados del uso de determinados medicamentos en el tratamiento de la artritis desaparecen. Con respecto a sus preguntas, podemos concluir que no se ha demostrado ninguna relación entre la tuberculosis y la artritis

reumatoide. En el caso de que su marido fuese positivo para la prueba de la tuberculina, no implicaría que usted y otros miembros de su familia lo fuesen también. En todo caso podrían realizarla, consultando con su médico de cabecera.

Dr. J. L. Fernández Sueiro

¿Tengo que hacer menos ejercicio después de haberme colocado una prótesis de rodilla?

Tengo 65 años y me han colocado hace 6 meses una prótesis de rodilla porque tenía artrosis. Aunque mi traumatólogo me ha dicho que haga una vida normal, tengo entendido que cuando más fuerce la rodilla es más fácil que la prótesis se desgaste y tengan que cambiármela. Yo tengo costumbre de pasear todos los días más de una hora, y la verdad es que lo soporto muy bien, no siento ninguna molestia. Además soy una persona muy activa y hago todas las cosas de la casa. ¿Qué debo hacer?

Paquita Rincón. Elche (Alicante)

No se conoce con exactitud cómo influye el nivel de ejercicio o actividad en la duración de las prótesis de rodilla. Algún estudio reciente parece indicar que la duración de las prótesis es la misma con independen-

cia del ejercicio que se realice. Por ello y porque el objetivo de las prótesis es conseguir la mejor capacidad funcional posible, se aconseja realizar una vida normal, incluso a ser posible algún tipo de ejercicio moderado como es el pasear, bicicleta estática o nadar. Todo ello mejora la potencia de los músculos y mantiene una forma física general adecuada que repercute de forma positiva en otros aspectos de la salud.

José Ivorra Cortés

¿Qué nuevos tratamientos hay para la osteoporosis?

Tengo 73 años y desde hace 5 años he sido diagnosticada de osteoporosis. Para tratar esta enfermedad estoy tomando un medicamento una vez a la semana acompañado de pastillas que llevan calcio y vitamina D. Algunas de mis amigas, que también tienen osteoporosis, me han comentado que existe un tratamiento inyectable que es mucho más cómodo de realizar.

¿Podría explicarme algo acerca de este nuevo tratamiento?.

A. R. Betanzos (A Coruña)

En primer lugar, por lo que usted nos comenta, el tra-

tamiento que está recibiendo para la osteoporosis consiste en un bifosfonato semanal acompañado de calcio y vitamina D. Pues bien, este tratamiento es adecuado para la osteoporosis que usted padece y sigue la pauta habitual que se recomienda en la actualidad. Sin embargo, desconocemos si ha presentado algún factor de riesgo para la osteoporosis o alguna fractura en algún hueso.

Con respecto a lo que usted pregunta acerca de los inyectables, es cierto que en la actualidad existe un tratamiento que se realiza mediante inyecciones diarias subcutáneas, alrededor de 18 meses. El medicamento es un fragmento humano recombinante de la hormona paratiroidea (rhPTH), que



durante un tiempo (alrededor de 18 meses) provoca aumento de la masa ósea. Sin embargo, la utilización de este tratamiento se suele reservar para casos concretos en los pacientes que presentan osteoporosis. En general, si existe una

adecuada respuesta al tratamiento que usted está realizando, si no presenta ningún tipo de intolerancia o, si durante el tratamiento, no presenta ningún tipo de fracturas óseas, no estaría indicado el que reciba esta tipo de tratamiento.

Un aspecto a tener en cuenta podría ser si a pesar del tratamiento cuando se hace una densitometría de control el tratamiento que esta recibiendo no funciona o usted presenta una masa ósea muy baja. Existe otro tipo de terapia muy atractiva, que consiste en una inyección anual, sin embargo este tratamiento está pendiente de comercialización.

En su caso, dado que no comenta que haya presentado efectos secundarios, etc, parece que el trata-

miento que usted está recibiendo es adecuado y no creemos que precise realizar ningún tipo de modificación en el mismo. En todo caso, ante duda, le aconsejamos que lo comente con su médico.

Dr. J. L. Fernández Sueiro

Un adecuado tratamiento de los pacientes con AR mejora su calidad de vida

■ LR.- Dr. José Ivorra.

En un reciente artículo de Pin-cus et al, que aparece en el número de abril de la revista *Arthritis and Rheumatism* (2005; 52: 1009-1019), se compara el daño articular, la discapacidad, y los resultados analíticos de pacientes con artritis reumatoide tratados según la pauta habitual entre los años 1984-1986 y otro grupo de pacientes de similares características tratados con el tratamiento habitual entre los años 1999-2001.

Los autores detectan que los pacientes estudiados en el año 2000 tenían menor daño radiológico, menor discapacidad, reactivantes de fase aguda en niveles más bajos e índices de actividad de la enfermedad menores que el

grupo de pacientes de los años 80. La principal diferencia la encontraron en el mayor uso de fármacos modificadores de la enfermedad (87% de los pacientes en el año 2000, frente al 34 % en el año 1985) y sobre todo al mayor uso de metotrexato (76% frente al 10% respectivamente).

Vemos cómo la década de los noventa podría considerarse como la década del metotrexato. La amplia utilización de este fármaco supuso un gran avance en el tratamiento de la artritis reumatoide. Entre sus características diferenciales respecto a los fármacos anteriores destacan su rapidez de acción (entre uno y dos meses los pacientes encontraban mejoría), pero sobre todo su buena tolerancia que hace que los pacientes

puedan permanecer durante largo tiempo beneficiándose de su efecto. Los tratamientos anteriores, fundamentalmente las sales de oro y la D penicilamina, tenían un inicio más lento de su efecto terapéutico, y aunque eran eficaces, pocos pacientes se beneficiaban de ellos por su alta tasa de abandono por los efectos secundarios.

Es de esperar que durante la década del 2000, la década de los biológicos, los pacientes con artritis reumatoide mejoren más en su calidad de vida. Falta por conocer si su perfil de seguridad y precio permitirá que los nuevos fármacos biológicos se utilicen durante mucho tiempo en los pacientes con artritis reumatoide. Este aspecto es el que marcará el cambio del pronóstico a largo plazo de la enfermedad.

Más del 30% de los pacientes con EPOC tienen osteoporosis

■ LR.- Dr. José Rosas.

ELos pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con frecuencia presentan osteoporosis (OP). La prevalencia de OP varía, según las series, entre el 30% y 60% de los pacientes.

Algunos estudios demuestran que el 30% de los pacientes con EPOC pueden presentar fracturas vertebrales.

Recientemente el grupo de

reumatología del Hospital de Sabadell ha publicado un estudio en 150 varones con EPOC, en el que analizan la prevalencia de OP y la utilidad de la densitometría ósea de falange (AccuDEXA) como prueba de cribado para la detección de OP (E. Casado, et al. *Reumatol Clin* 2005;1:7).

En todos los pacientes se comparó el resultado de la densitometría ósea de falange con la densitometría ósea lumbar y de cadera

con técnica DEXA, consideradas como patrón oro para el diagnóstico de OP.

Los autores demuestran OP, por densitometría lumbar o cadera, en el 34% de los pacientes. El estudio confirma que la toma de corticoides y la gravedad de la EPOC se correlaciona con la presencia de OP ($p = 0.005$ y $p = 0.02$, respectivamente).

La correlación entre la densitometría de falange y la lumbar y cadera fue buena ($r: 0.6$). El mejor punto de corte para el diagnóstico de OP con la densitometría de falange fue para un índice de T de -0.8 DE (sensibilidad: 85%, especificidad: 63%, valor predictivo positivo: 56%, valor predictivo negativo: 89%).

Con este índice de T en AccuDEXA, se hubieran evitado el 44% de

(sigue en pág. 40)

(viene de pág. anterior)

las densitometrías de columna lumbar o cadera.

Los resultados de este estudio señalan que la evaluación para descartar osteoporosis en los pacientes con EPOC debería ser obligada, por su elevada prevalencia. Por otra parte, el uso de la densitometría periférica de forma correcta, puede ser una prueba de interés como prueba de cribado inicial. Esta tiene la ventaja de ser una prueba más accesible, rápida, barata y además portátil.

Artículo origen: E. Casado, M. Larrosa, E. Naval, et al. Osteoporosis en el varón con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Utilidad de la densitometría de fálange (AccuDEXA) como método de cribado diagnóstico. Reumatol Clin 2005;1:7-11.

En agosto de 2006, Congreso de la PANLAR en Lima

El XIV Congreso de la Liga Panamericana de Asociaciones de Reumatología (PANLAR) tendrá lugar del 19 al 23 de agosto de 2006 en Lima, coincidiendo con el sexagésimo primer aniversario de la organización y el vigésimo quinto de la Sociedad Peruana de Reumatología. En el contexto del programa tendrá lugar un simposio de la EULAR con intervención de líderes de opinión europeos. En el comité organizador internacional figura el español Ricard Cervera. El temario abarca todo el amplio espectro de las enfermedades reumáticas y aborda también curiosidades científico-históricas como las "Enfermedades reumáticas en la América Precolombina".

Discrepancia en los criterios para solicitar densitometrías

■ LR.- Dr. José Ivorra.

Uno de los principales problemas en el abordaje de la osteoporosis estriba en la ausencia de criterios uniformes para seleccionar a los pacientes a los que se les va a realizar una densitometría. En un estudio que aparece en el primer número de la revista Reumatología Clínica (Reumatol Clin 2005; 1:12-9) se analiza la prevalencia de la indicación de densitometría en pacientes remitidos para estudio de osteoporosis a las consultas de reumatología. La indicación se evalúa mediante tres conjuntos de criterios para detectar pacientes con alto riesgo de osteoporosis elaborados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Agencia de Evaluación de Tecnología Mé-

ca de Cataluña (AETM), y el Comité Internacional de Guías Clínicas en Osteoporosis (CIGCO).

En primer lugar se observa una gran discrepancia entre los resultados, según se apliquen unos criterios u otros. Los de la AETM son más restrictivos, pero de cualquier forma en el 45% de los pacientes estaría indicada la realización de una densitometría. Si se aplican los criterios de la OMS, el 77% de los pacientes precisarían densitometría. Con los criterios de la CIGCO esta cifra se situaría en torno al 62%. Otro aspecto interesante es el de que estos criterios tienen una utilidad diferente según la edad de las pacientes.

En definitiva la respuesta a la pregunta: "¿A quién realizar una densitometría?", no es sencilla ni definitiva.

Buenos resultados de la fisioterapia en la tendinitis de hombro

■ LR.- Dr. José Rosas.

El dolor de hombro provoca con frecuencia dolor e incapacidad en la población general. La incidencia general alcanza a 11 de cada 1000 personas cada año, de las que la patología del manguito de los rotadores es la causa en 4 de cada 1000 personas. El manejo terapéutico general se basa en tratamiento conservador con fármacos antiinflamatorios, infiltraciones locales con corticoides y fisioterapia. En los casos resistentes se valora la cirugía.

Recientemente se ha publicado

un estudio danés (Haahr JP, et al. Ann Rheum Dis 2005;64:760), randomizado y controlado, en 90 pacientes con dolor en hombro por patología de pinzamiento subacromial (impingement). Después de 1 año de seguimiento, no encontraron diferencias al comparar el tratamiento con fisioterapia frente a cirugía con descompresión por artroscopia, analizado mediante escalas de dolor y de función (Índice de Constant). Quedan preguntas para responder. Sin duda en la actualidad no se puede dar una indicación terapéutica unitaria.

DESPUÉS DE 3 AÑOS DE TRATAMIENTO CON ENBREL MÁS METOTREXATO

El 51% de los pacientes con AR recuperaron la funcionalidad

E Durante el Congreso anual de la Liga Europea contra las enfermedades reumáticas (EULAR), celebrado recientemente en Viena, los especialistas en reumatología han tenido ocasión de asistir a la presentación de los resultados del estudio TEMPO (Trial of Etanercept and Methotrexate with Radiographic Patient Outcomes). Después de tres años de seguimiento del estudio TEMPO, "el 51% de los pacientes con artritis reumatoide que recibieron Enbrel, más metotrexato recuperaron su funcionalidad normal, definida por el índice de funcionalidad HAQ (Health Assessment Questionnaire) $\leq 0,5$ " explica el doctor Jesús Tornero, presidente de la Sociedad Española de Reumatología (SER) y uno de los investigadores españoles del estudio TEMPO. Además, el 40,3% de los pacientes que recibieron este tratamiento combinado presentaron remisión de los síntomas clínicos, analizado mediante la puntuación DAS (Disease Activity Score) $< 1,6$; y un 49,4% presentaron una mejoría del 70% según los criterios de respuesta ACR (American College of Rheumatology, ACR70), después de 3 años de tratamiento.

Estos resultados aportan aún más evidencia científica sobre la significativa eficacia de Enbrel, para tratar la artritis reumatoide, ya que, en palabras del doctor Tornero, "los resultados sobre el daño estructural que ofrece el estudio TEMPO todavía no han sido ofrecidos por ninguna otra terapia biológica combi-

nada con metotrexato, aunque las situaciones clínicas que se han estudiado con otros agentes biológicos son diferentes".

El estudio TEMPO, aleatorizado y doble ciego, ha sido diseñado para determinar la eficacia (clínica, radiológica y funcional), así como, la seguridad del tratamiento con Enbrel, metotrexato o la asociación de ambos en las lesiones articulares

Enbrel, (Etanercept) más metotrexato demostró en el estudio TEMPO la posibilidad de reparar las lesiones articulares, repercutiendo clarísimamente en la mejora de la capacidad funcional y de la calidad de vida de los pacientes

de 682 pacientes con artritis reumatoide (rango de evolución de la enfermedad: 6 meses – 20 años), en 92 centros de Europa y Australia. En este estudio participan siete centros hospitalarios españoles.

POSIBLE REPARACIÓN DE LAS LESIONES

En opinión del presidente de la SER, "el estudio TEMPO supone un avance en el conocimiento de las terapias biológicas, porque es el primero en

el que se demuestra que una terapia combinada, consistente en Etanercept más metotrexato, consigue objetivos de respuesta clínica muy altos y, lo que es más importante, apuntar la posibilidad de que se pudieran reparar las lesiones estructurales a nivel de grupo de pacientes y, por supuesto, eso tiene una repercusión clarísima en la mejora de la capacidad funcional y de la calidad de vida de los pacientes".

La combinación de Enbrel, más metotrexato mejora la respuesta clínica de los dos fármacos por separado, debido a una sinergia de los mecanismos de acción de ambos sobre dianas terapéuticas que se complementan, sin que esta mejora se base en cambios de comportamiento inmunogénico o cambios en la farmacocinética del fármaco. "En la asociación de Etanercept con metotrexato, el metotrexato no altera ni la baja inmunogenicidad (que ya de por sí presenta Enbrel,) ni modifica las características farmacocinéticas de esta terapia biológica", matiza el doctor Tornero.

El estudio TEMPO ha demostrado que la asociación de Enbrel, más metotrexato consigue las mejores tasas de respuesta en inducir la desaparición de los signos y síntomas de la artritis reumatoide, inhibir la progresión del daño estructural y mejorar la discapacidad funcional que provoca esta enfermedad. Junto a los excelentes resultados clínicos, hay que destacar que el tratamiento con Enbrel, en monoterapia o asociado a metotrexato, fue muy bien tolerado.

Decálogo para reumáticos En Viaje

Las enfermedades reumáticas son las enfermedades del aparato locomotor, es decir del sistema orgánico que, constituido por huesos, músculos y articulaciones, nos permite el movimiento. Las enfermedades reumáticas como la artrosis, la lumbalgia, la artritis, las tendinitis o la osteoporosis, producen dolor y dificultan los movimientos y desplazamientos de las personas que las padecen.

Las vacaciones son un tiempo de relajación y de dejar atrás el estrés de la vida diaria. Es muy agradable conocer sitios nuevos donde disfrutar con nuestros amigos y familiares. Sin embargo, para un enfermo reumático, el viaje que ello supone puede representar una gran incomodidad y, en ocasiones, un auténtico calvario. No obstante, siguiendo algunas sencillas normas, estos pacientes pueden disfrutar de viajes y vacaciones, de la misma forma que aquellos que no tienen dichas enfermedades. La Sociedad Española de Reumatología, constituida por los expertos españoles en en-

fermedades del aparato locomotor, publica estas normas a modo de decálogo con el deseo de que sean útiles a los pacientes que sufren de reumatismo.

■ 1. Que el reumatismo no le impida viajar

Cualquier persona con un problema reumático puede sentirse atemorizada ante la perspectiva de un viaje, con todos los inconvenientes que representa. Llevar maletas, caminar mucho tiempo, utilizar transportes incómodos...son aspectos nada fáciles, que pueden retraernos de viajar. Sin embargo, con un mínimo de organización,

el reumatismo no ha de ser un impedimento para disfrutar de unas necesarias vacaciones.

■ 2. Sea realista

Adapte su viaje a sus limitaciones. Puede que para usted no sea lo más aconsejable un viaje por las montañas del Nepal que sobrecargará sus articulaciones enfermas, pero existen otras muchas posibilidades que pueden hacerle disfrutar. Lleve su propio ritmo; no tiene por qué cumplir la programación de actividades de las agencias o de los hoteles, que están pensadas para personas que no tienen enfermedades.



■ 3. Programe todos los detalles

Planifique su viaje al máximo posible. No deje las cosas a la improvisación. Cualquier dificultad supondrá para usted un sobreesfuerzo y un gasto de energía. Haga las reservas en hoteles y compañías de viaje, y tenga todos los billetes que necesite con varias semanas de antelación. Si va a viajar en coche, no programe hacer cada día un número excesivo de kilómetros; es mejor repartir el total del viaje en etapas más cortas. Después del viaje haga un día completo de descanso.

■ 4. Explique su enfermedad en la compañía o agencia de viajes

Esto puede permitirle conseguir los asientos más espaciosos, como los de la salida de emergencia en el avión. En el aeropuerto acuda al mostrador de la compañía a fin de conseguir servicios especiales, como una silla de ruedas o un vehículo de transporte. Contrate hoteles que tengan habitaciones y servicios especiales, si tiene una incapacidad severa o necesita silla de ruedas.

■ 5. Procure conseguir viajes directos

Evite los traslados excesivos, con conexiones apretadas o esperas muy prolongadas. Evite también los días y las horas "punta". Todo ello son factores que pueden incremen-

tar su grado de fatiga. Si viaja en coche, haga paradas con frecuencia para descansar.

■ 6. Lleve en un bolso de mano todas las cosas fundamentales. Junto con sus documentos y billetes de viaje, ponga también sus medicamentos, algún alimento ligero como fruta o yogurt que pue-

Una enfermedad reumática no debe impedir viajar, siempre que se adopte una serie de precauciones lógicas e indispensables

de necesitar para tomar la medicación, y una pequeña almohada o collarate cervical para poder echar algún sueño durante el viaje. Lleve también un informe actualizado sobre su enfermedad y su tratamiento, por si tiene que acudir a otro médico. No olvide su cartilla del Sistema Nacional de Salud. Si viaja al extranjero, obtenga un seguro que cubra razonablemente las emergencias que pueda necesitar.

■ 7. No transporte excesivo equipaje Procure utilizar maletas

con ruedas, que son más fáciles de mover. Dentro de su maleta organice el espacio cuidadosamente. Si viaja en avión, procure asegurarse de que no lleva tijeras, cortañas, navajas... que le obligarán a perder tiempo, y a un sobreesfuerzo, al pasar por los detectores de metales.

■ 8. Haga los ejercicios que le han recomendado contra la enfermedad, antes del viaje y durante las paradas. Ello le evitará la rigidez y el dolor que puede causarle la inmovilidad. Si un viaje en avión o en tren es largo, es conveniente levantarse cada hora y caminar durante 5 minutos. En los viajes en autobús, flexione y estire sus articulaciones, y asegúrese de que se hacen las suficientes pausas.

■ 9. Lleve vestidos amplios y calzado cómodo Esto facilitará un movimiento más fácil y suave de sus articulaciones. El zapato ha de ser ancho, con una pequeña cuña en el talón. No son aconsejables ni los tacones elevados, ni los zapatos planos.

■ 10. Consulte con su médico previamente Infórmese de si su enfermedad reumática tiene alguna limitación especial. El sol y la playa suelen ser favorables en determinadas enfermedades como la psoriasis o la osteoporosis, pero pueden perjudicar otras como el lupus. Conozca si necesita alguna dieta, o puede comer libremente en su punto de destino.



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

El mal de la rosa: Una avitaminosis histórica

E “Aunque los síntomas de esta enfermedad sean diversos y suficientemente terribles, no obstante, su nombre vulgar proviene tan sólo de uno de ellos que consiste en una espantosa costra que, si recién salida no produce en la parte afecta más que rojez y aspereza, a la larga degenera en forma de costra muy seca, escabrosa y negruzca...” Así comienza la descripción del “mal de la rosa” el Dr. Gaspar Casal (1680-1757) en su “Historia natural y Médica del Principado de Asturias”, publicada póstumamente en 1762.

Como se observa en el grabado, “es condición tan precisa que se halle adherido a los metacarpos y metatarsos de manos y pies” y también en la parte anteroinferior del cuello, en forma de “collar”. Son zonas del cuerpo expuestas al sol y los pies también lo eran porque aquellas pobres gentes que lo padecían, iban con frecuencia descalzos.

Además de estos síntomas dérmicos, Gaspar Casal hace mención a los digestivos con diarreas y acidez de estómago y los neurológicos que terminaban en demencia casi siempre mortal. Observó la enfermedad entre personas míseras que se alimentaban precariamente a base de maíz, pan cocido no horneado, castañas, berzas, nabos y prácticamente nunca carne, pocos huevos y que a la escasa leche que ingerían le quitaban la nata para venderla.

Llamaba la atención a nuestro investigador que aunque había muchísimos rústicos en el principado que se alimentaban precaria-



En 1937 se comprobó que el ácido nicotínico o nicotinamida, perteneciente al complejo vitamínico B, era factor preventivo de la pelagra

mente, sólo encontró la enfermedad en algunos valles del interior y no en la costa, señalando un hecho importantísimo para su tratamiento y fue que “el cambio de los alimentos por otros de sustancias más grasas ha sido muy útil para la disminución de este mal”. Como dato concluyente refiere el caso de una mujer en estado demencial, muy grave, que se curó totalmente con una dieta de mantequilla “que tomaba casi hasta saciarse”. Todos sus casos mejoraron con una alimentación proteica

además de propinarles las purgas y otras medidas terapéuticas propias de la época.

Gaspar Casal hace una descripción magnífica de la pelagra, que significaba “piel áspera”, enfermedad ya conocida en otros países, como Italia, donde a finales del XVIII fueron publicadas por Gaetano Strombio un gran número de “Observaciones hechas en el Real Nosocomio de Pelagrosos” de Nápoles y avanzando en el tiempo diré que en el siglo pasado y principios de éste padecieron la enferme-



Los síntomas de la pelagra no eran sólo dérmicos, sino digestivos y neurológicos que terminaban en demencia casi siempre mortal

dad miles de habitantes del sur norteamericano. De tal manera que en 1914 Joseph Golberger pudo demostrar que los niños pelagrosos de un orfanato de Mississippi se curaron todos dándoles una dieta racional y, por el contrario, apareció la pelagra en un grupo de voluntarios de un penal tras varios meses de privación proteica. Poco después, en 1917, se descubrió que la "lengua negra del perro", enfermedad equivalente a la pelagra humana, se curaba con levadura de cerveza, llamándose a su

componente activo, factor P.P. (preventivo de la Pelagra) que veinte años después se comprobó era el ácido nicotínico o nicotinamida, perteneciente al complejo vitamínico B.

Algunos de los datos aportados por Casal tienen fácil respuesta, mas otros no. Los enfermos se curaban rápidamente al mejorar su paupérrima dieta porque el factor PP es una vitamina que procede del triptófano, aminoácido esencial muy abundante en alimentos como la carne, huevos y leche completa. Sesenta mg. de

triptófano originan 1 mg. de ácido nicotínico, por lo que pronto se llega a la dosis curativa y es sencillo mantener una dosis preventiva. Mas ¿por qué Casal asegura haber encontrado la enfermedad sólo entre aldeanos de los concejos de Regueras, Llanera, Corvera y Carreño y no en otros? y ¿por qué Marañón en su famoso viaje a la Hurdes en 1922 asegura no haber visto "ningún caso de pelagra ni beri-beri" entre aquellas gentes paupérrimas que a veces se quejaban de terrible dolor de estómago, "dolor de hambre" por irritación de jugos gástricos en la mucosa? Tal vez en el complejo mecanismo vitamínico existan alteraciones genéticas del metabolismo del triptófano -que, por cierto, requiere la colaboración de la vitamina B6 (piridoxina)-, que predispongan a este padecimiento pelagroso. También se ha discutido la posible relación con otro padecimiento metabólico, la porfiria, e incluso se habla de una porfiria pelagrosa.

Afortunadamente en nuestro medio ya no se ven casos del "mal de la rosa" tan manifiestos como los observados por Casal, pero sí algunos estados pelagroides en enfermos con graves padecimientos intestinales que dificultan la absorción de triptófano, alimentación artificial y otros síndromes carenciales como el que puede conducir a la anorexia.

Fue también gran mérito de Casal descartar el origen infeccioso de la enfermedad y, sobre todo, seguramente influido por el Padre Feijoo, eliminar todo tratamiento supersticioso pues la cura del "mal de la rosa" por ensalmos y conjuros está transcrita muchas veces en los legajos de la Inquisición al ser muy frecuentemente tratado por brujas y hechiceras.

ERNESTO PLAZA
SOCIÓLOGO

Reum@tismos

RECURSOS DE REUMATOLOGÍA EN INTERNET



EN DETALLE EJERCICIOS

(Dentro del apartado "Espondilitis")

Serie de ejercicios recomendados para hacer a diario. Se hace hincapié en la posición de la espalda y aumentar el radio de acción de ciertas articulaciones, especialmente los hombros y la cadera. Es importante conservar los músculos fuertes y aprender a estirarlos.



EN DETALLE SOBRE LA ARTRITIS

(Click en Arthritis, dentro del desplegable "Patient Information")



ESPONDILITIS.INFO

<http://www.espondilitis.info>

Web dedicada íntegramente a la espondilitis anquilosante. Profundiza sobre la enfermedad, su diagnóstico, afecciones, tratamientos y ejercicios. Algunas noticias y artículos de investigación amplían el contenido informativo. Por otro lado, en la sección "médicos" los profesionales responden a cuestiones sobre reumatología, enfermería, rehabilitación y psicología. Se puede participar en encuestas y opinar sobre terapias, medicamentos y entidades relacionadas con la espondilitis.

ORTHOPAEDICS & SPORTS MEDICINE - UNIVERSITY OF WASHINGTON

<http://www.orthop.washington.edu>

Sitio de medicina ortopédica y deportiva perteneciente a la Universidad de Washington que trata sobre la artritis en varios de sus contenidos. Destacan su amplio conjunto de artículos para el conocimiento del paciente, informaciones para médicos profesionales y recursos multimedia: fotos y videos de ejercicios, técnicas quirúrgicas y descripciones anatómicas.

Este espacio de la Web está centrado totalmente en esta enfermedad. Artículos elaborados por los médicos facultativos de la Universidad donde se detalla cómo puede el paciente manejar su dolencia, qué medicamentos hay en la actualidad, cuáles son los diferentes tipos de artritis, etc.





LLIGA REUMATOLÓGICA CATALANA

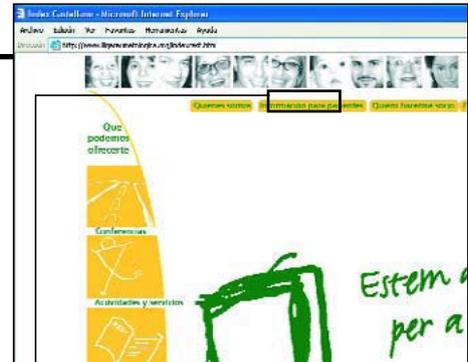
<http://www.lligareumatologica.org/>

Web en catalán y castellano de la Lliga Reumatológica Catalana, asociación que ofrece al paciente información de cómo tratar su enfermedad, recursos sociales y laborales, ayuda y asesoramiento profesional, grupos de ayuda mutua y grupos terapéuticos, actividades lúdicas y de rehabilitación, espacios de sensibilización y de reivindicación, publicación de una revista y calendario de ciclos de conferencias.

EN DETALLE INFORMACIÓN PARA PACIENTES

(Click en "Información para pacientes")

Distribuidos en un abecedario, el visitante puede consultar de la A a la Z artículos que amplien su conocimiento acerca de las enfermedades reumáticas y algunos de los tratamientos existentes.



ABOUT ARTHRITIS

<http://arthritis.about.com/>

Miniweb sobre artritis perteneciente a About.com, un portal en lengua inglesa que aporta consejos, prácticas y soluciones para problemas de salud y otros temas cotidianos.

Dejando a un lado sus secciones comerciales, hay apartados que contienen información interesante. En "Essentials" se describe fundamentalmente la enfermedad y sus síntomas, y en "Articles & Resources" se accede a variados artículos de utilidad. La Web dispone también de un Foro que, eso sí, requiere registro.



ARTÍCULOS Y RECURSOS SOBRE ARTRITIS

(Click en "Articles & Resources")



Al hacer click sobre la sección salta un desplegable para seleccionar los diferentes temas: tipos de artritis, dolor, cirugía, síntomas y diagnósticos, medicamentos, tratamientos, dieta y prevención, cuidados médicos, etc.