

“Me duele el **Hombro**”

El dolor en el hombro
puede suponer el 7%
de las causas de consulta
en atención primaria



Entrevista

Dr. Javier Vidal Fuentes

“Tiene más valor lo que
el paciente cuenta del dolor
que lo que podemos objetivar”

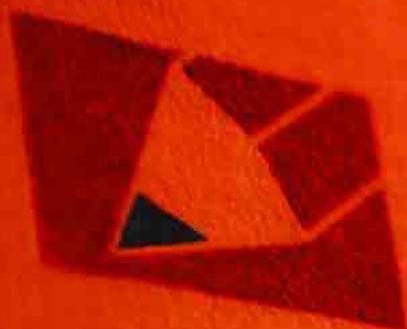


Documento SER

Fibromialgia

Decálogo de la
Sociedad Española
de Reumatología
contra la fibromialgia





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.ibanezypalaza.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 Tomero Molina.

Secretario de Redacción:

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

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

Sociedad Española de Reumatología

www.ser.eswww.ibanezyplaza.com

ibáñez & Plaza Asociados, S. L.
EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN

**Coordinación Editorial,
Diseño y Maquetación:**
Ibáñez&Plaza Asociados

C/ Bravo Murillo, 81 (4º C)
28003 Madrid
Teléf.: 91 553 74 62
Fax: 91 553 27 62

ediciones@ibanezyplaza.com
reumatismos@ibanezyplaza.com

Redacción:

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

Dirección de Arte:

GPG

Publicidad:

Ernesto Plaza Gajardo

Administración:

Concepción García García

Impresión:

Neografis S.L.

DEPÓSITO LEGAL M-42377-2005
SOPORTE VÁLIDO 18/05-R-CM

Entidades que han colaborado con Los Reumatismos en este número:

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

Lo que el paciente cuenta del dolor

Lo que el paciente cuenta del dolor tiene más valor que lo que podemos objetivar. Esta reflexión del Dr. Vidal Fuentes, en la entrevista que nos concedió para este número, viene a encerrar una declaración de principios digna de acento y comentario.

En primer lugar, sitúa en plano prioritario el protagonismo del enfermo y sale al paso de esa tentación que con frecuencia acosa al médico y que consiste en considerar a la hipocondría como un mal generalizado. Cierto que el abuso de la automedicación y de las urgencias hospitalarias están a la orden del día, pero no menos cierto que el paciente ha sido acostumbrado históricamente a soportar el dolor con resignación ascética muy por encima de niveles razonables. Ello suponiendo que deba existir algún nivel razonable para soportar el dolor, máxime cuando se trata de dolor crónico que ha dejado de cumplir la función de alerta que acompaña al agudo.

Que el enfermo describa y valore sus síntomas es principio básico en la relación médico-paciente

La SER viene dedicando esfuerzos muy concretos para el estudio, diagnóstico y control del dolor reumático

Dejar que el enfermo describa y valore cualitativa y cuantitativamente sus síntomas de disconfort es principio básico en la relación médico-paciente, en concordancia con el axioma de que cada persona es un mundo. El hombro doloroso, tema que ocupa el primer plano de nuestra portada es claro ejemplo de patología donde un buen diagnóstico depende básicamente de la fluidez en la relación médico-paciente y del grado de atención que el especialista sepa prestar a la descripción del afectado. Del mismo modo es paradigma de la necesidad de este diálogo sereno y sincero la fibromialgia, un concepto patológico de enorme complejidad y múltiples incógnitas, que requiere además una atención multidisciplinar, donde la neurología y la reumatología deben actuar en perfecta concordancia.

Al igual que en otros terrenos, la SER viene ya dedicando esfuerzos muy concretos para la constitución de unidades del dolor reumático, en colaboración con la Sociedad Española del Dolor. La celebración del I Simposio de Dolor en Reumatología, que tendrá lugar el 22 de octubre en Guadalajara ha de ofrecer sin duda interesantes conclusiones, como el consenso ya en elaboración acerca del uso de opioides en reumatología y la guía de actuación en fibromialgia. Interesante anticipo es, al respecto, el decálogo de la SER contra la fibromialgia, redactado por el Dr. Ballina García, y que puede ser una herramienta de gran utilidad para ese millón de personas, en su mayoría mujeres, que en nuestro país se ven afectados por esta enfermedad.



Entrevista
Dr. Javier Vidal Fuentes
"Hanno más valor lo que el paciente cuenta del dolor que lo que podemos objetivar!"



Documento SER
Fibromialgia
Decálogo de la Sociedad Española de Reumatología contra la fibromialgia

Nuestra Portada

Una patología que supone el 7% de las causas de consulta en atención primaria, como es el caso del hombro doloroso, bien merece ocupar lugar de honor en nuestra portada. La documentada descripción de este problema, su complejo diagnóstico y las no menos diversas opciones de tratamiento, corren a cargo del Dr. Jenaro Graña.

Nuestra sección de entrevista aborda este mismo problema del dolor con el Dr. Vidal Fuentes, que destaca el protagonismo del paciente a la hora del diagnóstico.

Por último, hacemos referencia a otra compleja patología dolorosa como es la fibromialgia, en relación con el decálogo elaborado por la SER para su automanejo.

1 Editorial **Lo que el paciente cuenta del dolor** Lo que el paciente cuenta tiene más valor que lo que podemos objetivar...

3 Entrevista **Dr. Javiel Vidal Fuentes**
Responsable de la Unidad de Dolor Reumático del H. U. de Guadalajara

9 Reportaje **¡Me duele el Hombro!**
Por Jenaro Graña Gil Servicio de Reumatología, Complejo H. U. Juan Canalejo, A Coruña

19 Documento SER **Decálogo de la SER contra la Fibromialgia** Por el Dr. Francisco Javier Ballina García

23 Bibliografía Comentada
Terapia combinada en AR · Prednisolona frente a pérdida de masa ósea en la mano · Cáncer ...

34 Los pacientes preguntan
Qué significa la velocidad de la sangre · ¿El frío extremo causa dolores articulares?...

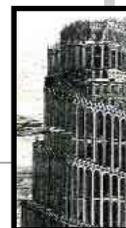
37 Noticias El metotrexato, eficaz en la terapia de uveítis crónica asociada a AIJ · Problemas en el hombro: repercusión en salud...

40 Humanidades **Clorosis: mal de amor**, mal virginal, fiebre amatoria... Una Enfermedad "Literaria"

44 Humanidades **Athanasius Kircher:** Un ejemplo de sabio universal.

45 Rincón del Ocio **Turismo de Interior: La Casa del Gallo** Un remanso entre balnearios en Almeida (Zamora)

46 Recursos de reumatología en Internet
Reum@tismos: ÁreasTemáticas.com · ElMédico.net · Johns Hopkins Arthritis · Fundación Esclerosis Múltiple...



DR. JAVIER VIDAL FUENTES

RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE DOLOR REUMÁTICO DEL H. U. DE GUADALAJARA

“Tiene más valor lo que el paciente cuenta del dolor que lo que podemos objetivar”



Texto e imagen Carmen Salvador

EL DR. **Javier Vidal Fuentes**

encontró en un curso de formación en Unidades del Dolor de la SER la oportunidad de construirse una visión del dolor mucho más amplia y completa de la que tienen los reumatólogos habitualmente, tanto de los mecanismos que intervienen como de los tratamientos. Realizó la especialidad en la Fundación Jiménez Díaz de Madrid, y desde 1988 su actividad profesional se ha desarrollado en el Hospital Universitario de Guadalajara. **En la actualidad dirige en el servicio de Reumatología de ese centro una de las pocas Unidades de Dolor Reumatológico que existen en nuestro país.**

“**E**l dolor -señala el doctor Javier Vidal- es una manifestación subjetiva de los pacientes y uno de los motivos primordiales de consulta con el médico. En muchas ocasiones no hay demasiada relación entre el grado de la lesión, la severidad de la enfermedad y lo que ellos manifiestan sentir. Para nosotros tiene más valor lo que el paciente cuenta acerca de ese dolor que lo que nosotros podamos objetivar. Como decía Marañón, no hay enfermedades, sino pacientes, y en el caso del dolor esto es aún más evidente.”

En la mayoría de las enfermedades reumáticas, el dolor está presente con un nivel de intensidad bastante similar, “excepto en algunas situaciones en las que es más severo, como es la fibromialgia, en los aplastamientos vertebrales secundarios a la osteoporosis, y en aquellas situaciones de dolor oncológico por metástasis óseas.”

El dolor reumático más generalizado o frecuente es el dolor inflamatorio por lesión de los componentes del aparato locomotor, como el hueso, el cartílago, los ligamentos, tendones, músculos. “Pero también puede haber componentes de dolor neuropático por afectación primaria o secundaria al sistema nervioso, como los nervios periféricos o las raíces nerviosas, como es el caso de la hernia discal con ciática.”

En cuanto al dolor agudo -se considera así si dura menos de 6 meses-: “Es una respuesta fisiológica que nos protege y que nos avisa de que se ha producido un daño físico o que se puede producir; es, por tanto, un síntoma de alarma que nos hace consultar al médico y cumple una función vital para preservar nuestra inte-

“En el enfoque del dolor hay que tener en cuenta la causa que lo origina, los mecanismos que intervienen en la transmisión del dolor y la vivencia personal y psicológica del paciente”



gridad. Sin embargo, el dolor crónico produce sufrimiento, no cumple una función vital, es causa de limitación funcional e incapacidad y de pérdida de calidad de vida. Además supone importantes costes sociolaborales y asistenciales.”

EVALUAR EL DOLOR

Señala el doctor Javier Vidal que en el enfoque del dolor hay que tener en cuenta tres elementos fundamentales: la causa que lo origina, los mecanismos que intervienen en la transmisión del dolor y la vivencia personal y psicológica sobre el paciente.

“A veces no hay demasiada relación entre el grado de la lesión, la severidad de la enfermedad y lo que manifiestan sentir los pacientes”

-¿Cómo se puede evaluar?

-Es fundamental la historia clínica y la exploración para poder llegar a un diagnóstico de la enfermedad que causa el dolor, y así poder establecer un tratamiento lo más específico posible. Es necesario realizar un interrogatorio o estudio clínico que evalúe todos los componentes del dolor, como el inicio, si es brusco o progresivo, las causas, la topografía (si es un dolor local, general, referido), los factores que lo modifican (movimiento, estrés...), la calidad e intensidad, síntomas acompañantes, interferencia con las actividades diarias, respuesta a los tratamientos, etc. Es importante sobre todo evaluar la intensidad, ya que nos da una idea de la severidad. Para ello se utilizan escalas que gradúan el dolor de 0, ausencia de dolor, a 10, el dolor máximo posible; y es el paciente el que determina la intensidad del mismo.

-En el proceso del dolor ¿hay muchos factores implicados?

-En todo el proceso de transmisión de la señal dolorosa intervienen múltiples sustancias y moléculas, llamadas neurotransmisores, así como diferentes receptores para las mismas que contribuyen a modular, modificar, ampliar, e incluso a cronificar el dolor. También hay sustancias propias del organismo capaces de disminuir o inhibir la sensación dolorosa. Entre estas sustancias se encuentran las llamadas endorfinas que son sustancias muy parecidas a los opioides (como la morfina) lo que explica su utilidad como analgésicos potentes.

-¿Es difícil para el reumatólogo el abordaje del dolor?

-Puede resultar difícil precisamente porque en sus mecanismos de producción intervienen múltiples elementos y sustancias, lo que dificulta poder actuar sobre

todos ellos. Los pacientes con dolor crónico necesitan una dedicación especial, con revisiones, valoraciones y evaluaciones periódicas, facilitarles el acceso a la rehabilitación y mantener una comunicación con el médico de atención primaria.

“Los pacientes con dolor crónico necesitan una dedicación especial, con revisiones, valoraciones y evaluaciones periódicas, facilitarles el acceso a la rehabilitación y mantener una comunicación con el médico de atención primaria”

OPCIONES TERAPÉUTICAS

Las opciones terapéuticas del dolor incluyen medidas farmacológicas y no farmacológicas, como la rehabilitación, meditación/relajación, terapia conductual, analgésicos periféricos y centrales, fármacos coadyuvantes y técnicas llamadas invasivas o intervencionistas.

“La estrategia farmacológica se inicia con unas opciones lógicas escalonadas, dependiendo de la causa y los mecanismos de la enfermedad, generalmente con analgésicos. La escala continúa con los bloqueos nerviosos periféricos o a nivel de la médula espinal, con técnicas invasivas de esti-

mulación medular mediante la implantación de electrodos en la médula espinal conectados a un estimulador, también implantable. Cuando han fracasado todas las medidas, es posible recurrir en casos seleccionados, a la administración de opioides por vía espinal donde la potencia de éstos se multiplica.”

En el caso del dolor crónico - señala el doctor Javier Vidal- se recomienda que el tratamiento sea continuado, evitando las fluctuaciones del dolor, que hacen más difícil su control.

EL ÁNIMO Y OTROS FACTORES**-¿Influye el estado de ánimo en el dolor?**

-Diferentes estudios demuestran que el estado de ánimo depresivo y la ansiedad aumentan la sensación de dolor, independientemente de la causa. Por esta razón, las técnicas de relajación y la psicoterapia pueden ayudar a su control.

-¿Es cierto que el sobrepeso puede ser un factor negativo?

-La carga mecánica sobre las articulaciones que supone el sobrepeso aumenta el dolor por estímulo de los receptores de presión que están sensibilizados por la inflamación. Por ello se recomienda una dieta adecuada y equilibrada y un programa de ejercicio físico adaptado al proceso reumático y la persona. El dolor y la falta de ejercicio físico pueden producir atrofia muscular y contribuir a una menor actividad física, favorecer el sobrepeso y crear así un círculo vicioso muy negativo.

-¿Está muy extendida la automedicación?

-Se calcula que un 20% de los pacientes toma medicamentos tradicionales para el control del dolor sin prescripción. Lo importante está en dar a la población forma-

“La depresión, la ansiedad y el sobrepeso influyen negativamente en la sensación dolorosa”



La Sociedad Española de Reumatología lleva años dedicando esfuerzos a la formación de Unidades del Dolor Reumático, de las que ya existen tres en nuestro país

ción suficiente para ese autocuidado, una formación en la que tienen que colaborar todos los estamentos, sanitarios, farmacéuticos, familiares...

-¿En qué ámbito de los relacionados con el dolor ha habido más progresos?

-En los conocimientos de su fisiopatología. Estamos descubriendo muchas moléculas que intervienen en los procesos del dolor y estamos empezando a valorar los resultados de la modificación de esas moléculas o de bloquear los receptores sobre los que actúan. En los próximos 5-10 años habrá más fármacos que actúen en diferentes niveles del dolor, más selectivos y probablemente más eficaces y con menos efectos secundarios.

LAS UNIDADES DEL DOLOR

La Sociedad Española de Reumatología lleva años dedicando esfuerzos a la formación de Unidades del Dolor Reumático, de las que ya existen tres en nuestro país. "El objetivo de estas Unidades es la atención a pacientes con procesos crónicos de más difícil control. En ellas son atendidos de manera más específica, en cuanto a fármacos y en cuanto a técnicas."

La SER mantiene una colaboración estrecha con la Sociedad Española del Dolor para que puedan formarse reumatólogos en esta disciplina. Prueba de este interés de la SER es la celebración del I Simposio de Dolor en Reumatología, que se celebrará el 22 de octubre en Guadalajara.

Dentro de este Simposio la SER elaborará un consenso sobre la utilización de opioides en reumatología y una guía de actuación en fibromialgia.



JENARO GRAÑA GIL
SERVICIO DE REUMATOLOGÍA,
COMPLEJO H. U. JUAN CANALEJO, A CORUÑA

¡Me duele el Hombro!

Tenemos que delimitar lo que el paciente entiende realmente por hombro; por eso es crucial, antes de enfrascarnos en el diagnóstico diferencial, saber de qué se queja exactamente

El dolor en el hombro puede suponer el 7% de las causas de consulta en atención primaria. Su diagnóstico es fundamentalmente clínico y la exploración clínica insustituible. Si nos ceñimos exclusivamente a las estructuras del hombro como causa del dolor y descartamos los dolores irradiados del raquis y de la pared torácica, la causa más frecuente es la tendinopatía del manguito rotador que puede alcanzar el 70% de los casos, bien por tendinitis o bursitis suacromial relacionada con sobrecarga en pacientes jóvenes (40-50 años), inestabilidad articular

por laxitud de las estructuras capsulares en menores de 35 años o por el complejo síndrome subacromial con degeneración tendinosa, rotura parcial o completa, hipertrofia acromioclavicular inferior, etc, en mayores de 55 años.

UNA ASOMBROSA ESTRUCTURA

El hombro es una maravillosa estructura anatómica colgante que se sitúa como encrucijada entre nuestro cerebro y nuestra principal herramienta, la mano, que actúa no sólo para cumplir las órdenes del primero sino como principal responsable de su progresivo desarrollo.

En esa encrucijada nos encon-

tramos estructuras dependientes de la columna cervical, de la pared torácica, de la extremidad superior y de lo que podemos considerar estrictamente el hombro. Antes de enfrentarnos al diagnóstico de un hombro doloroso, debemos familiarizarnos con su anatomía. Aunque no es el objetivo de este artículo, sí podemos recordar que la unidad funcional del hombro consta realmente de cuatro articulaciones: glenohumeral, esternoclavicular, acromioclavicular y escapulotorácica; que el húmero tiene un apoyo óseo realmente escaso ya que la carilla glenoidea escapular es pequeña a pesar de estar aumenta-



Las pruebas complementarias (ecografía, radiografía, resonancia magnética) son a menudo innecesarias en la consulta de atención primaria, si hay una buena exploración

da su superficie por el cartilaginoso labrum gleoideo; que realmente el húmero está suspendido por tejidos blandos, tendones, músculos, ligamentos y cápsula articular; y que la combinación de movimientos de estas estructuras otorga al hombro una gran capacidad funcional. Y una gran resistencia, ya que un solo hombro es capaz de resistir el peso del resto del cuerpo incluso en situaciones de aceleración como las de los gimnastas en las barras de ejercicios.

Cuando un paciente nos dice que le duele el hombro tenemos que delimitar lo que realmente entiende por hombro. Al igual que en la otra cintura, la pélvica, el nombre de "cadera" sirve para denominar la región lumbar, la cresta ilíaca, la región trocantérea, la nalga o la ingle, según quién la utilice, el "dolor de hombro" puede reflejar una queja cervical, de la musculatura periescapular, de la cara anterior, lateral o posterior del deltoides, del tercio proximal del brazo, etc. Por eso es crucial antes de enfrascarnos en el diagnóstico diferencial saber de qué se queja realmente el paciente.

HISTORIA CLÍNICA

Como en toda anamnesis, después de reflejar los antecedentes de interés tanto generales, traumáticos como de enfermedad reumática, investigaremos los factores desencadenantes del dolor y los que lo alivian, especialmente la actividad laboral y las actividades de ocio del paciente. La cronología del dolor es importante, un inicio agudo como el de la bursitis microcristalina o subagudo incluso insidioso como en las tendinopatías degenerativas. La localización, la evolución, el carácter mecánico o inflamatorio, la irradiación, su respuesta a las posturas de reposo o a las maniobras de Valsalva como la tos, el grado de impotencia funcional, antecedente febril, su respuesta a los tratamientos ensayados incluso en episodios previos.

SEÑALE EXACTAMENTE DÓNDE LE DUELE

La exploración comienza realmente con la primera cuestión: "¿Señálemelo exactamente dónde le duele!" El paciente puede llevarse la mano

al cuello, al trapecio, al deltoides, al tercio proximal del brazo. Aquí podemos aplicar la regla del signo de la punta del dedo, que señala exactamente el sitio del dolor y que suele ser la articulación acromioclavicular o la corredera bicipital en los casos en que el origen está en esas estructuras; o bien el signo de la superficie de la mano en donde el paciente señala o recorre un área anatómica más amplia generalmente el tercio proximal del hombro en el caso de la afectación de las estructuras subacromiales (bolsas y manguito rotador). En general podemos considerar que hasta la articulación acromioclavicular el origen del dolor es cervical o periescapular y desde la articulación acromioclavicular hacia fuera la causa puede estar en las estructuras del hombro propiamente dicho. Hasta la mitad del brazo, si el paciente recorre desde el lateral del cuello hasta el codo o más allá, volveremos a pensar en un origen radicular cervical del dolor.

Si continuamos con la inspección, nos fijaremos si el paciente

Tabla 1. Causas frecuentes de dolor en el hombro

CAUSAS INTRÍNSECAS	CAUSAS EXTRÍNSECAS
<ul style="list-style-type: none"> ■ Trastornos periarticulares ■ Tendinitis del manguito de los rotadores ■ Tendinitis calcificante ■ Desgarro del manguito de los rotadores ■ Tendinitis bicipital ■ Patología acromio-clavicular ■ Trastornos glenohumerales ■ Artritis inflamatoria ■ Artritis séptica ■ Artrosis ■ Osteonecrosis ■ Artropatía del manguito ■ Desgarro del labrum glenoideo ■ Capsulitis adhesiva, retráctil u hombro congelado ■ Inestabilidad glenohumeral 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Problemas regionales ■ Radiculopatías cervicales ■ Neuritis braquial ■ Síndromes de atrapamiento nervioso (n. supraescapular) ■ Artritis esternoclavicular ■ Distrofia simpático-refleja ■ Fibrositis, síndromes miotensivos-miofasciales ■ Neoplasias ■ Miscelánea ■ Enfermedades de la vesícula biliar ■ Traumatismos esplénicos ■ Absceso subfrénico ■ Infarto de miocardio ■ Aneurisma disecante ■ Enfermedades tiroideas ■ Diabetes mellitas ■ Osteodistrofia renal

La causa más frecuente de hombro doloroso es la **tendinopatía del manguito rotador**, que puede afectar al 70% de los casos

adopta una postura antiálgica característica con rotación interna y aducción del brazo, y antebrazo sobre el abdomen generalmente sujeto por la otra mano o por un cabestrillo. Si hay irregularidades que sugieran luxación, atroñas musculares, signos inflamatorios locales, asimetrías, etc.

UNA COMPLEJA EXPLORACIÓN HACIA EL DIAGNÓSTICO

Mediante la palpación podemos encontrar puntos dolorosos, especialmente la articulación acromio-clavicular, la interlínea glenohumeral anterior, en donde podemos encontrar fluctuación sugestiva de derrame articular, la interlínea subacromial con dolor en la tuberosidad mayor humeral o troquíter, en la cara anterior del hombro en donde debemos identificar la correa bicipital y el estado del tendón

largo del bíceps que por ella discurre, contracturas musculares, puntos gatillo, etc.

La movilidad del complejo articular del hombro se explora de forma activa con o sin resistencia, y de forma pasiva. Los rangos normales de movilidad son: Aducción 45°. Abducción 180°; a partir de 120° el cuello quirúrgico del húmero contacta con el acromion y el paciente ha de hacer una rotación externa para completar la abducción. Flexión 180°. Extensión 60°. Rotación externa 65°. Rotación interna 160°. Las rotaciones se exploran con el codo flexionado 90°.

La movilidad activa se explora pidiendo al paciente que alcance estos grados de movilidad. La dificultad para hacer algunos movimientos nos puede sugerir el diagnóstico, pero no debemos interrumpir aquí la exploración asu-

miendo que el paciente no levanta el brazo, por ejemplo, por una capsulitis retráctil. No explorar la movilidad pasiva o activa contrarresistencia nos puede llevar a errores. Es clásica la anécdota en la que un paciente es diagnosticado de hombro congelado y tratado mediante infiltración intraarticular. Al día siguiente al ser reevaluado se observa que aunque el paciente no podía elevar el brazo en absoluto y se quejaba de dolor, la elevación pasiva del brazo permitía un recorrido completo y sin empeoramiento del dolor, con lo cual la sospecha cambió a lesión neurológica que se confirmó como síndrome de Parsonage-Turner con aparición muy posterior de las atroñas musculares características.

Podemos pedirle al paciente que haga movimientos combinados, muy útiles para establecer el estado de la articulación, como las maniobras de "rascado" del omóplato por arriba o por debajo también conocidas como maniobras de Apley superior (abducción y rotación externa) e inferior (aducción y rotación interna).

EL "ARCO DOLOROSO"

También debemos estar familiarizados con el significado del "arco doloroso". Si le pedimos al paciente que realice la abducción y éste la realiza pero se queja de dolor entre, aproximadamente, los 60° y los 100°, podemos decir que presenta "arco doloroso" y que éste se debe muy probablemente a que hay tendinitis del supraespinoso o bursitis subacromial y que el dolor del arco doloroso se debe al deslizamiento que se produce, entre esos grados, de la estructura inflamada bajo el estrechamiento subacromial. En la tendinitis hay dolor en la abducción activa, y en la pasiva disminuye o desaparece. En la bursitis hay dolor activo y pasivo pero menos dolor o ninguno en la abducción contrarresistencia.

Si el dolor aparece en los últimos 20-30° de abducción habla-

Tabla 2. Hallazgos clave en la anamnesis y la exploración

HALLAZGO	DIAGNÓSTICO PROBABLE
Escápula alada, traumatismo, viriasis reciente	Disfunción del serrato anterior o trapecio
Convulsión y incapacidad para la rotación externa pasiva o activa	Dislocación posterior del hombro
Dolor irradiado por debajo del codo; disminución de la movilidad cervical	Discopatía + radiculopatía cervical
Hombro doloroso en lanzadores; dolor glenohumeral anterior y pruebas positivas de impingement	Inestabilidad glenohumeral
Dolor o ruido "sordo" (clunk) con los movimientos por encima de la cabeza	Lesión labral
Dolor nocturno	Impingement
Hiperlaxitud generalizada	Inestabilidad multidireccional

mos de "arco doloroso acromioclavicular".

Si hay limitación de la movilidad activa y pasiva probablemente hay patología articular, generalmente con patrón capsular, es decir que la presión del explorador no aumenta el rango de movilidad. Si hay limitación activa pero la pasiva está conservada, hay que hacer maniobras contrarresistencia individualizadas para cada músculo o grupo muscular. En el paciente anterior la musculatura del hombro no aguantaba el peso de la extremidad y el brazo se caía en cuanto el explorador lo soltaba. Hay diversas maniobras que pueden ayudar a reconocer el tendón o el músculo dañado. Las pruebas de "pinzamiento o impingement subacromial" (prueba de Neer, o de Hawkins y Kennedy) aumentan la presión a este nivel y sugieren lesión del manguito rotador que duele al presionarlo o rozarlo con el acromion. La prueba de Jobe explora el supraespinoso mediante abducción/rotación interna resistida, la de Patte el infraespinoso mediante rotación externa resistida, prueba del subescapular o rotación interna resistida, también subescapular con abducción/rotación externa resistida, signo

de Ludington para rotura del supraespinoso.

La prueba de aducción forzada con el brazo colgando valora la articulación acromioclavicular, que también duele en la prueba de aducción cruzada o signo de Dugas. El tendón largo del bíceps se explora mediante la prueba del chasquido que sugiere subluxación del tendón en la corredera al pasar de rotación externa a interna; la prueba de la palma de la mano o prueba de "speed", en que se hace resistencia contra el brazo extendido con la palma hacia arriba; la prueba de Yergason o flexión resistida del codo y el signo de Hueter, donde la flexión resistida del codo nos muestra un abultamiento inferior del bíceps conocido como "signo de la bola caída" o "brazo de Popeye" debido a la rotura del tendón largo del bíceps.

Para la inestabilidad del hombro hay varias maniobras "de cajón" anterior y posterior, e inferior o signo del surco; así como maniobras de "aprehensión" con movimientos combinados que evidencian la hiperlaxitud o subluxación de la cabeza humeral.

No debemos olvidar la exploración de fuerza, sensibilidad y reflejos.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Son a menudo innecesarias en la consulta de atención primaria si hay una buena exploración. En manos de exploradores experimentados la ecografía es un método complementario de gran versatilidad y utilidad. Debemos solicitarla si sospechamos rotura tendinosa.

La radiografía simple podemos indicarla si hay historia de traumatismo o ausencia de mejoría tras un tratamiento sintomático inicial.

La resonancia magnética puede ayudarnos en procesos de difícil diagnóstico o como documentación en pacientes con indicación quirúrgica.

TRATAMIENTO DE ALGUNOS PROCESOS FRECUENTES

■ Lesiones del manguito rotador

■ Si la integridad del manguito está conservada, se debe recomendar evitar la actividad relacionada, AINE si se toleran, ejercicios para recuperar o mantener el rango de movilidad pasiva y ejercicios para fortalecer el manguito rotador una vez que los síntomas agudos han disminuido (grado de recomendación B).

■ Si hay mínima o escasa respuesta a las recomendaciones anteriores tras varias semanas o el cuadro inicial es muy intenso, se practicará tratamiento local con anestésico más corticoide (recomendación B) y se continuará con el mismo régimen.

■ La mayoría de los pacientes mejoran. Si no es así, se recomienda derivación para completar estudios.

■ Si el paciente no puede cumplir las recomendaciones por intolerancia o debilidad, puede beneficiarse de ayuda fisioterapéutica.

■ Hombro congelado

■ El objetivo inicial de los pacientes con capsulitis retráctil es aliviar el dolor. Se recomendarán analgésicos o AINE.

■ Su uso puede permitir el paso siguiente que es realizar ejercicios o fisioterapia para recuperar la movilidad (recomendación B).

■ El tratamiento físico se orientará

inicialmente al estiramiento y a medida que se vaya recuperando el rango de movilidad, se irá trabajando la potenciación para recuperar la fuerza (recomendación B).

- Se derivarán aquellos pacientes que no respondan en 8 semanas.
- El tratamiento intraarticular de anestésicos y corticoides no suele acortar el período de recuperación pero sí facilitar el control del dolor y el cumplimiento del programa fisioterapéutico.
- Los pacientes con diabetes o hipotiroidismo pueden necesitar un programa terapéutico más prolongado.

■ Inestabilidad glenohumeral

- Se puede clasificar en anterior, posterior, multidireccional y voluntaria o habitual.
- El último grupo se valora de forma diferente ya que suelen ser pacientes con trastornos psicológicos o reclamantes de ayuda social.
- El tratamiento de los otros grupos se orienta a la potenciación de la musculatura correspondiente que sustituya la laxitud ligamentosa en el control de los desplazamientos de la cabeza humeral.
- Algunos pacientes pueden desarrollar cambios artrósicos que precisarán tratamiento analgésico.
- Si la inestabilidad no se controla con el programa de ejercicios, se recomienda valoración especializada.

■ Lesión de la articulación glenohumeral

- Dentro de este grupo se incluyen procesos como:
 - Artropatía del manguito rotador (síndrome subacromial degenerativo).
 - Artropatía postluxación.
 - Necrosis avascular.
 - Artritis inflamatorias (artritis reumatoide, espondilitis anquilosante...).
 - Artrosis.
- El tratamiento inicial incluirá modificación de la actividad habitual, AINE y fisioterapia para mantener la movilidad y la fuerza pero que no agrave el

PRUEBA	MANIOBRA	POSIBLE DIAGNÓSTICO
Prueba de Rascado de Apley	El paciente toca la parte superior e inferior de la escápula opuesta	Disminución de la movilidad: lesión del manguito rotador
Signo de Neer	Brazo en flexión completa	Pinzamiento subacromial
Prueba de Hawkins	Flexión del hombro a 90° y rotación interna	Pinzamiento del tendón del supraespinoso
Prueba del brazo que cae	El brazo desciende al soltarlo	Desgarro del manguito rotador
Prueba del brazo cruzado	Elevación a 90° y aducción activa	Lesión acromioclavicular
Prueba de Spurling	Raquis cervical extendido con cabeza rotada hacia el hombro afecto y presión axial	Radiculopatía cervical
Prueba de aprehensión	Presión anterior sobre el húmero con rotación externa	Inestabilidad glenohumeral anterior
Prueba de recolocación	Presión posterior sobre el húmero mientras se rota externamente el brazo	Inestabilidad glenohumeral anterior
Signo del surco	Tracción inferior del húmero	Inestabilidad glenohumeral inferior
Prueba de Yergason	Flexión del codo a 90° con antebrazo pronado	Inestabilidad o tendinitis del tendón largo del bíceps
Prueba de Speed	Codo flexionado 30-30° y antebrazo supinado	Inestabilidad o tendinitis del tendón largo del bíceps
Signo del "ruido sordo" (clunk)	Rotación del hombro presionado desde extensión hacia flexión	Lesión labral

problema (recomendación B).

- No se recomiendan infiltraciones.
- No hay evidencia suficiente para la indicación de sulfato de glucosamina o condroitina.
- No hay evidencia suficiente para indicar viscosuplementación (Ac. hialurónico).
- Se derivará si no hay respuesta adecuada.
- Puede ser preciso recomendar cirugía, bien artroscópica para desbridamiento o liberación subacromial o bien para instalación de una prótesis.

■ Lesión de la articulación acromioclavicular

- Artrosis aislada acromio-clavicular: se recomienda el uso de AINE y medidas de protección articular que eviten la sobrecarga. Si no hay respuesta se recomienda la deriva-

ción para tratamiento mediante infiltraciones o cirugía.

- Osteolisis de la clavícula: es un proceso muy relacionado con actividades de carga que mejora al suspender éstas y utilizar AINE (recomendación B).

- No suele mejorar con infiltraciones.
- Si no mejora en tres meses se recomienda la derivación.
- En algunos casos se recomienda la intervención quirúrgica precoz mediante desbridamiento articular y osteotomía de la clavícula distal, pero la evidencia no es definitiva.

Lectura recomendada

Arnalich Jiménez MB, Sánchez Parera R. Hombro doloroso. Fisterra.com, Guías Clínicas 003;3(10)

Decálogo de la SER contra la Fibromialgia

La fibromialgia es un trastorno muy común que afecta, según el estudio EPISER de la Sociedad Española de Reumatología, a una cifra entre el 2% y el 4% de la población española. Esto supone, en nuestro país, más de un millón de personas enfermas mayores de 18 años de los cuales, la mayoría de los afectados son mujeres (90%). La fibromialgia se caracteriza por la presencia de un intenso dolor generalizado crónico, una fatiga que no mejora con el reposo, insomnio y otros síntomas, como hormigueo en las extremidades, trastornos abdominales, necesidad de orinar con frecuencia, ansiedad y depresión entre otras. Un aspecto muy frustrante para los pacientes es que, a pesar de tanta sintomatología, ni los análisis ni las radiografías muestran datos de que exista algo que funcione mal en el organismo. El tratamiento actual del que se dispone, tampoco es completamente satisfactorio. Al ignorarse cuál es la causa de la enfermedad, se desconoce cuál es exactamente el trastorno al que las terapéuticas deben dirigirse. Con todo, la fibromialgia es una enfermedad que puede controlarse,

El presente decálogo de consejos, que la Sociedad Española de Reumatología ofrece a los afectados por fibromialgia, ha sido diseñado y elaborado por el Dr. Francisco Javier Ballina García, vicepresidente de la Sociedad Española de Reumatología.

La Sociedad Española de Reumatología, constituida por los médicos españoles expertos en las enfermedades del aparato locomotor, emite este decálogo de consejos, en la esperanza de que sean útiles a aquellas personas que padecen esta enfermedad.

1) Aprenda a convivir con su dolor

Las personas con fibromialgia y dolor crónico pretenden muchas veces encontrar un tratamiento que elimine rápidamente los síntomas que padecen. Desgraciadamente, esto casi nunca es posible. No hay recetas ni píldoras mágicas para la fibromialgia y el dolor crónico. Por ello, el primer paso para controlarlo es asumir que el dolor puede persistir para siempre y que, por tanto, en adelante, va a formar parte de nuestra vida. Desde luego, no es agradable pensar que el dolor nunca nos va a abandonar y muchas personas pueden incluso sentir miedo de no saber cómo manejar esta situación.

Sin embargo, reconocer la realidad es el primer paso para conseguir cambiar nuestra vida hacia una situación en la que el dolor, aún estando presente, no sea el centro de la misma. Cuando se asume el dolor, se aprende a reconocerlo y a saber lo que lo mejora o empeora, y estamos entonces en situación de buscar soluciones y de volver a disfrutar de la vida.

2) Controle sus emociones

La fibromialgia, y el dolor crónico que produce, cambia con frecuencia nuestras emociones y nuestra forma de comportamiento. Muchas personas con esta enfermedad desarrollan sentimientos negativos que antes no presentaban y que les hacen convertirse en una persona diferente. Los sentimientos negativos más frecuentes en las personas con fibromialgia son enfado e ira, depresión, frustración, sensación de fracaso, culpa y vergüenza. Es normal que una persona con dolor

crónico tenga estas emociones y sentimientos negativos, pero debe aprender a controlarlos para que no se cronifiquen y se conviertan en un problema añadido.

En primer lugar, reconozca todo lo positivo que le sucede en la vida: a pesar del dolor no es un incapacitado y puede hacer muchas más cosas de las que piensa, tiene amigos y familiares que le aprecian y con los que puede disfrutar, todavía puede ilusionarse por cumplir sus objetivos personales; su enfermedad no puede curarse pero puede tratarse y controlarse. No intente ser un perfeccionista; nadie puede hacerlo todo bien, y una persona con una enfermedad menos aún. Sea realista y plantéese objetivos alcanzables. Con frecuencia, para no fallarles a los demás, se hacen cosas que perjudican la enfermedad y el dolor; exprese de forma

cunstancias familiares o laborales, de problemas económicos o de problemas de salud. También las actitudes perfeccionistas pueden generar estrés. La mejor manera de combatir este estrés perjudicial es, en primer lugar, reconociendo cuál es la causa del nuestro, y evitando las situaciones que lo favorezcan. También es útil organizar y planificar nuestras actividades diarias, y dedicar diariamente tiempo a la relajación. Esta se practica siguiendo determinadas técnicas –como la respiración profunda o la relajación muscular– que pueden aprenderse con un corto entrenamiento.

4) Evite la fatiga

Tan negativo es permanecer en inactividad, como realizar un número excesivo de tareas. Si gastamos nuestras energías intentando

músculos y pone a punto el sistema cardiovascular, sino que disminuye el dolor, favorece el sueño, mejora la sensación de fatiga y disminuye la ansiedad y la depresión. Todos estos cambios positivos sobre los síntomas de la fibromialgia se deben a que durante el ejercicio se liberan unas hormonas, denominadas endorfinas, que producen los efectos beneficiosos referidos. Lo mejor para esta enfermedad es el ejercicio aeróbico que es aquel que incrementa la frecuencia cardíaca y el consumo de oxígeno. Caminar, correr, andar en bicicleta o bailar, son ejercicios aeróbicos que favorecen el control de la enfermedad. Comience a realizar el ejercicio de una forma suave y vaya progresivamente incrementando su intensidad y duración, hasta realizarlo de 20 a 40 minu-

En primer lugar, reconozca todo lo positivo que le sucede en la vida: a pesar del dolor no es un incapacitado y puede hacer muchas más cosas de las que piensa

abierta y sincera cuáles son sus necesidades y evitará sentimientos de culpa.

3) Controle su estrés

El estrés es, básicamente, la respuesta del organismo cuando afrontamos un peligro y nos preparamos para luchar o para huir. El cuerpo y los músculos se tensan, el corazón y la respiración se aceleran, y la presión arterial aumenta. Sin embargo, muchos pequeños acontecimientos de la vida diaria provocan estrés que hace que las personas se sientan bajo presión y con pérdida del control de la situación. Este estrés puede venir de cir-

cumplir demasiados objetivos, la fatiga y el dolor aparecerán sin remedio. Examine cuales son sus obligaciones y tareas diarias, y valore realmente si no hay un exceso de trabajo en su vida. No intente ser un perfeccionista; planee sus obligaciones, y elimine o delegue aquellas que no sean estrictamente necesarias. Intercale periodos de descanso entre los de actividad, y haga sus tareas a un ritmo que usted pueda controlar.

5) Haga ejercicio

Posiblemente es el aspecto terapéutico más importante para el tratamiento de la fibromialgia. El ejercicio no sólo mantiene en forma los

tos, como mínimo 3 días a la semana. Al principio es posible que su dolor se incremente, pero progresivamente irá disminuyendo.

6) Relaciónese con los demás

Con frecuencia es frustrante para las personas con fibromialgia, la falta comprensión de los familiares y amigos. El dolor no es percible fácilmente para los que conviven con nosotros, y eso puede generar sentimientos de duda, sobre la realidad de la enfermedad del paciente. Este, al

sentirse incomprendido, tiende a aislarse y esto perjudica, de una forma importante, el control del dolor. Por ello, la comunicación con las personas que nos rodean se vuelve especialmente importante. Todos sabemos lo que alivia de nuestras preocupaciones, la conversación con los amigos y compañeros. Dígales a los demás lo que le pasa, y como no puede hacer siempre las cosas que hacía antes, pero evite que la comunicación se centre continuamente en su dolor. Pida ayuda, si la necesita, y no rechace la compañía de otros. El apoyo de nuestros vecinos, familiares y amigos, nos hará mejorar con más rapidez y afrontar mejor nuestra enfermedad.

La depresión que el dolor crónico puede acarrear hace que **se abandonen los buenos hábitos de salud**, que sirven para todas las personas, incluidas aquellas que tienen fibromialgia

7) Proteja su salud

La depresión que el dolor crónico puede acarrear hace que se abandonen los buenos hábitos de salud, que sirven para todas las personas, incluidas aquellas que tienen fibromialgia. El tabaco, que es nocivo para cualquier

aspecto de la salud, es también un excitante del sistema nervioso que hará más difícil que pueda controlar el dolor. Lo mismo sucede con la cafeína y el exceso de alcohol, el cual puede además interferir con su medicación. Vigile su peso, y haga ejercicio para mantenerse en forma.

8) Use con precaución los medicamentos

Muchos de los síntomas de la fibromialgia mejoran con medicación. Los analgésicos y antiinflamatorios, que tan eficaces resultan en el dolor agudo, no funcionan tan bien en el dolor crónico de la fibromialgia, aunque son útiles en muchos pacientes.

Existen analgésicos más potentes, denominados opiáceos, que pueden ser empleados en la fibromialgia, siempre que los recomiende un médico experto en su empleo. Otros fármacos, como los anticonvulsivantes y los anti-depresivos

también pueden disminuir el dolor. Existen medicamentos que pueden mejorar el sueño, los trastornos psicológicos, las molestias intestinales, etc...pero, lo más importante es que la persona que padece esta enfermedad evite el automedicarse, y se ponga en manos de un médico experto en el tratamiento del dolor crónico y en el uso de las medicaciones anteriormente mencionadas.

9) Use con precaución las medicinas alternativas

Como con frecuencia los medicamentos tienen un resultado solamente parcial, es habitual que muchos enfermos busquen soluciones en las terapias alternativas. Algunas de estas terapias mejoran el dolor y pueden favorecer el control de estrés, como el yoga, la acupuntura, quiropraxis, masaje, Tai-Chi, homeopatía... La medicina alternativa puede ser cara, y no está regulada por las guías médicas. Por ello, se debe recomendar al paciente que consulte siempre con su médico antes de comenzar cualquier terapia de medicina alternativa, ya que algunas pueden interferir con el tratamiento estándar o habitual. Desconfíe si le prometen curación, si le recomiendan que abandone la terapia con medicinas, o si le dicen que el tratamiento es un secreto y solo puede ser administrado por ciertos proveedores.

10) Sea constante

La paciencia es una virtud importante; conseguir resultados puede tardar algún tiempo. No lo eche todo a perder porque tenga un "día malo". Aunque haya conseguido estabilizar su enfermedad, los "días malos" inevitablemente aparecerán y debe estar preparado para afrontarlos. En esos días, salga de casa y relaciónese con los demás, mantenga sus compromisos habituales y procure dedicar más tiempo a relajarse. Mantener con regularidad los consejos que le hemos dado anteriormente es la mejor forma de seguir controlando su enfermedad.

No lo eche todo a perder porque tenga un "día malo". Aunque haya conseguido estabilizar su enfermedad, los "días malos" inevitablemente aparecerán y debe estar preparado para afrontarlos

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

Fotos: Banco de imágenes de la SER

Bibliografía Comentada



- ARTRITIS REUMATOIDE
- CÁNCER
- ESPONDILITIS ANQUILOSANTE
- FIBROMIALGIA
- HIPERMOVILIDAD EN NIÑOS

ARTRITIS REUMATOIDE

Terapia combinada en AR

SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA COMBINACIÓN DE LEFLUNOMIDA E INFLIXIMAB EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE.

Hansen KE, Cush J, Singhal A, et al. Arthritis Rheum 2004;52 (2):228-232.

El uso simultáneo o combinado de varios fármacos inductores de remisión es una estrategia frecuente en el manejo de la artritis reumatoide (AR). Esto incluye a los fármacos anti-TNF.

Los autores de este estudio evaluaron la seguridad y eficacia del tratamiento combinado con leflunomida (LFN) e infliximab (INF) en 88 pacientes con AR refractaria, mediante un estudio multicéntrico, abierto y retrospectivo. El tratamiento combinado de LFN e INF se llevó a o largo de un promedio de 6.6 meses. Los pacientes estaban en tratamiento con LFN una media de 18.5 meses, con un promedio de 4.8 infusiones de INF por paciente. Excepto en 3 pacientes, el resto estaba en tratamiento con LFN y se añadió INF.

El 34% de los pacientes presenta-

ron efectos secundarios. Diez de los pacientes sufrieron infecciones, 5 de etiología bacteriana. Uno de ellos falleció a consecuencia de neumonía. En un paciente fumador, se detectó cáncer de pulmón y en otro paciente un cáncer de colon.

Como conclusiones, los autores remarcan que los efectos secundarios del tratamiento combinado con leflunomida e infliximab son similares a los que acontecen en cada fármaco por separado. Aunque los datos de eficacia en este estudio son limitados, en el estudio se consigue mejoría global de los parámetros clínicos y analíticos.

La mayoría de los pacientes con AR en tratamiento combinado utilizan metotrexato tanto para su uso conjunto con otros fármacos inductores de remisión clásicos como la leflunomida, como para su asociación con fármacos anti-TNF, ya sea con infliximab, como etanercept o adalimumab.

¿Qué ocurre con el tratamiento con fármacos anti-TNF en los que se plantea asociarlo a otro fármaco clásico y no se puede utilizar metotrexato?. Pueden utilizarse en monoter-

apia o se puede plantear su asociación con otro fármaco.

Respecto a la combinación de infliximab con leflunomida, existen escasos estudios. La mayoría incluyen pocos pacientes (Kiely PD. *Rheumatology* 2002. Flendrie M. *Rheumatology* 2005); algunos evalúan exclusivamente la seguridad de dicha asociación (Godinho F. *Clin Exp Rheumatol* 2004); en otros como el que hemos comentado, se trata de estudios retrospectivos y sin grupo control por lo que sus resultados se deben tomar con cautela.

En este estudio los propios autores son conscientes de estas dificultades o debilidades. No obstante, comunican que en sus pacientes se obtiene mejoría de los parámetros clínicos habituales entre el 39% y 67%.

Por tanto, en espera de nuevos estudios más amplios, se podría concluir que en pacientes en tratamiento con fármacos anti-TNF, en los que no se puede utilizar metotrexato, la asociación con leflunomida podría ser una alternativa a tener en cuenta.

Dr. José Rosas

Prednisolona frente a pérdida de masa ósea en la mano

REDUCCIÓN EN LA PÉRDIDA DE DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN LA MANO, EN ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO, TRATADOS CON PREDNISOLONA. RESULTADOS DE UN ENSAYO RANDOMIZADO CONTROLADO FRENTE A PLACEBO.

Haugeberg G, Strand A, Kvien T, Kirwan J. Arch Intern Med 2005;165:1293-1297.



En los últimos años se ha demostrado que los esteroides pueden disminuir los signos y los síntomas inflamatorios en la artritis reumatoide (AR). Sin embargo uno de sus efectos secundarios es la pérdida de masa ósea. Cuando se plantea su utilización en la AR, es importante poner en una balanza sus beneficios y sus perjuicios.

En este estudio se evalúa el efecto de los corticoides en la pérdida de masa ósea en las manos de pacientes con AR y la asociación existente entre la pérdida de masa ósea, inflamación y daño estructural.

En un diseño randomizado, doble ciego, controlado frente a placebo de una duración de dos años, se evaluó el tratamiento con prednisolona (7,5 mg) frente a placebo en pacientes con AR de inicio. Los pacientes se trataron con fármacos inductores de remisión convencionales y se siguieron durante 2 años. Además se realizaron radiografías de las manos que se evaluaron con el índice de Larsen. La densidad mineral ósea en las manos se midió mediante un programa digital que utiliza las radiografías como punto de partida.

Entre los 95 pacientes estudiados, solo se observaron diferencias significativas en el HAQ en el grupo tratado con prednisolona durante el primer año. Sin embargo, si

bien existieron diferencias significativas con respecto a la densidad mineral ósea en las manos y la progresión del daño radiológico en los dos grupos, estas diferencias fueron a favor del grupo tratado con prednisolona.

En un análisis global de los dos grupos se observó que la pérdida de masa ósea fue mayor en las mujeres que en los hombres; y menor en el primer año en el grupo tratado con prednisolona. En el segundo año no hubo diferencias en los dos grupos. En el primer año hubo una correlación inversa entre la pérdida de masa ósea y la PCR en el grupo tratado con placebo.

Los autores concluyen que la prednisolona disminuye la pérdida de masa ósea asociada al proceso inflamatorio en los pacientes con AR de inicio. Además es posible que retarde las erosiones asociadas a este proceso. El hecho de que durante el primer año exista una correlación inversa en el grupo placebo entre la pérdida de masa ósea y la PCR y que esto se observe en el segundo año de seguimiento en el grupo tratado con prednisolona, sugiere que tan sólo al inicio de la enfermedad, la prednisolona puede tener un efecto beneficioso sobre el hueso.

La medición de masa ósea utilizada en este estudio no está lo suficientemente validada, siendo este el principal problema que presenta este trabajo. En función de estos resultados es posible que los corticoides a dosis bajas tengan un papel importante en el manejo de la AR de inicio. Es probable que las medidas de masa ósea, con instrumentos validados, puedan servir como medidas de

desenlace en la AR. En todo caso mientras no se estandaricen creemos que los corticoides deben de ser utilizados con precaución en la artritis reumatoide.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

CANCER

Cáncer de mama y riesgo de fractura

RIESGO DE FRACTURA ENTRE PACIENTES QUE HAN SOBREVIVIDO A UN CÁNCER DE MAMA. RESULTADOS DEL WOMEN'S HEALTH INITIATIVE OBSERVATIONAL STUDY.

Chen Z, Michel M, Bassford TL et al. Arch Intern Med 2005;165:552-558.

En el presente estudio los autores comparan mediante un análisis prospectivo de cohortes la incidencia de fracturas en un grupo de mujeres norteamericanas diagnosticadas de cáncer de mama (5.298) y un grupo



control con mujeres sin cáncer de mama al inicio del estudio (80.848). La incidencia de fracturas se evalúa mediante cuestionarios. En el caso de las fracturas de cadera se revisaron las historias clínicas. Se realizó un seguimiento durante 5,1 años.

Los resultados muestran que después del ajuste por edad, peso, raza y zona geográfica de procedencia de las mujeres incluidas en el estudio el riesgo de fracturas del grupo de mujeres con historia de cáncer de mama respecto al grupo sin cáncer era de 0,93 (IC: intervalo de confianza al 95% entre 0,64 y 1,33) para fracturas de cadera, 1,36 (IC: 1,16-1,59) para fracturas de antebrazo o muñeca, 1,31 (IC: 1,31-1,43) para cualquier fractura a excepción de las de cadera, antebrazo, muñeca o vertebral. Las mujeres con cáncer de mama cuyo diagnóstico se realizó antes de los 55 años mostraban un riesgo de 1,78 (IC: 1,28-2,46). Cuando el diagnóstico era más tardío el riesgo no era mayor.

Los autores concluyen que las mujeres con cáncer de mama tienen un mayor riesgo de fracturas sintomáticas. Por ello deben instaurarse medidas de prevención y tratamiento dirigidas a este cada vez más numeroso grupo de pacientes.

Este estudio presenta las limitaciones de los estudios epidemiológicos. La falta de aleatorización, la información se recoge mediante cuestionarios que rellenan los propios pacientes sobre incidencia de fracturas. Además puede suponerse que las pacientes con cáncer de mama tienen mayor contacto con el medio sanitario y en el caso de las fracturas vertebrales pueden ser más buscadas y por consiguiente detectadas en este grupo de pacientes, al intentar descartar metástasis.

Sin embargo, el amplio número de participantes, la mayor incidencia de fracturas de antebrazo o muñeca, que son todas sintomáticas y la diferencia en el riesgo

de fracturas vertebrales dependiendo de la edad dan verosimilitud a los resultados. Por otra parte tienen una base teórica, el efecto de los tratamientos utilizados en el cáncer de mama favorecen la osteoporosis. De cualquier forma, es importante considerar a este grupo de riesgo para desarrollar osteoporosis y tomar las medidas terapéuticas necesarias para evitar fracturas.

Dr. José Ivorra

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

¿Cuándo sospechar que un paciente tiene espondilitis anquilosante?

RECOMENDACIONES PARA REMITIR DE FORMA RÁPIDA A LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE ESPONDILITIS ANQUILOSANTE (TANTO LAS FORMAS PRERRADIOGRÁFICAS COMO LAS RADIOGRÁFICAS) DESDE ATENCIÓN PRIMARIA.

Sieper J and Rudwaleit M. Ann Rheum Dis 2005; 64: 659-663.

Los autores parten de un hecho: los pacientes con espondilitis anquilosante tardan mucho tiempo en diagnosticarse, unos siete años desde el inicio de los síntomas. Además, en estos momentos, ya disponemos de evidencias de que tanto los antiinflamatorios utilizados de forma continua, como los nuevos anti-TNF retardan la progresión radiológica de la enfermedad además de mejorar la calidad de vida de los pacientes. Por todo ello se considera una prioridad que desde atención primaria se sospeche la enfermedad y se remita al reumatólogo para la confirmación diagnóstica y se inicie de forma



precoz el tratamiento, de forma semejante a lo que sucede en los pacientes con artritis reumatoide.

El objetivo de los autores es establecer unos criterios de cribado, revisando datos de la literatura, que sean sencillos, sensibles y con la suficiente especificidad para que los médicos de primaria remitan los pacientes con sospecha de espondilitis, incluso antes de que aparezcan signos radiográficos. En primer lugar establecen que los pacientes sobre los que habría que aplicar los criterios serían aquellos menores de 45 años con lumbalgia de más de 3 meses de evolución. Revisan la sensibilidad, especificidad y probabilidad posttest de criterios clínicos como la presencia de dolor lumbar inflamatorio, respuesta a los antiinflamatorios no esteroides, uveítis o presencia de artritis periférica. Criterios radiográficos de presencia de signos de sacroilítis en la radiografía o en la resonancia magnética. Por último revisan test de laboratorio como la proteína C reactiva y la velocidad de sedimentación globular, así como la detección del HLA B-27.

Los resultados muestran que la presencia de dolor inflamatorio definido y la positividad del HLA B27 son los mejores parámetros de cribado. El dolor inflamatorio se define como rigidez matutina superior a 30 minutos, dolor nocturno o de madrugada y que mejora con el movimiento. Tiene una sensibilidad y especificidad del 70 % y un valor predictivo positivo del 14 % por lo que un especialista tendría que valorar a 7 pacientes para diagnosticar a uno con espondilitis.

Los autores consideran que el HLA-B27 tiene una sensibilidad y especificidad del 90 % con una probabilidad posttest del 32%, por lo que 1 cada 3 pacientes remitidos al reumatólogo con las características anteriormente mencionadas tendrían una espondilitis.

Los autores concluyen que el dolor lumbar inflamatorio y el HLA-B27 son los mejores parámetros de cribado

en atención primaria para remitir a los pacientes por sospecha de espondilitis anquilosante.

La propuesta del HLA B27 como método de cribado es en apariencia sorprendente, choca con el argumento establecido de que el HLA B27 no sirve para el diagnóstico, porque este gen está presente en el 10%-20% de la población general y sólo alrededor del 20% de éstos van a desarrollar una espondiloartropatía. Sin embargo, no se propone como instrumento de diagnóstico, sino como método de cribado en una población cuyo riesgo estimado de padecer una espondilitis anquilosante es del 5%. Se aplicaría por lo tanto en pacientes jóvenes (menores de 45 años) con lumbalgia crónica (más de tres meses de evolución). En principio uno de cada tres pacientes remitidos al reumatólogo bajo estas circunstancias se diagnosticaría de espondilitis. Además es un parámetro que no ofrece lugar a dudas, es positivo o negativo y tampoco es excesivamente caro, unos 30 € en Alemania. Con el mejor parámetro clínico, es decir la lumbalgia de características inflamatorias, 1 de cada 7 pacientes tendría una espondilitis. Este parámetro es más barato y accesible para los métodos de primaria de entrada, sin embargo genera más visitas para el especialista y es más susceptible de interpretación subjetiva.

Otros métodos de diagnóstico como los cambios radiográficos son tardíos, la resonancia magnética es cara y poco accesible en el ámbito de primaria, y el resto de parámetros clínicos o de laboratorio son poco específicos o poco sensibles.

Este artículo tiene el valor de orientar sobre la probabilidad de diagnosticar una espondilitis en determinadas situaciones clínicas o con determinados marcadores genéticos y es un primer intento de establecer unos criterios de remisión de pacientes con sospecha de espondilitis anquilosante

Dr. José Ivorra

FIBROMIALGIA

Tratamiento de dolor neuropático y fibromialgia: principio de un camino de esperanza

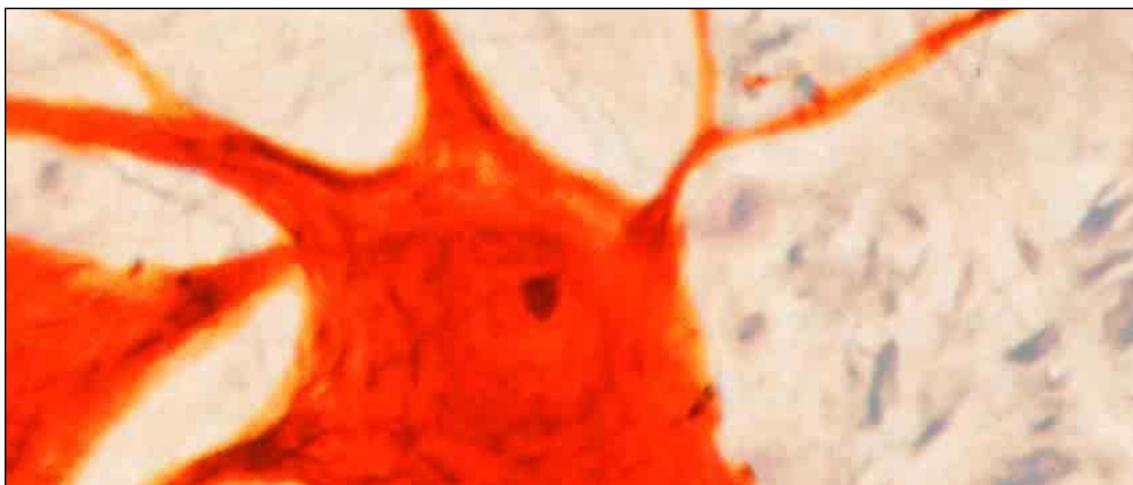
PREGABALINA PARA EL TRATAMIENTO DE LA FIBROMIALGIA. RESULTADOS DE UN ESTUDIO RANDOMIZADO, DOBLE CIEGO Y CONTROLADO CON PLACEBO.

Crofford LJ, Rowbotham MC, Mease PJ, et al. Arthritis Rheum 2005;52:164-1273.

La fibromialgia (FBM) es una enfermedad de curso crónico, que se caracteriza por dolor músculo-esquelético difuso con un umbral al dolor disminuido. Con fre-

cuencia se acompaña de cansancio no explicado por otras causas y alteración del sueño. La prevalencia de la FBM en la población general es del 2%, con un claro predominio en mujeres. En las consultas de reumatología puede alcanzar hasta el 20% de las primeras visitas.

Si bien en la actualidad se desconoce la etiopatogenia de la FBM, se apunta como mecanismo principal la alteración en la función reguladora de algunos neurotransmisores cerebrales en la sensibilidad al dolor.



El tratamiento principal de esta enfermedad, hasta el momento se basa en fármacos que alivien el dolor (analgésicos), mejoren el sueño (relajantes musculares, antidepresivos) y ejercicio físico. Los resultados son dispares y con frecuencia escasos para numerosos pacientes.

En los últimos años han aparecido datos de la utilidad de fármacos antiepilépticos utilizados en el manejo del dolor neuropático, como la gabapentina. Los autores de este ensayo clínico bien diseñado evalúan la eficacia de un fármaco de este grupo, la pregabalina, en el alivio del dolor en la FBM. El estudio se realiza en 529 pacientes durante 8 semanas, utilizando pregabalina 150, 300 o 450 mg diarias frente a placebo.

En general la dosis de 450 mg diarios de pregabalina fue más eficaz que la de 150 o 300 mg diarios, obteniéndose mejoría significativa del índice medio del dolor (- 0.93 en una escala de 0-10. $p < 0.001$), aunque se demostró sólo durante las primeras 7 semanas; mayor número de pacientes con 450 mg alcanzaron una respuesta al dolor significativa mayor del 30% (48% vs 27% en grupo placebo. $P = 0.003$) y del 50% (30% vs 13% en grupo placebo. $P = 0.003$); y finalmente con 450 mg diarios, se obtuvo mejoría significativa en diversos aspectos de calidad de vida relacionados con la salud.

Las dosis de 300 y 450 mg se asociaron de forma

significativa con índices de mejoría del sueño, cansancio y en el índice global de medición del cambio. Los efectos secundarios más frecuentes fueron la aparición de mareo y somnolencia, en relación con la dosis de pregabalina administrada y con una duración media de 15 a 20 días.

Algunas características de la población estudiada son de interés. Excepto el paracetamol a dosis $<$ de 4 gr diarios, toda la medicación analgésica y neurológica fue prohibida durante el estudio, incluyendo antide-

presivos, ansiolíticos, tramadol, etc. La mayoría de las pacientes tenían una evolución de la enfermedad prolongada de unos 9 años.

La pregabalina ha demostrado que tiene efectos analgésicos, ansiolíticos y actividad anticonvulsivante. Su acción se relaciona con su potente fijación a los ligandos alfa2-delta, que provoca a nivel de las terminales nerviosas una reducción de la liberación de neurotransmisores como el glutamato, noradrenalina y sustancia P.

Este ensayo clínico es el primero que analiza a la pregabalina como monoterapia en el manejo de la FBM. Refuerza la idea de que, al menos en parte, la FBM tiene que ver con problemas en los mecanismos que influyen en los neurotransmisores. Probablemente está marcando un camino para el tratamiento de esta enfermedad. Sólo un fármaco de estas características ha demostrado que tiene capacidad de influir en los tres niveles principales de la FBM: dolor, sueño y cansancio.

Por el momento parece que conocemos una dosis eficaz (150 mg cada 8 horas), no sin algunos efectos secundarios a tener en cuenta, que habrán de ser comentados a nuestros pacientes, especialmente cuando no existan alternativas.

Este estudio está realizado durante 8 semanas y por tanto, no tiene la respuesta completa para todos los pacientes y queda mucho por investigar; desde combina-

ción de fármacos, hasta el probable uso precoz en la evolución de la enfermedad. Sin duda abre una esperanza para los numerosos pacientes que no responden de forma adecuada a los tratamientos hasta ahora disponibles.

Dr. Gregorio Santos
Hospital Marina Baixa

HIPERMOVILIDAD EN LA INFANCIA

Un síndrome que puede pasar inadvertido

¿UN TRASTORNO MULTISISTÉMICO NO TAN BENIGNO?
Adib N, Davies K, Grahame P, Woo P, Murray K. Rheumatology 2005;44:744-750.



En general los niños presentan un rango de movimiento articular mayor que los adultos, reduciéndose éste a medida que se incrementa la edad. La prevalencia de hipermovilidad en los niños es alta y generalmente no se traduce en un problema de salud que requiere atención médica.

Sin embargo, en ocasiones, el síndrome de hipermovilidad articular ocasiona problemas de salud crónicos ya en adultos. En estos casos las artralgias o los

síndromes de dolor crónico regional son los síntomas predominantes. Además se asocian a diversas manifestaciones extraarticulares como: la disautonomía, neuropatía periférica, hernias, cuadros de prolapso rectal o uterino, depresión o ansiedad son también frecuentes.

En este estudio, sobre el cual aparece un editorial en la revista *Rheumatology*, se evalúa una cohorte de niños sintomáticos que presentan el síndrome de hipermovilidad articular.

El estudio fue llevado a cabo en una unidad de pediatría reumatológica de un hospital de referencia. Los pacientes se reclutaron de dos formas distintas; a) derivados de pediatras generales, médicos de cabecera, reumatólogos, fisioterapeutas o de cirujanos ortopédicos, b) del departamento pediátrico del propio hospital. El criterio de inclusión fue: edad <18 años, presencia del síndrome de hipermovilidad articular y síntomas relacionados con la enfermedad. Los pacientes con conectivopatías u otras enfermedades asociadas fueron excluidos.

De los 125 pacientes estudiados (61 varones y 64 mujeres) se observaron los siguientes datos; retraso del diagnóstico en 2 años desde el inicio de la clínica; síntomas más frecuentes: artralgia, problemas con la postura, caídas y trastorno en la coordinación, disminución en el rango del movimiento articular y lumbalgia; Entre los síntomas clínicos destacaron: tumefacción articular, gonalgia, lumbalgia y esguinces de repetición; de forma asociada se asociaron los siguientes problemas; dolor exacerbado por el ejercicio, problemas para la escritura, problemas en la escuela y absentismo escolar.

En la mayoría de las ocasiones los estudios previos realizados en estos pacientes fueron negativos (radiografías, reactantes de fase aguda, autoanticuerpos, gammagrafías). El examen clínico de estos pacientes fue caracterizado por dolor articular (más frecuente en las rodillas, tobillos y caderas), disminución en el rango de movilidad articular y tumefacción articular. En el estudio no se muestran datos del manejo clínico de estos pacientes. La identificación de la hipermovilidad articular como causa de la sintomatología presentada por los pacientes, fue fácilmente identificada por los especialistas.

Las principal conclusión que podemos extraer de este estudio es la divulgación de un síndrome y/o de sus consecuencias, que puede pasar inadvertido por los reumatólogos acostumbrados a tratar adultos. Debido a la prevalencia de la hipermovilidad articular, se la debe tener presente a la hora de evaluar determinados síntomas en los pacientes, y recordar que en estos casos, las pruebas diagnósticas utilizados habitualmente no tienen prácticamente utilidad.

Dr. José Luis Fernández Sueiro



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

Qué significa la velocidad de la sangre

Soy un paciente que tiene una artritis reumatoide. Me gustaría saber cuando se realiza un diagnóstico de una enfermedad reumática, pongamos por ejemplo la mía: ¿cuáles son los análisis de sangre habituales que se realizan para saber si se padecen esas enfermedades?. En muchas ocasiones me han dicho que tengo la velocidad de la sangre muy alta, ¿cuál es su significado?

Daniel (A Coruña)

En la actualidad existen más de 200 enfermedades reumáticas conocidas. En general, una vez identificado el problema de acuerdo a los síntomas y a la exploración, el segundo paso consiste en realizar un diagnóstico apropiado de la enfermedad, es decir, ponerle un "apellido" a esta enfermedad; no es lo mismo una artritis reumatoide que una artritis psoriásica. Cada enfermedad tiene unas características clínicas propias, a partir de las mismas se solicitan una serie de pruebas, de análisis o de otro tipo, que nos podrán ayudar a completar el diagnóstico clínico.

En respuesta a su pregunta: la reumatología es

una especialidad eminentemente clínica y en el momento actual no existe ninguna prueba de laboratorio que por sí misma permita hacer el diagnóstico de ningún tipo de enfermedad reumática. En ocasiones, para ayudar al diagnóstico de ciertas enfermedades, se han desarrollado criterios consensuados por especialistas, de gran utilidad en ciertas circunstancias. A veces algunos de los criterios incluyen ciertas pruebas analíticas, que son de ayuda para realizar el diagnóstico, pero nunca por sí solas permiten decir que un determinado paciente tiene una concreta enfermedad reumática.

En cuanto a la segunda parte de la pregunta: la velocidad de sedimentación globular (VSG) es una prueba de laboratorio que traduce habitualmente la presencia de un proceso inflamatorio, que podrá ser de causa reumática o no. Enfermedades infecciosas o tumorales, también pueden elevar la VSG. Cuando estos procesos se producen, en la sangre aparecen diversas sustancias que provocan que los glóbulos rojos o hematíes sedimenten a una velocidad determinada (cuanto mas sustancias "inflamatorias" mayor VSG). Por tanto un incremento de la VSG es un parámetro que de forma indirecta está

mediando el grado de inflamación. La VSG es una prueba que se realiza de forma rutinaria en el seguimiento de determinadas enfermedades reumáticas y en mayor o menor medida complementa la evaluación clínica de los pacientes. Sin olvidar que la VSG se puede elevar con la edad de forma fisiológica y que una VSG normal no traduce la ausencia de una determinada enfermedad.

En su caso, que padece una enfermedad inflamatoria, una VSG elevada puede significar, entre otras circunstancias, que su enfermedad permanece activa, por lo que le aconsejamos una reevaluación con su reumatólogo.

Dr. J. L. Fernández Sueiro

¿El frío extremo es causa de dolores articulares?

Tengo 35 años. Desde hace 2 años trabajo en una cámara frigorífica a temperaturas por debajo de -10°C y, desde la fecha, tengo dolores en las articulaciones de las manos. Otros compañeros también se quejan de molestias, pero a mí me duran todo el día y me noto las manos agarrotadas por las mañanas. La verdad es que estoy preocupado, porque

antes no me pasaba. Me han aconsejado que deje el trabajo. ¿Puedo tener una enfermedad reumática y debería dejar el trabajo, tal como me han recomendado?

V. A. Chulià (Valencia)

Es difícil responder a tu pregunta sin una exploración completa y un estudio adecuado de tu caso. En realidad, y a priori, ambas posibilidades podrían darse. La exposición al frío extremo, con temperaturas por debajo de -13°C , se ha relacionado con aparición de cuadros de dolor y deformidad en dedos de las manos, sin que exista necesariamente una enfermedad reumática. Esto parece ser debido a que el frío no permite llegar adecuadamente la circulación al hueso y se producen en él pequeñas lesiones que producen dolor y, a la larga, incluso pueden ser irreversibles y producir deformidades. En estos casos, existen unas articulaciones que sufren más que otras y suele afectarse menos el primer dedo. No sé si es éste tu caso, ya que no me aclaras más datos en tu carta. Lógicamente, si el problema fuera éste, el único remedio sería cambiar de trabajo. Por otro lado, puede también que tus problemas sean debidos a una enfermedad reumática crónica, y que notes que aumentan

por la baja temperatura a la que trabajas. Por lo tanto, mi recomendación es que solicites la valoración por un reumatólogo tan pronto como sea posible antes de tomar una decisión que afecte a tu futuro laboral.

Dr. J.J. Alegre

Anticuerpos antinucleares (ANA) y lupus sistémico (LES)

Soy una paciente de 26 años diagnosticada de LES desde hace 4 años. Me interesa todo sobre mi enfermedad y leo todo lo que pilla sobre ella, especialmente por Internet. Mi reumatólogo me realiza análisis generales de sangre regularmente, pero desde hace ya tiempo no me pide los anticuerpos ANA. Me dice que ya no hace falta. Si estos anticuerpos parece que son importantes en mi enfermedad; ¿es que no tiene interés saber si disminuyen o aumentan?, o en todo caso ¿qué significado tiene su aumento o descenso?.

MC. Luengo (Altea)

En primer lugar, es bueno que se interese por su enfermedad. Sin embargo, especialmente por Internet hay un aluvión de información de su enfermedad. A usted como paciente no le interesa todo. Para estar bien informada y evitar perder el tiempo hay que saber elegir las fuentes de



información. Para ello lo mejor es que lo comente con su reumatólogo, que le dirigirá a los sitios adecuados.

Si le gusta por internet, le aconsejo visitar la página de la Liga Reumatológica Española (www.lire.es) o la sección de pacientes de la Sociedad Española de Reumatología (www.ser.es), donde encontrará información general de su enfermedad.

Respecto a los ANA, estamos de acuerdo con su reumatólogo: los niveles de ANA en sangre no son útiles para el seguimiento de los pacientes con LES, una vez que sabemos que eran positivos a un título adecuado. Son de gran ayuda cuando se investiga a los pacientes con sospecha de enfermedades inflamatorias como el LES. Sin embargo, realmente las cosas no son tan simples. Estos anticuerpos (ANA) pueden estar presentes también en otras enfermedades e incluso en personas sanas, habitualmente a niveles bajos de positividad. Debe usted saber que para diagnosticar a un paciente de LES, además de que la mayoría tienen ANA en sangre, deben

presentar otros datos característicos.

Para el seguimiento utilizamos, entre otros elementos, los niveles en sangre los anticuerpos anti-DNA y los niveles de complemento, que está demostrado son de mayor valor que la variación de los niveles de ANA.

Dr. José Rosas

Significado de la presencia de ANA en familiares de pacientes con LES

A mi hermana de 19 años le han diagnosticado de lupus hace 1 año. Ella lo ha pasado mal y la familia, por supuesto, también. Ahora parece que ya está controlada y hace una vida normal, aunque le han aconsejado no ponerse al sol en la playa. La enfermedad se sospechó porque su médico le hizo unos análisis de sangre, detectando los anticuerpos llamados ANA. Nos ha dicho su reumatólogo que aunque no es frecuente, podría aparecer esta enfermedad también en sus hermanas. Aunque

yo me encuentro bien; ¿debería hacerme esos análisis de ANA? Si fueran positivos, ¿significaría que también voy a tener lupus?

I. Tato (Murcia)

En general no se aconseja realizar pruebas, incluyendo los ANA, en los familiares de los pacientes con LES. Esto es especialmente prudente cuando los familiares no tienen síntomas.

Algunos datos estadísticos nos reafirman en esta respuesta: hoy en día sabemos que estos anticuerpos/ANA se pueden encontrar en la sangre del 2% de la población general asintomática, que no tiene enfermedades como el LES. Este dato aumenta si lo utilizamos en población mayor. Es muy probable que esto se deba a que contamos con pruebas de análisis muy sensibles.

¿Y en los familiares con LES? Es cierto que hay familias con más de un miembro que padece LES, sin embargo esto no es lo frecuente. Conocemos que esta enfermedad tiene un trasfondo genético, pero precisa además de otros factores externos (hormonales, infecciosos o ambientales) para que se presente o padezca.

No obstante en el 20% de los familiares de primer grado sabemos que se puede detectar los ANA. La detección de ANA en estos casos no implica de ninguna manera que se vaya a sufrir esta enfermedad, siendo realmente el riesgo muy bajo.

Sin embargo, es muy importante recalcar que para el diagnóstico de LES, además de los ANA, se necesita la presencia de más datos característicos, tanto en los análisis como en la presencia de síntomas y signos clínicos.

Respecto a su segunda pregunta, en el caso de que usted se los haya hecho y sean los ANA positivos, aunque como ya hemos comentado usted sabe que no indican por sí solos que vaya a tener la enfermedad, por prudencia y por su tranquilidad le aconsejamos una evaluación inicial por un reumatólogo.

Dr. José Rosas

Con el frío se me ponen las manos blancas

Tengo treinta años y desde que tenía dieciocho paso los inviernos fatal. Cuando toco el agua fría o al salir a la calle las manos se me ponen primero blancas y luego moradas.

Para mi trabajo utilizo las manos, en la fábrica no hay calefacción y en ocasiones además del cambio de color me llegan a doler.

Durante años me han dicho que era de la circulación, y me han recetado pastillas para mejorarla, pero no mejoro. Ahora me han mandado al reumatólogo.

¿Tengo alguna enfermedad reumática?. ¿Existe algún tratamiento que me mejore.

T. Belda. (Bocairent, Valencia)

Usted cuenta los síntomas típicos del fenómeno de Raynaud. Son síntomas muy frecuentes que aparecen en el 2%-3% de la población. Cuando hace frío, las pequeñas arterias de la piel se hacen más estrechas, circula menos sangre y se evita que se pierda calor. Cuando este estrechamiento es excesivo se producen los síntomas que usted cuenta y se denomina fenómeno de Raynaud. Se observa fundamentalmente en las partes distales (dedos de las manos, pies, nariz) de nuestro cuerpo. Los síntomas son reversibles al aumentar la temperatura. En la mayoría de los pacientes los síntomas desaparecen en verano. Con medidas sencillas en invierno, como la utilización de guantes, evitar el contacto con agua fría, no fumar, y la utilización de algunas cremas que ensanchan los vasos (vasodilatadoras) se puede hacer que esta excesiva reacción al frío disminuya y produzca pocas molestias. Sólo en alguna ocasión se necesita utilizar medicamentos vasodilatadores que tienen como inconveniente principal que bajan la tensión arterial.

En general el fenómeno de Raynaud no tiene más importancia y sólo en algunos casos su intensidad provoca problemas serios de circulación sanguínea.

Suele ser una manifestación aislada; sin embargo a veces va unida a alguna otra enfermedad reumática, por lo que sería conveniente la visita a un reumatólogo. Este con unas pruebas sencillas puede descartar tales enfermedades.

Dr. José Ivorra

ARTRITIS PSORIÁSICA Y TRATAMIENTO DE PRIMERA LÍNEA EN AR DE RECIENTE COMIENZO

Dos nuevas indicaciones para Humira (adalimumab)

L Abbott Laboratories recibió el pasado 15 de agosto de 2005 la aprobación de la Comisión Europea para comercializar Humira (adalimumab) en Europa como tratamiento de la artritis psoriásica (AP) y la artritis reumatoide (AR) de reciente comienzo.

La aprobación de Humira para la artritis psoriásica supone la segunda indicación, mientras que la aprobación como tratamiento de primera línea de la AR activa, severa y progresiva en adultos que no han recibido metotrexato previamente, lo consolidan como tratamiento de primera línea en la AR.

HUMIRA EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA

Los datos del ensayo clínico ADEPT (Adalimumab Effectiveness in Psoriatic Arthritis Trial: eficacia de adalimumab en la artritis psoriásica) han demostrado que Humira es eficaz y seguro para el tratamiento de los síntomas tanto articulares como cutáneos asociados a la artritis psoriásica.

Casi el 60 % de los pacientes alcanzó un ACR 20 en la semana 12, uno de los objetivos primarios del estudio, manteniéndose la respuesta en la semana 24. El segundo objetivo primario del estudio examinó el cambio en el Índice Total Sharp modificado (mTSS), una medida que analiza el cambio en la erosión ósea y el estrechamiento articular. Los pacientes tratados con Humira presentaron una variación significativamente menor en la mTSS que los tratados con placebo en la semana 24. Los

datos de la extensión abierta pusieron de manifiesto que la inhibición de la progresión de la enfermedad observada en la semana 24 en los pacientes tratados con Humira se mantuvo hasta la semana 48.

Además, de los 69 pacientes que participaron en el estudio con más de un 3 % de la superficie corporal afectada y que fueron tratados con Humira, un 42% alcanzó una respuesta PASI 90 a las 24 semanas.

PRIMERA LÍNEA EN AR DE RECIENTE COMIENZO

El ensayo clínico PREMIER, en el que se basó la aprobación, también demostró que el tratamiento combinado de Humira y metotrexato inhibía con éxito la progresión radiográfica (daño articular) en los pacientes con AR severa de diagnóstico reciente (menos de tres años de evolución).

A las 52 semanas, aproximadamente el 62 % de los pacientes que recibían Humira más metotrexato

Según el estudio ADEPT, Humira es eficaz y seguro para el tratamiento de los síntomas tanto articulares como cutáneos asociados a la artritis psoriásica

estudio PREMIER, la inhibición de la progresión radiográfica, se determinó mediante el cambio en el mTSS. El porcentaje de pacientes que no mostró progresión radiográfica de la enfermedad fue casi dos veces mayor en el grupo de Humira más metotrexato que en el de metotrexato solo (61 % frente al 34 %), al final del segundo año. Los datos del estudio PREMIER también muestran que casi uno de cada dos (49 %) pacientes con AR de recién

El ensayo clínico PREMIER también demostró que el tratamiento combinado de Humira y metotrexato inhibía con éxito la progresión radiográfica

alcanzaron la ACR 50, en comparación con el 46 % del grupo tratado con metotrexato en monoterapia. PREMIER es el primer estudio en AR en el que se determinó la ACR 50 como objetivo primario.

El segundo objetivo primario del

te comienzo tratados con Humira más metotrexato alcanzaron una remisión clínica a los dos años, definida por un valor DAS28 <2,6, en comparación con el 25 % de los pacientes tratados con metotrexato solo.

La extirpación del menisco **incrementa** el riesgo de artrosis de rodilla

■ LR.- Dr. José Rosas.

La meniscectomía, desde un punto de vista biomecánico, es un factor de riesgo para el desarrollo de artrosis de rodilla. La meniscectomía total incrementa el riesgo de artrosis radiológica 6 veces respecto a los que no la sufren. La contribución de diversos factores de riesgo en este aspecto es con frecuencia difícil de evaluar y en algunos estudios ha sido incluso contradictoria.

Recientemente el Dr. Englund y el Dr. Lohmander, de la Universidad de Lund, han publicado los datos de un estudio realizado en 317 pacientes, a los que se realizó meniscectomía entre 15 a 22 años antes, evaluándose diversos factores de riesgo para la artrosis de rodilla.

La aparición de artrosis radiológica sintomática (grados de Kellgren > 2) estaba presente en el 37% de las rodillas operadas, respecto al 10% del grupo control (riesgo relativo: 2.6, IC: 1.3-6.1). Los pacientes obesos (IMC > 30) y los que habían sufrido una meniscectomía total tenían mayor probabilidad de presentar radiografías con artrosis tibio-femoral que los que habían sufrido meniscectomía parcial o tenían un IMC < 25.

La presencia de síntomas por artrosis, tanto tibio-femoral como fémoro-rotuliana, se asoció con la presencia de obesidad, sexo femenino y rotura o desgarro meniscal degenerativo.

Por tanto, además de controlar factores de riesgo biomecánicos, especialmente el sobrepeso, mientras sea posible en los pacientes que precisen la extirpación del menisco de la rodilla, debe valorarse la realización de la meniscectomía parcial frente a la total, para intentar proteger a lo largo del tiempo a la propia articulación, puesto que el riesgo de artrosis aunque existe, parece ser menor.

Artículo origen: Factores de riesgo para la artrosis de rodilla sintomática 15 a 20 años después de la meniscectomía. Englund M, Lohmander LS. Arthritis Rheum 2004;50:2811-2819.

Calcio y vitamina D: insuficientes para **prevenir fracturas** en ancianos

■ LR.- J.J. Alegre (H.U. Dr. Peset)

Los paciente ancianos presentan un riesgo incrementado de fractura osteoporótica, y este riesgo se incrementa en caso de haber presentado una fractura por fragilidad previa. Desde la publicación en 1992 del trabajo de Chapuy et al, es una práctica habitual el uso profiláctico de suplementos de calcio y vitamina D en estos pacientes independientemente de su masa ósea y, en la mayoría de las ocasiones, sin evaluar previamente un posible déficit de vitamina D.

Sin embargo, el uso de calcio y/o vitamina D no se ha demostrado útil en la prevención secundaria de fracturas en paciente ancianos en el estudio RECORD, publicado recientemente (Lancet 2005; 365: 1621-1628). Se trata de un ensayo aleatorizado, doble ciego, controlado con placebo, en que se incluyeron 5292 pacientes no institucionalizados, mayores de 70 años, y con antecedente de fractura por fragilidad en los 10 años previos (el antebrazo distal fue la localización más frecuente), que se siguieron entre 2 y 5 años. 13 % de los pacientes presentaron

una nueva fractura, sin diferencias entre los que tomaban placebo, calcio, vit.D, o ambos. Tampoco se observaron diferencias en el número de caídas o calidad de vida entre los diferentes grupos. Es de destacar la escasa cumplimiento (63% a los 2 años), que fue hasta un 9% peor en pacientes que tomaban calcio. Esta escasa cumplimiento y la falta de estudio del estatus basal de vitamina D son las principales limitaciones del estudio.

Por lo tanto, el tratamiento con calcio y vit.D no protege de la aparición de nuevas fracturas en pacientes ancianos mayores de 70 años que ya hayan sufrido una fractura por fragilidad previa, incluyendo la fractura de Colles. Deberíamos, pues, no conformarnos con la suplementación y añadir tratamiento específico, antirresortivo u osteoformador, a estos pacientes. Por otro lado, se pone de manifiesto la mala tolerancia digestiva a los suplementos de calcio oral y la escasa adherencia al tratamiento para la osteoporosis, lo que hace cuestionar el posible beneficio de cualquier opción terapéutica.

CONGRESO 2005 DE LA EULAR

Enbrel confirma su **eficacia sostenida y constante perfil de seguridad** en cuatro enfermedades reumáticas autoinmunes

El Congreso 2005 de la Liga Europea contra las Enfermedades Reumáticas (EULAR), celebrado recientemente en Viena, ha sido el marco en el que se han presentado resultados muy relevantes sobre Enbrel[®] (Etanercept) en cuatro enfermedades reumáticas inflamatorias autoinmunes: artritis reumatoide (AR), espondilitis anquilosante (EA), artritis psoriásica (AP) y artritis idiopática juvenil (AIJ).

“Los resultados presentados en este congreso sobre Enbrel, en las cuatro patologías reumáticas, subrayan el beneficio que tanto pacientes como médicos ya vienen comprobando sobre este fármaco biológico inhibidor del TNF” destacó la Dra. Désirée van der Heijde, Profesora de Reumatología en la Universidad de Maastrecht (Holanda).

RESULTADOS EN MÁS DE 2.000 PACIENTES

En este congreso se han presentado los resultados de eficacia y seguridad de Enbrel en 2.054 pacientes con AR, tras un seguimiento de hasta siete años. Los datos proceden de la extensión de tres estudios (dos americanos y uno europeo) en distintas situaciones clínicas y utilizando Enbrel tanto en monoterapia como combinado con metotrexato. Este análisis, que presenta la más amplia experiencia recogida

Enbrel es una molécula muy poco o nada inmunógena que no desarrolla anticuerpos neutralizantes y, además, mantiene su eficacia tras siete años de seguimiento

con este fármaco biológico inhibidor del TNF, permite concluir que el perfil de eficacia y seguridad de Enbrel se mantiene durante los siete años de tratamiento estudiado. Además, estos resultados con Enbrel abarcan un abanico muy amplio de lo que es el ámbito asistencial de la artritis reumatoide.

La importancia de los siete años de extensión de estos estudios con Enbrel es que prácticamente podemos eliminar nuestro miedo inicial a que las terapias biológicas, al ser construcciones

Este análisis presenta la más amplia experiencia recogida con este fármaco biológico

de ingeniería genética, pudieran desarrollar taquifilaxia, es decir, que se volvieran inmunogénicas para el propio organismo y que éste desarrollara sistemas de bloqueo de la acción del fármaco”, indicó el doctor Jesús Tornero, presidente de la Sociedad Española de Reumatología (SER). “Etanercept es una molécula muy poco o nada inmunogénica que no desarrolla anticuerpos neutralizantes y, por eso, mantiene su eficacia tras siete años de exposición al fármaco. Por todo ello, Enbrel ha demostrado tener un perfil de tolerancia y seguridad que lo hace muy útil y óptimo para la práctica diaria” concluyó el doctor Tornero.

EFICACIA DE ENBREL DURANTE DOS AÑOS EN EA Y AP

Según los resultados presentados en el congreso EULAR-2005, Enbrel ha demostrado mantener la eficacia para mejorar los signos y síntomas en la espondilitis anquilosante y en la artritis psoriásica durante dos años de tratamiento. Enbrel fue bien tolerado y presentó un constante perfil de seguridad durante los estudios.

Por otra parte, Enbrel está aprobado para el tratamiento de la AIJ de tipo poliarticular y ha demostrado una elevada eficacia y constante perfil de seguridad durante los cuatro años de tratamiento estudiados.

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

Clorosis: mal de amor, mal virginal, fiebre amatoria... Una Enfermedad “Literaria”

El tema de la visita médica es muy frecuente en la obra de los llamados “Pequeños Maestros Holandeses” del siglo XVII, pequeños por el tamaño de sus cuadros, pero grandísimos pintores por la calidad de sus trabajos.

Este cuadro que vamos a comentar tiene varios motivos de interés y es un conjunto muy completo al reunir al médico, la enfermera y la madre de la paciente, la cual presenta una expresión de moderado optimismo. En efecto, el pronóstico no es grave, la curación es posible y la muchacha, lánguidamente echada en un sillón pero muy atenta a lo que se está desarrollando en la habitación, tiene una cara muy pálida pero no está delgada ni malnutrida.

La escena se desarrolla en una habitación lujosa, con una cortina que se enrolla sobre una bien labrada columna. El galeno, hombre mayor y experimentado, está mirando al trasluz una redoma de orina. La uroscopia era una técnica importante en los estudios de Medicina y su conocimiento se remonta a la antigüedad, siendo básica para el diagnóstico de las enfermedades en todas las Escuelas Médicas: hipocrática, galénica, salernitana, arábica o judaica. Un incunable español, “Compendio de la salud humana”, de Johan Kathan, editado en 1494 por Pablo Hurus, de Zaragoza, con diversas ilustraciones, muestra una página con dieciocho matraces con distintos tipos de orina. Una leyenda dice, por ejemplo: “La urina en el hidrópico si es roja o medio roja, señal es de muer-

te”; y otra: “La urina de color yeso claro significa muchedumbre de humores corruptos como acaece en el reumático, hidrópico y gotoso.” (Nosotros pensaríamos en sedimentos uráticos).

Gabriel Metsu nació en Leyden en 1629 y murió en Ámsterdam en 1667, coetáneo de otros grandes artistas como Ter Borch, Pieter de Hooch y Jan Steen y del más grande de los pintores intimistas: Vermeer. Además de la “La visita médica” de Metsu, que se encuentra en el Museo Ermitage de Leningrado, conocemos tres versiones de Steen, una en el Mauritshuis, otra en la Pinacoteca de Munich y la tercera en el Metropolitan de Nueva York. Asimismo hay cuadritos de Gerard Dou, Ter Broch o Van Hoogstragaten.

¿EXISTIÓ REALMENTE?

Pero ¿qué enfermedad tenían estas pacientes? Pues un padecimiento que a modo de casi una epidemia aparecía en mujeres jóvenes, de buena posición social, habitantes en países brumosos y húmedos, como el norte de Francia, Flandes y Holanda entre los siglos XV y XIX.

Esta enfermedad fue llamada por el clínico Varandal en 1620 “clorosis”, en honor de Cloris, hija

de Niobé, pero ya era conocida desde tiempos hipocráticos y se caracterizaba principalmente por una palidez cérea de la piel. También se la ha conocido como “mal de amor”, “mal virginal” y “fiebre amatoria” cuando iba acompañada de febrícula.

Marañón, que escribió un extenso trabajo en 1936 sobre la supuesta enfermedad, comentaba: “La clorosis es un ejemplo único en la historia de la Medicina: el de una enfermedad de inmensa extensión, no sólo entre los médicos, sino ante el vulgo, que desaparece casi en absoluto.” Y más adelante se pregunta y responde: “Pero ¿ha existido realmente? La clorosis fue una verdadera invención literaria, netamente romántica, un ente fantástico en patología.”

ENTRE LA MELANCOLÍA Y EL SEXO

La descripción clásica de la enfermedad constaba de una serie de síntomas cardinales: inapetencia, dejadez, melancolía, tristeza, ganas de llorar, astenia y abulia completa. Por otra parte, trastornos menstruales y, con frecuencia, amenorrea. A veces había también febrícula, taquicardia, mareos y vómitos.

¿Vómitos? He aquí la clave,



Es un conjunto muy completo al reunir al médico, la enfermera y la madre de la paciente, la cual presenta una expresión de moderado optimismo

pues estas muchachas, de una llamativa palidez lechosa, nunca estaban desnutridas ni delgadas, sino que más bien presentaban una morbidez especial por un edema difuso, tanto en la cara como en los miembros. Esto me hace pensar que eran bulímicas, pues aunque vomitaran, siempre quedaba algo en el estómago.

En los cuadros de amenorrea con febrícula, sospechaba Marañón que padecían formas subclínicas de tuberculosis genital o intestinal. Además la apatía, el desinterés y la "melancolía", como se decía entonces, podríamos hoy calificarlos como pequeños estados depresivos. La falta de sol, de ejercicio y la alimentación insuficiente completaban el cuadro clínico.

Según el saber popular, como los grandes síntomas eran de índole sentimental y sexual, el remedio no era otro... que el matrimonio; y si éste no tenía lugar, los médicos prescribían tratamientos estimulantes, cambios de "aire", distracciones sanas, largos paseos y viajes.

LA VENGANZA DE LETO

Cloris, como queda dicho, era hija de Niobé, esposa de Anfión, rey de Tebas. En una ocasión Niobé ridiculizó a Leto, una de las esposas más queridas de Zeus, por haber engendrado solo un hijo, Apolo, y una hija, Artemisa, mientras que ella había dado a luz siete varones y siete hembras, todos bellísimos. La vengativa Leto mandó a sus hijos que mataran con sus flechas a

los tebanos. Sólo se salvó Amicías, que le había hecho un sacrificio de desagravio, y Melibea, pero ésta, a causa del terror sufrido, se puso tan blanca que cambió su nombre por el de Cloris, la "pálida verdosa".

Un tiempo después Cloris se casó con Nebeo, fue lefíz y recobró la salud y las energías perdidas, de manera que, llena de vida, compitió en los Juegos Hereos y resultó vencedora. Tales juegos fueron instituidos por Hipodamía en honor de Hera por haber facilitado su casamiento con Penélope.

En nuestro cuadro es posible que el doctor hubiera explicado a la madre la historia de Cloris y este final gozoso le auguraba una pronta recuperación si encontraba el amor perdido.

CARMEN SALVADOR

PERIODISTA ESPECIALIZADA EN SALUD

Athanasius Kircher

Un ejemplo de sabio universal

Nacido en Alemania hace cuatrocientos años, Athanasius Kircher fue uno de los personajes más peculiares y atractivos del Barroco, empeñado en la búsqueda de una ciencia y una escritura universales. El libro de Ignacio Gómez de Liaño "Athanasius Kircher. Itinerario del Éxtasis o las imágenes de un saber universal", publicado por ediciones Siruela, recoge el corpus casi completo de la iconografía de Kircher, junto con las notas explicativas y las introducciones a la obra y a la vida de este sabio universal.

Athanasius Kircher era el último de los nueve hijos de un doctor en Teología. De una gran precocidad intelectual, recibió muy pronto lecciones de hebreo, además de asistir a la escuela de los jesuitas en Fulda.

Durante su infancia escapó al menos cuatro veces de la muerte y a los 15 años ya se consideraba favorecido por Dios. A esa edad consigue entrar en el colegio de los jesuitas de Mainz. Tuvieron que pasar todavía varios años antes de que fuera destinado al Colegio romano, centro de toda la Orden, con la misión de estudiar jeroglíficos. Este sería su hogar hasta su muerte y donde tendría todas las posibilidades para proseguir sus investigaciones científicas y humanísticas.

A los ocho años de ejercer como profesor de matemáticas en el Colegio romano se le descargó de sus obligaciones docentes. Empezó entonces a publicar sus obras más importantes, centrándose en diferentes materias cada tres o cuatro años.

Jesuita alemán del siglo XVII sus obras abarcan la egiptología, vulcanología, óptica, magnetismo, lógica, matemáticas, música...

Con el tiempo, su estudio romano se convirtió en un centro intelectual al que llegaban investigadores, cartas y especímenes de todo el mundo, y consiguió reunir un museo de artefactos, curiosidades de historia natural y aparatos científicos.

Barroco como su tiempo, en sus obras abarca temáticas tan diversas como la egiptología, el magnetismo, la vulcanología, la óptica, la mecánica, la acústica, la lógica combinatoria, la música, las matemáticas... En su Arca de Noé y en su Torre de Babel, Kircher reconstruye arqueológicamente y con gran minuciosidad, los primeros pasos de la humanidad.

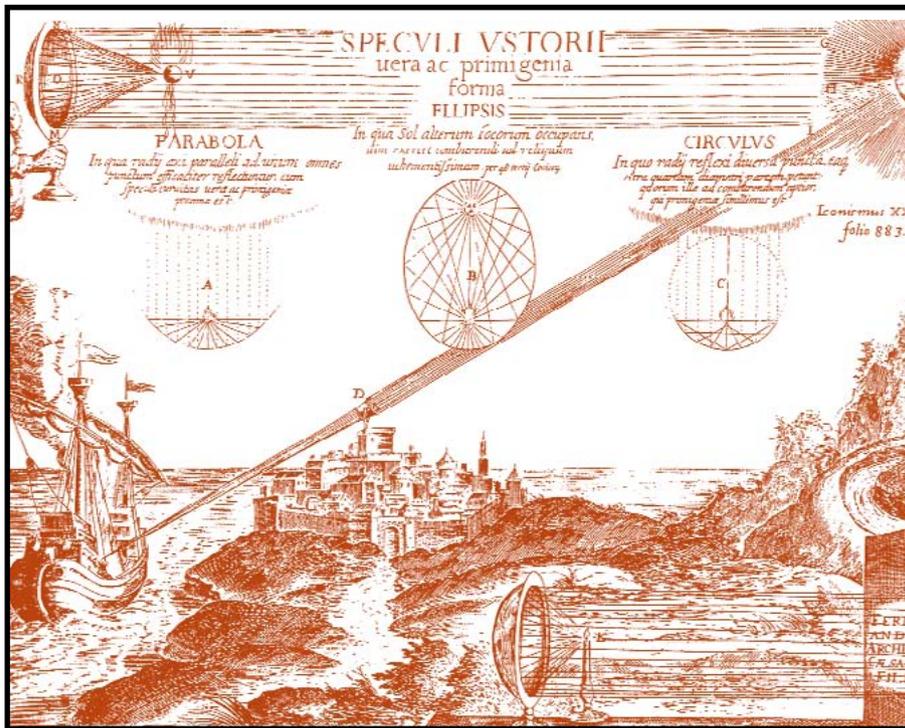
Señala el autor de esta obra que Kircher, "cuya misma figura intelec-

tual era un monumento propagandístico de los tesoros intelectuales de la Compañía de Jesús y de la libertad que disfrutaban sus miembros para explorar los confines más heterodoxos del saber, supo propagar o difundir su obra también gracias a esos edificios en forma de libros -provistos de elegantes portadas y frontispicios- que se desbordaban en brillantes imágenes en su ciencia".



Foto 1: Retrato de Athanasius Kircher

Foto 2: El espejo de Arquímedes. Este fue el espejo que, según la tradición, ideó Arquímedes para defender a Siracusa del asedio de Marcelo en el 214 a.d.C., quemando los barcos romanos. Kircher concluye que el espejo que utilizó Arquímedes debió ser elíptico, y no parabólico o esférico.



TODA SU OBRA EN GRABADOS

Lo más atractivo de la obra de Kircher está, probablemente, en los fantásticos grabados que ilustran su marcha por los vastos territorios del saber. Toda su obra está representada mediante imágenes, una verdadera delicia tanto para el ojo como para la imaginación: la organización interna del Arca de Noé, la construcción de la Torre de Babel, el diseño urbanístico de Babilonia, la dispersión por el mundo de los hijos de Noé, las antiguas villas latinas (una erudita guía "turística" de los parajes y monumentos que rodean a Roma), los hábitos, usos y dioses de China, los obeliscos y jeroglíficos egipcios o la astrología y el magnetismo, la acústica o la catóptrica, sin olvidar su Musurgia el tratado de música más completo de su época y el que gozó de mayor difusión.

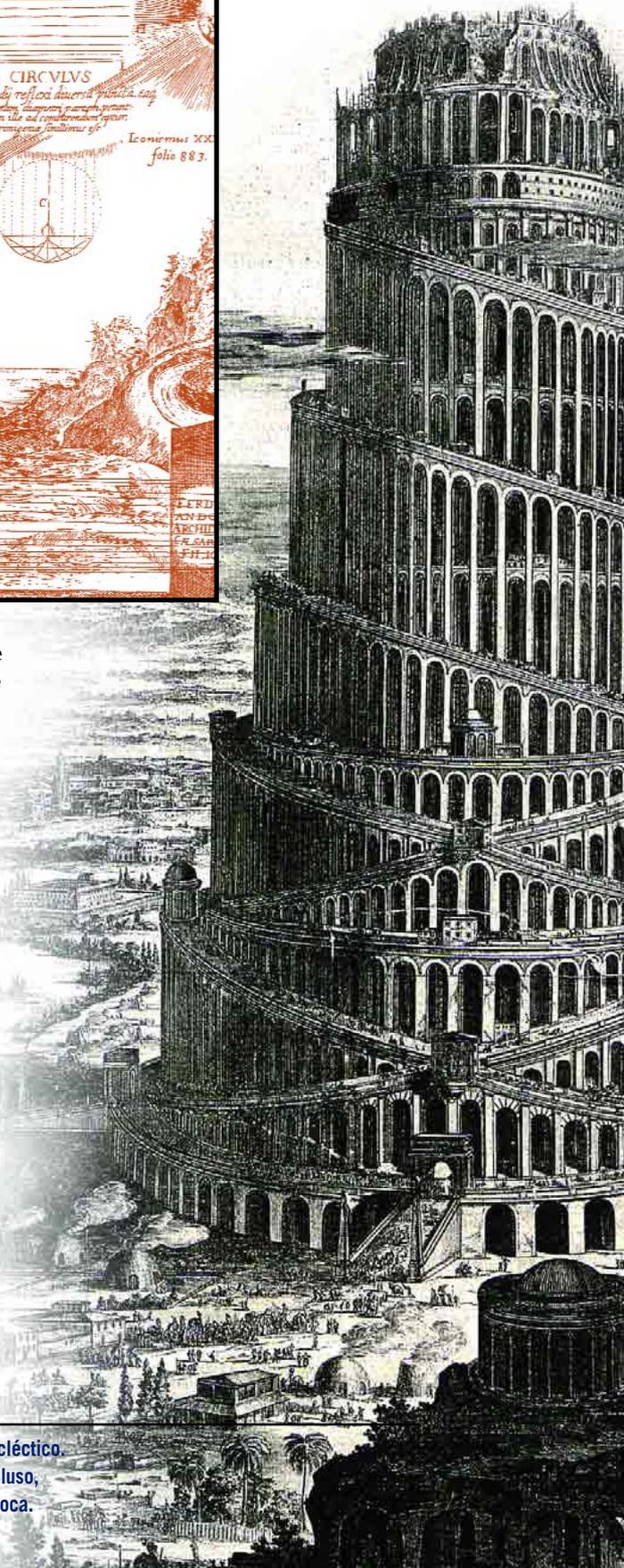
Poseía vastos conocimientos de Cábala, como lo pone de manifiesto en su Aritmología, estuvo acertado

en sus investigaciones sobre el copto y su presunción de que era la lengua de los antiguos egipcios.

EL CENTRO DEL UNIVERSO

No estuvo acertado, sin embargo, en quién gira alrededor de quien; se adhirió a la teoría según la cual el Sol gira en torno a la Tierra y los demás planetas en torno al Sol, o también creía que los jeroglíficos egipcios sólo se podían comprender con la asistencia del Espíritu Santo o una inspiración divina. Más acertado estuvo en su *Scrutinium pestis physicomedicum*, que constituye probablemente la primera obra médica en la que se estudian las causas de la peste desde un punto de vista que hoy llamaríamos microbiano.

Foto 3: La Torre de Babel. Está situada en un paisaje arquitectónico de tipo ecléctico. No faltan en él edificios de la arquitectura romana, pirámides egipcias e incluso, a la derecha, una versión del Templo de Salomón, según se la imaginó la época.



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

Próximos 6 números ----- 15 €
(ejemplares bimensuales)

Fecha: __ / __ / 200__

Firmado:

Forma de pago

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

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

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

LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Empresas/Asociaciones

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

Persona de contacto Cargo

Suscripción por 6 números

Próximos 6 números ----- 25 €
(ejemplares bimensuales)

Fecha: __ / __ / 200__

Firmado:

Forma de pago

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

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

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

Rincón del Ocio

La Casa del Gallo, remanso entre balnearios

Al creciente listado de casas rurales con encanto acaba de incorporarse La Casa del Gallo, un centro de turismo rural construido en Almeida de Sayago (Zamora), a un tiro de piedra de los balnearios de Ledesma y del propio Almeida, éste último en periodo de remozamiento y ampliación, y dotado de un manantial de aguas famosas por su eficacia frente a enfermedades reumáticas.

Los promotores han convertido en pequeño hotel confortable y singu-

lar un conjunto rural de finales del siglo XVIII, respetando el estilo arquitectónico en piedra de la comarca sayagüesa.

El centro consta de 7 habitaciones con sus respectivos cuartos de baño, dos salones, cocina y aseo auxiliar, además de un amplio desván, habitable en parte.

El patio corral ha sido saneado, restaurado y ornamentado con elementos rústicos: mesas de piedra, pilas, aperos...

Las cuadras han sido transformadas en un recinto de uso múltiple: sala

de estar, salón de TV, sala de exposiciones, auditorio para proyecciones, conciertos, conferencias y reuniones.

Información Y Reservas:

Tel: 980 61 21 13

627 70 93 31



ERNESTO PLAZA
SOCIÓLOGO

Reum@tismos

RECURSOS DE REUMATOLOGÍA EN INTERNET



ÁREASTEMÁTICAS.COM - LUMBALGIA

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

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

EN DETALLE: SOBRE LA ENFERMEDAD

(Click en "Generalidades")

En la sección Generalidades se repasan las principales cuestiones de la enfermedad: definición, tipologías, epidemiología, exploraciones y diagnósticos, tratamiento, prevención y conclusiones.



ELMÉDICO.NET - REUMATOLOGÍA EN INTERNET

<http://elmedico.metropoliglobal.com/reuma.html#general>

Sección de El Médico.net que dispone de numerosos recursos sobre reumatología. Los enlaces están clasificados en dos categorías: Sitios generales de reumatología (Sociedades, Instituciones y Organismos sobre Reumatología, Revistas y Noticias sobre Reumatología, Guías de Práctica Clínica, Departamentos de Reumatología de Universidades y Hospitales, Recursos Básicos en Reumatología) y Principales Enfermedades Reumatológicas.

EN DETALLE: RECURSOS SOBRE ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

(Click en: "2- Sitios sobre las Principales Enfermedades Reumáticas")



Cada una de las patologías (Artritis, Gota, Bursitis, Lupus...) puede contener links de información sobre su especialidad, guías, bases de datos interactivas, webs que a su vez contienen más recursos.



JOHNS HOPKINS ARTHRITIS
<http://www.hopkins-arthritis.com/>

Web sobre artritis (en inglés) creada por la división de reumatología de la universidad norteamericana Johns Hopkins. Analiza cada enfermedad (artritis reumatoide, osteoartritis, osteoporosis, síndrome de Sjögren, gota y otros tipos de patologías reumáticas) y opina sobre las mejores vías de tratamiento. Por otro lado destacan sus secciones de noticias, consulte al experto, casos clínicos, educación (autotest de conocimiento, videoconferencias...) y manejo de la enfermedad.

EN DETALLE: MANEJO DE LA ENFERMEDAD

(Click en "Disease management")

Interesantes consejos para el paciente a la hora de sobrellevar su dolencia. Se detallan métodos de rehabilitación, dieta y nutrición, ejercicios, calidad de vida, terapias alternativas y manejo del dolor.



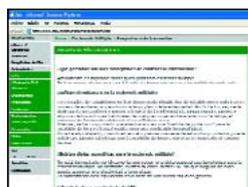
FUNDACIÓN ESCLEROSIS MÚLTIPLE
<http://www.fem.es>

La Fundación Esclerosis Múltiple (FEM), nacida a finales de 1989, tiene como objetivos mejorar la calidad de vida de los afectados por la enfermedad, fomentar la integración laboral de los afectados y potenciar la investigación.

En su Web, aparte de hablar de las características de la enfermedad, se ofrecen servicios de información y asesoramiento, rehabilitación integral especializada, formación, inserción laboral e investigación. Se pueden consultar publicaciones o acceder al Foro mediante un registro gratuito.

EN DETALLE: SOBRE LA ENFERMEDAD

(En la zona izquierda, apartados coloreados en verde)



Se explica de forma resumida qué es la esclerosis múltiple, sus síntomas, diagnóstico, pronóstico, evolución, tratamientos, investigación y preguntas frecuentes.

