



Entrevista

Dr. Pere Barceló García
"Veo esplendoroso el futuro
de la especialidad"

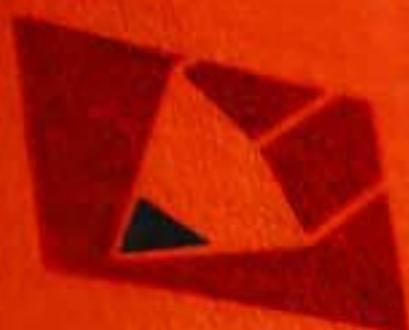


Congreso EULAR 2007

Los fármacos biológicos,
estrella del congreso

Síndrome del tunel carpiano





ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA
Y COMUNICACIÓN

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

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

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

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



ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN

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

Editor:

Dr. José Vicente Moreno Muelas

Consejo Asesor:

Dr. Josep Blanch i Rubió, Dr. Jordi Carbonell Abelló, Dr. Eliseo Pascual Gómez, Dr. Fco. Javier Paulino Tevar, Dr. Pere Benito Ruiz.

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.
EDICIÓN TECNICA 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:

Tintas&Papel S.L.

DEPÓSITO LEGAL M-42377-2005
SOPORTE VÁLIDO 18/03-R-CM

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

- Abbott ■ BMS ■ Gebro
- Ibáñez&Plaza ■ Nycomed
- Schering Plough ■ Wyeth

Una mala noticia y otra reconfortante

El Congreso EULAR 2007, entre otra mucha formación e información, ha dejado en el aire dos noticias de distinto signo. La "mala" es que todavía se tardará alrededor de medio siglo en llegar al meollo causal de la artritis reumatoide. La buena es que en el manejo de los síntomas de la enfermedad, e incluso en su control y remisión, se han producido y se seguirán produciendo avances espectaculares.

Ese "largo me lo fiáis" que sitúa en medio siglo el conocimiento de la etiología tiene que ver con la propia complejidad que se atribuye a los factores que intervienen en la AR. Como explicó el Dr. Juan Sánchez-Bursón en la rueda de prensa del congreso, estamos hablando de una enfermedad poligénica y todos sabemos que el genoma humano es todavía, en buena medida, un misterio. Cincuenta años se calcula que se tardará en "bautizar" a cada uno de los 30.000 genes que el Proyecto Genoma Humano

nos atribuye (aunque científicos escépticos consideran irrisoria esa cifra y la aumentan considerablemente). Al final sabremos (sabrán los que entonces puedan contarlos) quiénes están implicados en esta y otras patologías reumáticas invalidantes. Y de este modo los investigadores podrán enfocar las terapias hacia el origen mismo de la enfermedad.

Mientras llega ese momento, la ciencia seguirá afrontando la enfermedad desde el único flanco asequible por ahora, el de los síntomas, y mejorando los fármacos que pueden ser el ariete más eficaz para atacarlos. En este

sentido, y no por casualidad, los fármacos biológicos han sido el argumento estrella del evento reciente de Barcelona. Todos los estudios coinciden en subrayar el balance favorable que en su perfil presentan los binomios riesgo/eficacia y coste/beneficio. Es alentador, por ejemplo, conocer que la actividad de los anti-TNF no sólo controla el síntoma inflamatorio, sino que consigue interferir también en la actividad excesiva del osteoclasto, inhibiendo de este modo la destrucción de la articulación.

Eso sí, la coincidencia de los especialistas es unánime cuando apuntan a la necesidad de iniciar el tratamiento en fase temprana, para evitar que el daño en la articulación resulte irreversible. Del mismo modo que insisten en la necesidad de reducir los posibles efectos adversos de los fármacos y aumentar la calidad de vida de los pacientes.

Mientras se logra desentrañar el genoma humano, la ciencia debe enfocarse a mejorar la lucha frente a los síntomas

Los fármacos biológicos han sido el argumento estrella del congreso EULAR celebrado en Barcelona

**Entrevista**

Dr. Pere Barceló García
"Veo esplendoroso el futuro de la especialidad"

Congreso EULAR 2007

Los fármacos biológicos,
estrella del congreso

Nuestra Portada

El síndrome del túnel carpiano es una neuropatía por atrapamiento que ya padece el 3% en la población general y cuya frecuencia está aumentando en los últimos años por causas probablemente relacionadas con ciertos tipos de actividades y profesiones, como sería el caso del manejo del ratón del ordenador y otras posturas persistentes, repetitivas o forzadas. El Dr. José Luis Andreu ha desarrollado un excelente análisis de este trastorno, que reproducimos en la sección de reportaje. Temas destacados son, asimismo, la charla que mantenemos con el Dr. Pere Barceló García, ligado a la SER "desde siempre" y la información sobre el congreso de la EULAR, celebrado en Barcelona.

1 Editorial **Una mala noticia y otra reconfortante** El Congreso EULAR 2007, entre otra mucha formación e información...

3 Entrevista **Dr. Pere Barceló García**
Jefe de la unidad de reumatología Hospital Universitario Vall D'Hebrón

8 Congreso, EULAR 2007, Barcelona
Se tardará aún medio siglo en desentrañar la causa de la artritis reumatoide · Cuanto antes se inicie el tratamiento, menos daño irreparable

14 Reportaje
Síndrome del túnel carpiano
una neuropatía en aumento

24 Asociacionismo
Enfermedades "raras" Afectados por enfermedades "raras" denuncian la marginación en que se encuentran

25 Bibliografía comentada
AINES · Artritis reumatoide · LES · Psoriasis · Rehabilitación · Síndrome de sjögren

31 Los pacientes preguntan
Antiinflamatorios y tensión arterial · AINE y cáncer de colon · Tengo ciática. ¿Me debo operar?...

35 Noticias
Disminuyen los ingresos hospitalarios por fracturas de cadera en EEUU · El 70% de las prótesis de rodilla se relacionan con el peso y la obesidad · Los cambios estacionales pueden influir en los síntomas de la artritis reumatoide

36 Libros
Todo sobre la gota

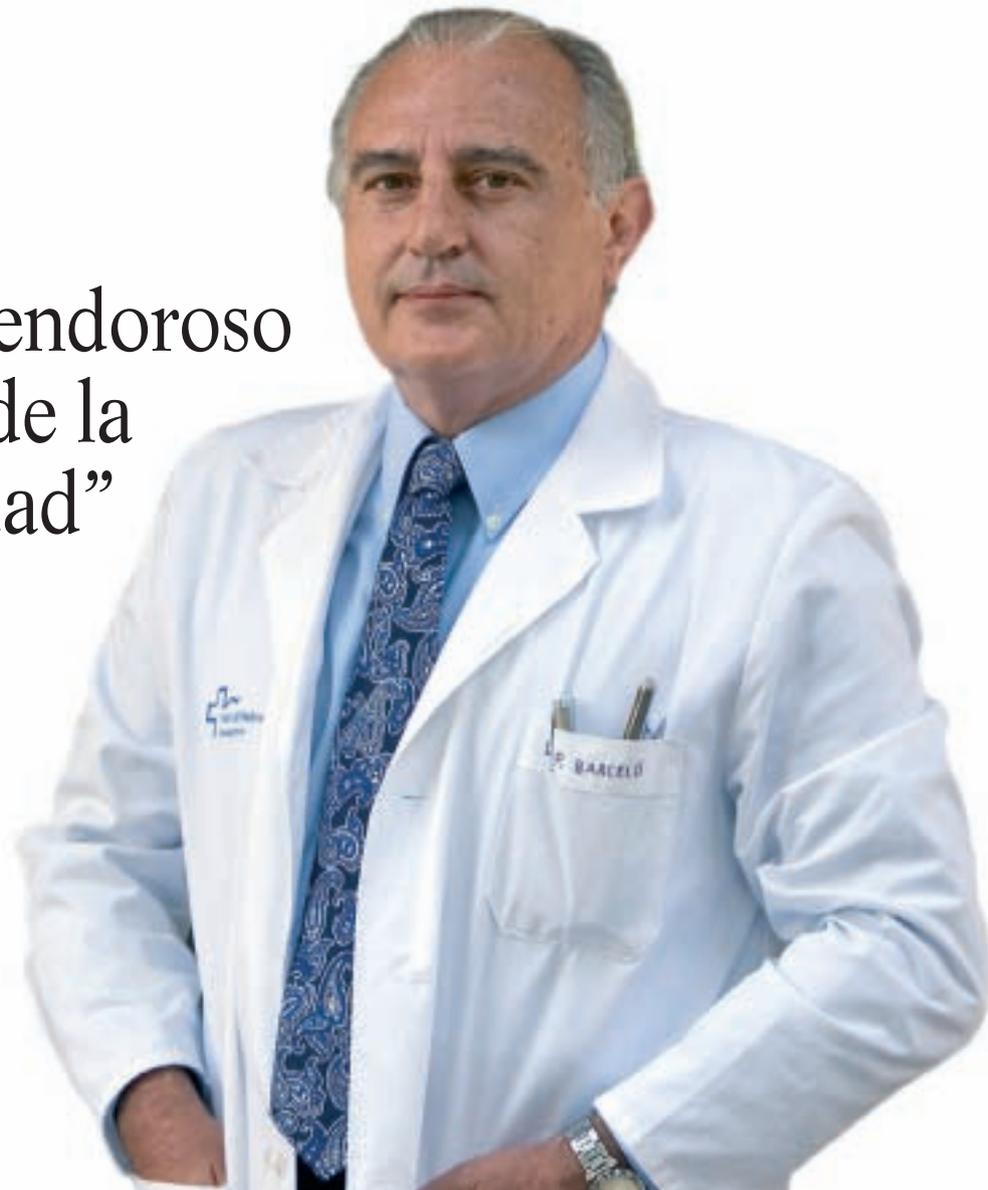
38 Humanidades
Escasa presencia de la reumatología en los exvotos españoles



DR. PERE BARCELÓ GARCÍA

JEFE DE LA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL UNIVERSITARIO VALL D'HEBRÓN

“Veo esplendoroso
el futuro de la
especialidad”



Texto Carmen Salvador

El Dr. **Pere Barceló García**

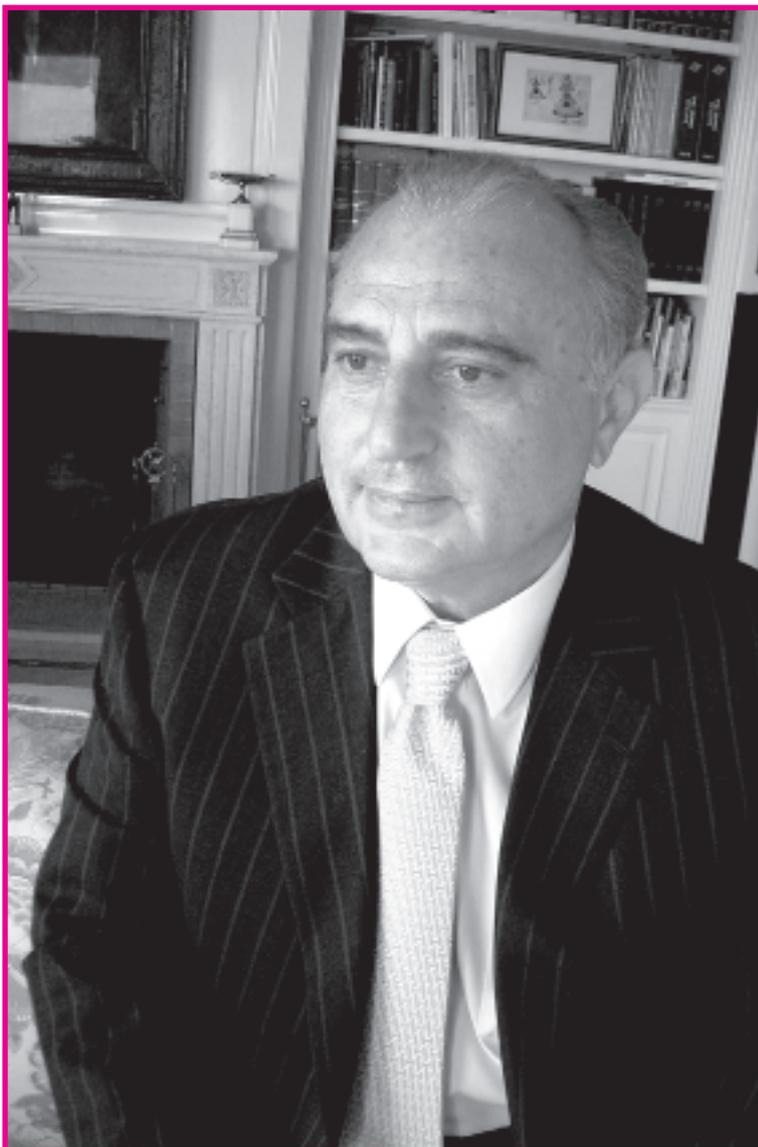
confiesa ser un hombre al que le gusta organizar, “y casi, casi, le diría que me gusta mandar”. Lo cierto es que esta forma de ser le ha ayudado a conseguir bastantes cosas de las que se ha propuesto. Notas extraordinarias en la carrera, presidente electo de la SER a los 37 años, presidente ejecutivo del XVIII Congreso de la ILAR (International League Against Rheumatism)... y en la actualidad jefe de la Unidad de Reumatología del Hospital Universitario Vall d'Hebrón.

Nacido en Barcelona hace 56 años -su padre, Pere Barceló Torrent, fue quien fundó la SER en el año 51- pero con antecedentes familiares del Ampurdán y de San Esteban de Gormaz, en Soria. Mucho se le tiene que haber pegado de estas tierras catalanas (románico, Dalí...) , y de las castellanas (tierras de El Cid), sin olvidar los veranos en Ibiza desde muy joven "cuando se podía ir a Ibiza". Agítese todo ello, con muchísimos más ingredientes, por supuesto, y tendremos a un destacado reumatólogo, al que le gusta la radiología, rodearse del mejor equipo, que distingue las aficiones de las obsesiones, y que disfruta de la vida.

LA IMAGEN APLICADA AL DIAGNÓSTICO

-Acaba de celebrarse el Curso de Imagenología, organizado por su Unidad, con cerca de 600 reumatólogos de numerosos países y unos ponentes de gran categoría científica y profesional. ¿Satisfecho?

-Desde luego. Han sido tres días en los que hemos visto todo lo que los reumatólogos estábamos interesados en ver. La primera vez que el doctor Donald S. Resnick acudió a nuestra llamada en el año 90 -Auditorio de Banca Catalana en Barcelona- muchos reumatólogos veíamos por primera vez imágenes de resonancia magnética. Fue impactante y nos dimos cuenta de lo que se nos avecinaba. Este curso no ha sido tan novedoso como en aquella ocasión, afortunadamente, porque eso quiere decir que la especialidad en España está a buen nivel. Los métodos diagnósticos aplicados actualmente de forma rutinaria en el análisis de los tras-



tornos musculoesqueléticos incluyen no solo las radiografías convencionales, sino TC, RM, ecografías, gammagrafías, artrografías... La gran aportación de la imagenología es que nos ofrece la posibilidad de acercarnos mucho más a la imagen real, nos permite "ver" de forma tridimensional realmente la erosión o cualquier alteración.

Pero las técnicas de imagen van mucho más allá -añade- "la estamos utilizando para el control

de ciertos tratamientos. Por ejemplo, una artritis reumatoide de inicio, con tratamiento biológico. Podemos ver en una resonancia cómo está cualquiera de las articulaciones, y repetir la imagen después de varios meses, un año. Ver si han aparecido o no lesiones, si ha disminuido el líquido sinovial, etc. Hacer un seguimiento muy cercano para conocer si el tratamiento va bien o no está dando resultados. Y no sólo eso, estas técnicas también nos ayudan

Durante su mandato en la SER (90-92), la Sociedad adquirió estabilidad, se hizo el primer manual de enfermedades reumáticas, el primer curso de residentes y el banco de imágenes

en tratamientos como infiltraciones, realizar biopsias...”

Señala que la resonancia magnética es tan útil que los fabricantes están intentando hacer modelos portátiles: “Nos preocupa que pueda disminuir la calidad de la imagen, algo fundamental para el mejor diagnóstico.”

-¿Se hace un uso racional de estas pruebas complementarias?

- Nunca se debe sustituir la historia clínica y la semiología por una prueba complementaria de estas características. No debería haber pruebas negativas, o las menos posibles; es cierto que todos hemos caído en ello alguna vez, porque es más rápido encargar una prueba, pero también son pruebas muy caras, tanto los aparatos como el personal que interviene en ellos.

NACIDO CON LA SER

El padre del doctor Barceló -Pere Barceló Torrent- fundó en Barcelona el Centro Nacional de Enfermedades Reumáticas, “en la época que aún había fiebre reumática, esa que “lame las articulaciones y muerde el corazón”, como dicen los manuales. Época en la que cardiólogos y reumatólogos trabajaban en la misma patología”. En el año 1951, junto al profesor Dr. Agustín Pedro Pons, y al profesor Dr. Gregorio Marañón, fundó la Sociedad Española de Reumatología.

¡Quién le iba a decir al doctor Barceló padre que su hijo, que había nacido el mismo año que la SER, terminaría siendo el presidente electo más joven, con 37 años!

En la junta directiva del doctor Barceló se encontraban los doctores Emilio Martín Mola como tesorero, Eliseo Pascual como presidente electo, nuestro estimado y recordado Armando Laf-

fón como vocal y Cayetano Alegre como secretario general.

Recuerda su llegada a Madrid como presidente de la SER, y la modesta oficina alquilada en el Consejo General de Colegios Médicos: “Llegué con mi ego muy desarrollado y le dije al bedel, todo un personaje, “soy el nuevo presidente”. Me llevó hasta una sala pequeña, donde hasta la mesa era alquilada, con dos cajas de cartón con documentación y me dijo: “Doctor, aquí tiene su sede”.

“Nunca se debe sustituir la historia clínica y la semiología por una prueba de imagen complementaria”

“Esa fue la primera en la frente, la segunda vendría con el banco. El doctor Martín Mola como tesorero y yo nos fuimos a la oficina donde la SER tenía su cuenta, en aquel entonces en números rojos. Cuando terminó nuestra candidatura dejamos en la cuenta 15 millones de pesetas.”

“Con aquella junta se realizaron los primeros cursos de residentes, el primer manual de enfermedades reumáticas, el banco de imágenes, se consiguió mayor presencia de la SER en eventos internacionales, tuvimos la primera secretaria a tiempo parcial y una máquina de escribir que utilizaba “floppy disks”. Si uno se pone a pensar en ello, sólo han pasado quince años, y hay que ver lo que ha conseguido en este tiempo la Sociedad.”

-¿Cómo ve el futuro de la reumatología?

-Lo veo magnífico, y mucho más cuando las administraciones sanitarias empiecen a asimilar que los reumatólogos somos los médicos que tratamos las enfermedades con sintomatología del aparato locomotor como médicos, no como cirujanos... Esplendoroso de cara al reumatólogo, y también de cara a los pacientes, que ya se están beneficiando del progreso de las investigaciones, en especial con los fármacos biológicos, aunque aún tenemos enfermedades pendientes, como la artrosis.

UN JEFE ATÍPICO

-Vayamos a la Unidad de Reumatología del Hospital Universitario Vall d’Hebrón. ¿Cómo llegó a este hospital, ya que no procedía de la sanidad pública?

-En 2001 me llamó el profesor Dr. Miquel Villardel, porque el doctor Enrique Lience se había acogido a una jubilación voluntaria. Quería que le ayudara a montar la estructura de la Unidad. En aquel momento las terapias biológicas estaban cambiando el panorama de las enfermedades reumáticas, y comprendí que se avecinaban unos años de gran movilidad científica en la especialidad. Y además, era la sanidad pública: un reumatólogo sólo en su consulta privada hoy en día no puede tener una estructura que aguante la marcha de la especialidad. La Unidad se formó con los especialistas que ya había, la doctora Cristina Arnal, el doctor Xavier Sans, la doctora Sara Marsal, el doctor Agustí Sellas y especialistas que venían del Centro Nacional de Enfermedades Reumáticas, como el doctor Cayetano Alegre. A partir de

“Al referirnos a la fibromialgia, deberíamos acostumbrarnos a hablar de dolor crónico no maligno”

“Nuestra especialidad está influyendo, por ejemplo, en los cirujanos cardíacos, que han dejado de operar las alteraciones que ocasionaba la fiebre reumática”



ahí se ha ido desarrollando. Cuenta con Unidades de artritis reumatoide, espondiloartritis, osteoporosis, incluso de fibromialgia.

-No todos los centros tienen una Unidad de Fibromialgia...

-La lleva el doctor Cayetano Alegre, muy interesado por el tema. Se trata de una enfermedad, o síndrome multifactorial. Deberíamos acostumbrarnos a hablar de dolor crónico no maligno, que abarcaría una concepción más amplia y más cerca de la realidad y que a los enfermos no les daría tanta sensación de angustia estar catalogados de algo que no sabemos muy bien catalogar.

El Dr. Barceló García se considera un jefe atípico. “Soy un hombre al que le gusta organizar, y casi, casi le diría que me gusta

mandar. Siendo jefe de una Unidad como ésta, no quiero que alguien me recrimine algún día que no le he dejado desarrollar su actividad. Lo dije desde el principio: yo estoy aquí para ayudar, para homogeneizar en la estructura interna de la Unidad, para que cada uno se desarrolle personal, científica y socialmente según lo que él quiera desarrollarse, dentro de ese orden más o menos establecido de una homogeneidad de la Unidad. En ese sentido creo que soy un jefe atípico”.

Reconoce que para que todo vaya bien también se necesita contar con un buen equipo. “Y si son los mejores, mucho mejor. Estoy encantado de tener gente que me supera en muchas facetas.”

Si es un jefe atípico, también es un entrevistado atípico. Me ha sobrado prácticamente todo el

cuestionario -no encontraba huecos para hacer las preguntas-, pero no importa, porque es una buena “materia prima” con la que se podrían hacer muchas entrevistas.

Habla de alguno de sus libros, de cómo el Centro Nacional de Enfermedades Reumáticas desapareció -la parte física, no humana- para transformarse en una rotonda durante los Juegos Olímpicos, de cómo convencieron al banco (en aquel entonces Banca Catalana) que llevaba los asuntos de la SER de que terminarían siendo algo importante, o que algún día le gustaría escribir un libro contando lo que la reumatología ha aportado a la medicina interna.

Hace reflexiones de cómo la especialidad está influyendo, por ejemplo, en los cirujanos cardíacos

**Para que todo vaya bien también se necesita contar con un buen equipo.
“Y si son los mejores, mucho mejor”**

cos; "Han dejado de operar las alteraciones que ocasionaba la fiebre reumática, y dentro de unos años se harán menos intervenciones sustitutivas articulares debidas a la artritis."

MARINERO EN TIERRA

El doctor Barceló ha navegado durante 30 años, sobre todo por las costas baleares. "El barco implica un gran esfuerzo personal y de tiempo. Ahora, desde hace dos años, soy marinero en tierra."

Como muchos, también probó el golf, "hasta que me di cuenta que era una obsesión y lo dejé. Prefiero las aficiones a las obsesiones". Desde hace unos años pasa más tiempo en la Cerdanya, una zona paradisíaca de Cataluña, donde ha encontrado otros placeres, "como mancharme las manos con la tierra del huerto".

-¿Volvería a ser presidente?

-No. Un cargo así requiere dedicarle dos años de tu vida, o más, de manera altruista abando-

nando otras tareas. Además, la SER es hoy una empresa con una facturación de varios millones de euros, que requiere un mayor esfuerzo que cuando yo fui presidente. La Sociedad ahora tiene que tener un equipo gestor muy importante. Me encuentro cómodo siendo patrón de la Fundación Española de Reumatología, y desde ese cargo creo que aún puedo aportar ilusión y entusiasmo por el bien de nuestra especialidad.

Curso de **imagenología** en reumatología

Organizado por la Unidad de Reumatología del Hospital Vall d'Hebrón de Barcelona (Dr. Pere Barceló García), y coordinado por el Dr. Donald S. Resnick (Department of Radiology, UCSD Medical Center San Diego), se celebró en Sitges, del 11 al 13 de junio, el "Course on imaging in rheumatic diseases".

Según el doctor Pere Barceló, un curso de estas características era necesario, "porque la imagen en reumatología es una de las pruebas complementarias que los reumatólogos utilizamos con más frecuencia. La presencia del doctor Resnick era fundamental; todos los reumatólogos hemos leído sus libros, manuales de consulta en todos los servicios de la especialidad".

Señala que el programa científico estuvo muy bien escogido, "teniendo en cuenta las diferentes concepciones americana y europea". Además del doctor Resnick, el Curso contó con destacados especialistas, como la doctora Barbara



Weissman (Brigham and Women's Hospital Harvard University Boston), el doctor Murray K. Dalinka (University of Pennsylvania), y el doctor Jeremy J. Kaye (Vanderbilt University Medical Center).

Durante el Curso se hizo un repaso "de todo aquello que los reumatólogos estábamos interesados en ver. Las nuevas generaciones de residentes -señala el doctor Barceló- tienen una formación deficitaria en imagenología. Creo que la SER debe contar con un curso de esta materia para los residentes de 3º y 4º año. Ya nos lo

han pedido y creo que la Unidad de Reumatología del Vall d'Hebrón puede asumir esta faceta de formación continuada, al igual que otros centros de otras Comunidades tiene otros cursos".

Al "Course on imaging in rheumatic diseases", que contó con la colaboración de Schering Plough y Wyeth, asistieron cerca de 600 reumatólogos, la mitad de ellos españoles y la otra mitad de numerosos países del continente europeo y Latinoamérica, pero también de países como Malasia, Arabia Saudí, Australia...

Las nuevas generaciones de residentes -señala el doctor Barceló- tienen una formación deficitaria en imagenología

PESE A LOS AVANCES ESPECTACULARES EN EL MANEJO DE LOS SÍNTOMAS

Se tardará aún medio siglo en desentrañar la causa de la artritis reumatoide

A l ser la artritis reumatoide una enfermedad poligénica, calculamos que al menos hasta el año 2050 no podremos conocer la causa exacta que desencadena la reacción inflamatoria del sistema inmune. Es decir, los avances en este sentido van a ir paralelos a los hallazgos que se irán realizando en el laberinto del genoma humano." Así se expresó el jefe de la Unidad del Aparato Locomotor del Hospital

Universitario Valme, en Sevilla, Dr. Juan Sánchez-Bursón, en la rueda de prensa del VIII Congreso Anual Europeo de Reumatología EULAR 2007, que acaba de concluir en Barcelona, tras haber servido de foro científico a 15.000 personas.

Junto a esta opinión pesimista, el Congreso ha analizado los espectaculares avances en el tratamiento de la enfermedad, especialmente en el terreno de los fármacos biológicos. A este respecto el Dr. Josef Smolen (Hos-

pital Universitario de Viena), que intervino en el simposio organizado por Abbott Laboratories, destacó que la actual pauta que combina un anti-TNF con el clásico metotrexato no sólo inhibe la inflamación, sino que es hoy la terapia más eficaz para controlar la destrucción de la articulación.

En la actualidad la artritis reumatoide afecta a unas 250.000 personas en España (el 0,5% de la población). El tratamiento basado en terapias biológicas ya es seguido



Especialistas participantes en la rueda de prensa del congreso: Dres. Luis Morillas, Manuel Alejandro Guzmán, Javier Rivera, Josep Blanch, José Vicente Moreno y Juan Sánchez-Burson.

por 30.000 personas en nuestro país y por más de 1,5 millones de pacientes en todo el mundo.

FACTORES DE RIESGO Y MEJORA

El Congreso EULAR ha subrayado una vez más datos ya conocidos sobre factores de riesgo de AR, como el tabaco, el bajo nivel educativo y una mayor tolerancia a la glucosa. Asimismo ha aportado novedades como que esta enfermedad mejora significativamente durante el embarazo y que

Los fármacos biológicos, tema estrella del Congreso EULAR 2007 en Barcelona

tal mejoría se produce especialmente del primer al tercer trimestre de gestación, según un estudio realizado sobre 124 mujeres embarazadas, pacientes de artritis reumatoide. La mejora de esta dolencia se produjo en un 40% de las pacientes. Además, en el 64% de los casos la patología se mostró estable o con ligeras mejorías. Según recordó presidente de la SER y presidente del comité organizador local del congreso, Dr. Josep Blanch, "la

logía la mujer tiene peor pronóstico que el hombre debido a que las manifestaciones de los síntomas en varones es más evidente que en mujeres, por lo que en ellas el diagnóstico es más tardío.

En relación con un estudio que atribuye al alcohol efectos beneficiosos frente a la AR, el presidente de la Sociedad Española de Reumatología comentó que tal hallazgo debería confirmarse con más ensayos clínicos, "ya que el abuso de alcohol está asociado con un gran número de problemas relacionados con la salud".

REMISIÓN DE LA ARTRITIS CON ABATACEPT

El 18,7 por ciento de los enfermos tratados con abatacept consiguieron remisión de la artritis reumatoide al año de la terapia, según los datos de un ensayo clínico presentado en el marco del VIII Congreso EULAR. Además, las conclusiones indican que abatacept (Orencia), nuevo fármaco aún no comercializado en España para el tratamiento de la artritis reumatoide, permite al resto de los pacientes, al menos, mantener su estado.

Un total de 431 enfermos con respuesta inadecuada al metotrexato que no habían sido tratados con anti-TNF participaron en el estudio. Fueron distribuidos en

tres grupos para recibir abatacept, el anti-TNF infliximab o placebo durante 12 meses. El 35,3% de los pacientes tratados con el abatacept mostraron una baja actividad de la enfermedad y el 18,7% logró la remisión de la artritis reumatoide. Del grupo que recibió anti-TNF, el 22,4% de los pacientes logró que la activi-

dad de la enfermedad fuera baja y el 12,2% mejoró su estado.

El ensayo clínico, que también analizó el perfil de seguridad y tolerabilidad, concluyó que abatacept es incluso mejor tolerado que placebo.

AVANCE ESPERANZADOR PARA LA FIBROMIALGIA

En cuanto a proyectos en marcha sobre manejo de las enfermedades reumáticas, merece destacarse por su novedad el que promue-

Sólo el 30% de los pacientes responde de forma satisfactoria a los tratamientos

ve la SER en el terreno de la fibromialgia, trastorno que afecta a casi un millón de personas en España. Se trata del desarrollo de un biochip que, a partir de una muestra de sangre, determinará la predisposición genética a padecer esta enfermedad. El biochip estaría disponible el próximo año 2008.

Actualmente, sólo el 30% de los pacientes de fibromialgia responde de forma satisfactoria a los tratamientos, basados especial-

“La actual pauta que combina un anti-TNF con el clásico metotrexato es hoy la terapia más eficaz para controlar la destrucción de la articulación” (Dr. Josef Smolen)

artritis reumatoide es una enfermedad de mujeres jóvenes; de hecho un 70% de los afectados son mujeres". Sobre esta mejoría constatada durante el embarazo, el Dr. Blanch señaló que aún no se conocen concretamente las causas.

Por otra parte, los expertos han destacado que en esta pato-

mente en fármacos antidepresivos, anticonvulsivantes, analgésicos e hipnóticos. Las nuevas terapias para la fibromialgia, en cambio, se centrarán en el desarrollo de fármacos que actúan sobre los neurotransmisores cerebrales, normalizando sus niveles, y estarán disponibles para los pacientes en uno o dos años.

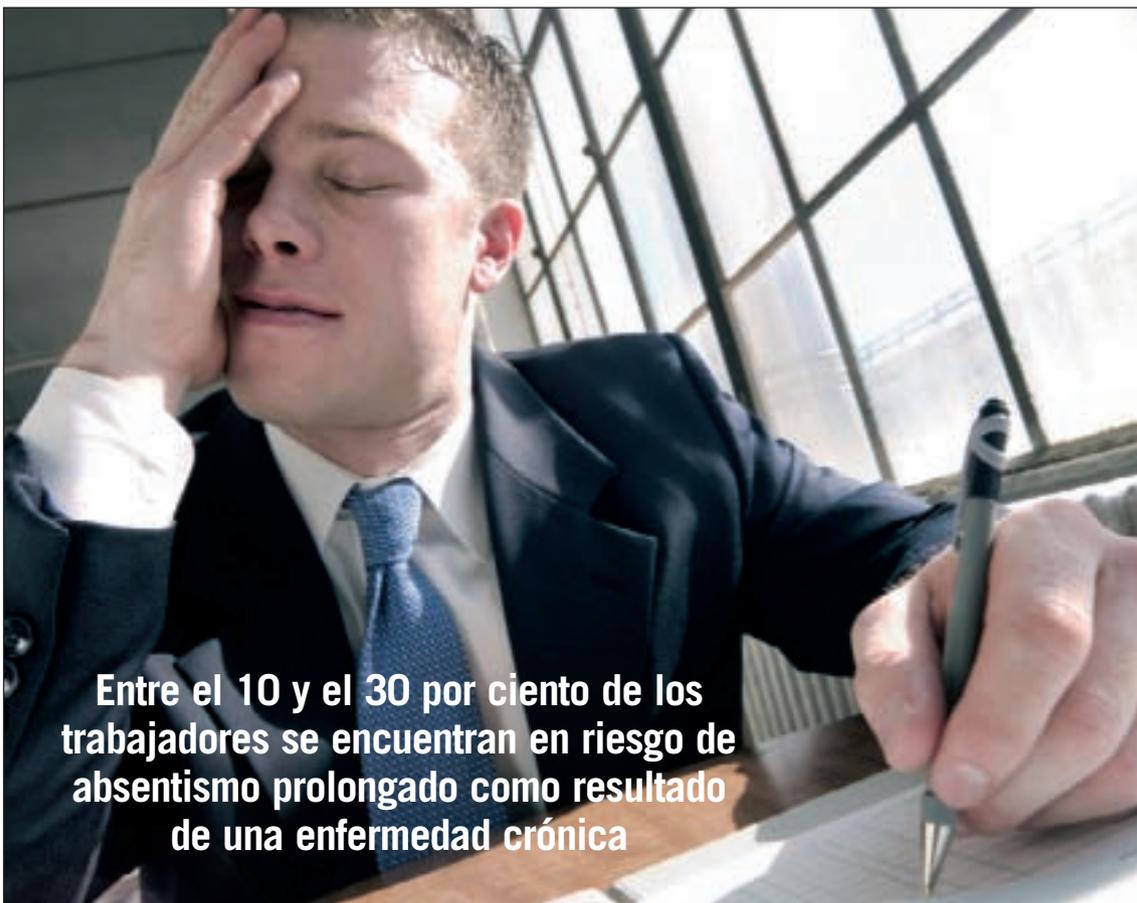
Cuanto antes se inicie el tratamiento, menos daño irreparable

El VIII Congreso Anual Europeo de Reumatología EULAR 2007, donde los fármacos biológicos para la artritis reumatoide (AR) han sido protagonistas destacados, ha puesto el acento en la necesidad de iniciar el tratamiento de manera precoz para atajar el proceso

destrutivo irreparable de la AR y, al mismo tiempo, por razones de coste eficacia. En este sentido los expertos han destacado las ventajas del anticuerpo monoclonal adalimumab, único anti-TNF de diseño totalmente humano y primero autoadministrable mediante pluma precargada, por el aho-

rro importante que supone para las economías, en términos de mayor productividad y reducción de bajas laborales.

A este respecto, en el simposio organizado por Abbott Laboratories, el Dr. Paul Emery (director clínico de Reumatología en el Teaching Hospital' Trust de Leeds,



Entre el 10 y el 30 por ciento de los trabajadores se encuentran en riesgo de absentismo prolongado como resultado de una enfermedad crónica



Dr. Juan Cañete



Dr. Xavier Juanola

GB) aportó los datos más recientes del estudio PROWD (Prevention of Work Disability). Los resultados de este estudio indican que la combinación de adalimumab + metotrexato (MTX) reduce a menos de la mitad las bajas laborales debidas a la AR y las pérdidas de tiempo de trabajo en pacientes con AR temprana, en comparación con MTX solo (8,6 vs 18,4). Estos datos, según del Dr. Paul Emery, avalan ampliamente el uso temprano de adalimumab, al poner de relieve el beneficio potencial del binomio coste/eficacia de este enfoque terapéutico.

En el mismo simposio el Dr. Josef Smolen, presidente de la Sociedad Austriaca de Inmunología, se refirió al proceso inflamatorio ligado a la destrucción del

hueso. En este sentido “la inhibición de la expresión mediada por TNF no sólo controla la inflamación, sino que interfiere también en la actividad excesiva del osteoclasto, inhibiendo de este modo la destrucción de la articulación”. Además diversos ensayos clínicos han demostrado que los anti-TNF pueden actuar separadamente sobre el daño articular y la inflamación, de manera que la destrucción puede ser detenida incluso en pacientes que continúan padeciendo enfermedad activa. “Una terapia temprana y eficaz reducirá el perjuicio de la función física ligado a la actividad y evitará la acumulación de daño articular y la consiguiente incapacidad irreversible.”

El Dr. Ronald van Vollenhoven (profesor de Reumatología en el

Instituto Karolinska, Estocolmo) se refirió a las bases de datos mundiales que analizan los estudios y registros sobre tratamiento con fármacos biológicos, entre ellos el español BIOBADASER. “El contenido de estas amplias bases de datos han aportado importantes ideas acerca de la vida real del paciente, que nos ayudan a clarificar mejor el perfil beneficio/riesgo de los agentes anti-TNF y optimizar los resultados en pacientes con trastornos reumáticos inflamatorios.”

EFICACIA EN TERAPIA MÁS PRECOZ Y EN RESCATE

Para el Dr. Juan Cañete (Hospital Clínic de Barcelona) cada vez hay razones más sólidas para defender una terapia más precoz con fármacos biológicos “para

Adalimumab supone un importante ahorro para las economías, en términos de mayor productividad y reducción de bajas laborales



prevenir el daño articular y, con ello, la discapacidad del paciente". En el mismo sentido se ha pronunciado el Dr. Xavier Juano-la (Hospital Universitario de Bellvitge), quien además constata: "Es claro que los pacientes en remisión clínica con adalimumab más metotrexato consiguen inhibir la progresión radiológica, mientras que el daño continúa en quienes sólo reciben metotrexato."

Los especialistas han destacado asimismo, la elevada respuesta, por encima del 60%, de los pacientes que han recibido adalimumab tras haber fracasado con otros fármacos biológicos, tanto en artritis reumatoide como en artritis psoriásica y espondilitis anquilosante. El Dr. Juano-la plantea como explicación el hecho de que el anticuerpo adalimumab sea 100 por 100 humano en su composición.

“El tratamiento con Humira permite a los pacientes ser más productivos tanto en el hogar como en el puesto de trabajo”

MEJORA DE LA PRODUCTIVIDAD LABORAL

En la rueda de prensa internacional organizada por Abbott se insistió en el impacto socio-económico que una enfermedad crónica como la AR provoca en la productividad laboral. En la actualidad el 14 por ciento de los europeos en edad laboral acusan incapacidad o problemas de salud crónicos; entre el 10 y el 30

por ciento de los trabajadores se encuentran en riesgo de absentismo prolongado como resultado de una enfermedad crónica; los gastos nacionales por enfermedad e incapacidad suponían el 2,4 por ciento del PIB en los países desarrollados en 2004, aproximadamente el doble de lo que se destinaba a subvenciones por paro laboral.

Ante esta dramática realidad, los expertos han destacado el positivo balance coste/eficacia de los fármacos biológicos y, como en el caso de adalimumab, su importante impacto en la mejora de la productividad. "Los datos de los ensayos clínicos al respecto indican que el tratamiento con Humira permite a los pacientes ser más productivos tanto en el hogar como en el puesto de trabajo", subrayó el Profesor Paul Emery en la rueda de prensa.



ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA
Y COMUNICACIÓN

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

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

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

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



ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN

DR. JOSÉ LUÍS ANDREU

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA.

HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO. MADRID.

PROFESOR ASOCIADO. UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID.

Síndrome del túnel carpiano: una neuropatía en aumento

El síndrome del túnel carpiano (STC) es la neuropatía por atrapamiento más frecuente. Se debe a la compresión del nervio mediano a su paso por el túnel carpiano en la muñeca y se manifiesta por dolor, hormigueos y pinchazos en las manos de predominio nocturno. El STC es un proceso relativamente frecuente, con

una prevalencia que alcanza al 3% en la población general. Algunos estudios epidemiológicos recientes sugieren que su frecuencia está aumentando en los últimos años por causas todavía no bien conocidas pero verosímelmente relacionadas con ciertos tipos de actividades y profesiones.

El nervio mediano, a su paso por la muñeca, atraviesa un estrecho túnel formado por los pequeños huesos del carpo y un poderoso ligamento que forma el techo del túnel. El nervio mediano no está solo en el túnel y ha de compartir tan estrecho pasadizo con los poderosos tendones flexores de los dedos. Una desproporción entre continente y contenido del túnel carpiano eleva la presión dentro del mismo y se dificulta el riego sanguíneo al nervio mediano. Esta falta de riego mantenida conduce a la lesión progresiva del nervio y a la aparición de las molestias típicas del STC.

En ocasiones es posible deter-

Las sensaciones molestas se describen frecuentemente como hormigueos, pinchazos, quemazón o acorchamiento

minar las causas del STC -aparecen resumidas en la tabla 1-, pero la mayoría de las veces el STC es idiopático, es decir, sin causa aparente. Se sabe que los trabajos manuales repetitivos y utilizando

la fuerza, como, por ejemplo, los carniceros, predisponen a la aparición de un STC, hasta alcanzar el 15% de dicha población laboral. Los pacientes con un índice de masa corporal igual o superior a 27 también presentan con mayor frecuencia un STC, que frecuentemente es bilateral. Las mujeres se afectan en una proporción de dos a cinco veces más que los hombres. La edad más frecuente de aparición del STC es a partir de los 55 años. En más del 80% de los pacientes la enfermedad acaba siendo bilateral.

SÍNTOMAS Y SIGNOS

El STC se manifiesta fundamentalmente por dolor y sensaciones



extrañas y molestas en la palma de la mano, fundamentalmente en dedos pulgar, índice, corazón y en la mitad del anular más cercana al dedo corazón. Las sensaciones molestas se describen frecuentemente como hormigueos, pinchazos, quemazón o acorchamiento. Es muy típico el agravamiento nocturno de las molestias y su alivio al sacudir energicamente las manos. Si la lesión del nervio mediano progresa, se afecta su función motora y aparece debilidad y atrofia de los músculos de la mano.

El reumatólogo utiliza algunas maniobras en la exploración física para intentar demostrar la presencia de un STC. Una de ellas es

Es muy típico el agravamiento nocturno de las molestias y su alivio al sacudir energicamente las manos

dar golpecitos sobre el nervio mediano a la altura del túnel carpiano. A esto se lo llama "signo de Túnel" y se considera positivo cuando la percusión desencadena las molestias (Figura 1). Otra maniobra frecuentemente utiliza-

da es la maniobra de Phalen, que consiste en mantener en flexión forzada la muñeca durante algún tiempo para aumentar la presión dentro del túnel y conseguir desencadenar las molestias del paciente (Figura 1). En los casos avanzados, puede perderse la sensibilidad al dolor y atrofia de las zonas inervadas por el nervio mediano, así como debilidad para la separación del pulgar y la oposición del pulgar.

DIAGNÓSTICO CON ESTUDIOS NEUROFISIOLÓGICOS

Salvo que otros signos o síntomas orienten hacia alguna enfermedad concreta, no hay que solicitar una batería de exploraciones ana-

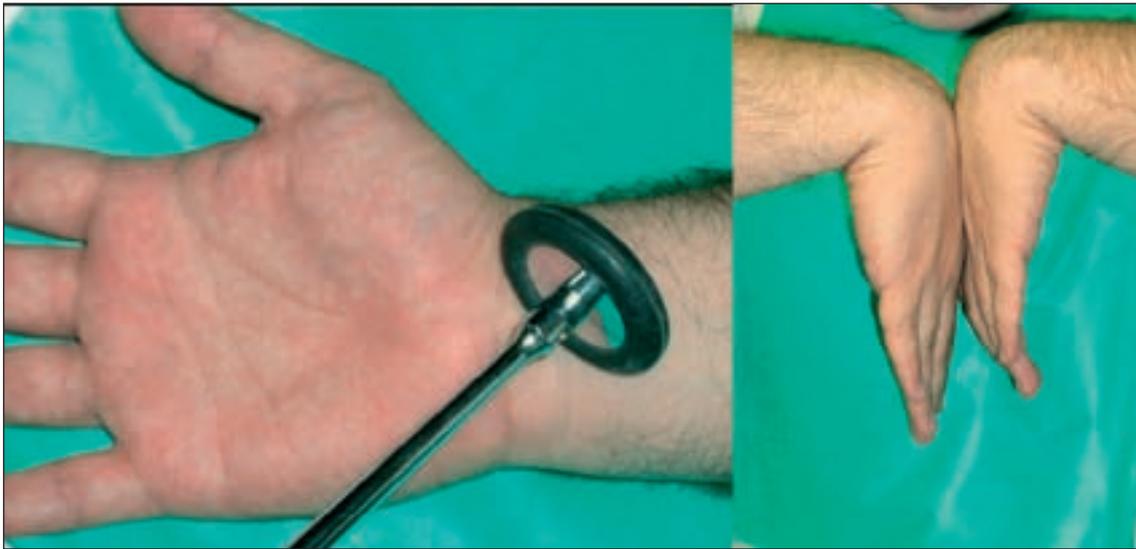


FIGURA 1. Signo de Tinel (panel izquierdo) y maniobra de Phalen (panel derecho).

líticas específicas. La radiología simple, salvo en el caso de que exista una sospecha de patología local, tampoco está indicada de rutina, ya que no suele aportar información útil.

El diagnóstico definitivo del STC se realiza mediante los estudios neurofisiológicos, que permiten determinar la función de conducción de los estímulos nerviosos, tanto motores como sensitivos, del nervio mediano a su paso por el túnel carpiano. El estudio neurofisiológico también permite determinar la gravedad de la lesión funcional del nervio, lo que puede ser de utilidad para decidir el tratamiento más adecuado en cada paciente.

Recientemente se ha puesto de manifiesto que la ecografía del nervio mediano a nivel del túnel carpiano realizada por el reumatólogo en la propia consulta es una prueba útil para el diagnóstico de la enfermedad, pues el aumento de tamaño del nervio muestra una excelente correlación con la demostración neurofisiológica de la existencia de un STC. Asimismo, la ecografía podría informar también acerca de la presencia de lesiones locales implicadas en el desarrollo del STC.

Otras exploraciones que pueden aportar información sobre lesiones locales son la tomografía computarizada y la RM, aunque su utilización debe ser decidida por el reumatólogo atendiendo a las peculiaridades de cada caso paciente.

TRATAMIENTO DEL STC

En primer lugar siempre debe procurarse tratar adecuadamente la enfermedad de base, evitar actividades o posturas que desencadenen o incrementen los síntomas.

a moderada de corta duración. El procedimiento es muy sencillo y puede realizarse en la propia consulta del reumatólogo (Figura 2). Las infiltraciones locales de corticoides producen una mejoría clínicamente significativa frente a placebo un mes después de la infiltración. Las tasas de recurrencia de los síntomas pueden variar del 8% al 100%. En nuestro reciente estudio controlado y aleatorizado, demostramos una respuesta terapéutica

La ecografía del nervio mediano a nivel del túnel carpiano realizada por el reumatólogo es una prueba útil para el diagnóstico de la enfermedad

La segunda medida terapéutica es la utilización de férulas para mantener la muñeca en posición neutra. En los pacientes que lo toleran, se ha comprobado que los resultados son más satisfactorios utilizando continuamente la férula, en vez de solamente durante el descanso nocturno.

El tratamiento mediante infiltraciones locales de corticoides tradicionalmente se ha reservado para pacientes con patología leve

similar de la infiltración local frente a la descompresión quirúrgica, tras un año de seguimiento.

El tratamiento quirúrgico se suele reservar para los casos que no responden a medidas conservadoras y ante lesiones neurológicas progresivas o persistentes, o atrofia muscular. La cirugía debe ser realizada sin demora ante una atrofia de la musculatura o cuando existe alteración del potencial

En un estudio demostramos una respuesta terapéutica similar de la infiltración local frente a la descompresión quirúrgica, tras un año de seguimiento

evocado motor en el estudio neurofisiológico.

El procedimiento quirúrgico convencional para aquellos pacientes con STC que no responden al tratamiento conservador consiste en la escisión del retináculo flexor para liberar la

compresión del nervio mediano. Es un procedimiento sencillo y fiable. Puede realizarse de forma ambulatoria, con anestesia local o regional, y proporciona buenos resultados con pocas complicaciones. Las incisiones quirúrgicas clásicas afectan a la palma,

muñeca y antebrazo distal. Presenta numerosas ventajas, tales como permitir la visualización directa de todas las estructuras anatómicas, con confirmación de la liberación, permite identificar anomalías y condiciones patológicas en el túnel carpiano.

Tabla 1. Procesos asociados al STC

Lesiones ocupantes de espacio	Ganglión Hemangioma Osteoma osteoide Lipoma Hipertrofia del ligamento del anular anterior del carpo (familiar) Músculos anómalos
Enfermedades reumatológicas inflamatorias	Artritis reumatoide Esclerosis sistémica Polimiositis Dermatomiositis Polimialgia reumática
Artritis microcristalinas	Gota Condrocalcinosis
Enfermedades endocrino - metabólicas	Diabetes mellitus Mixedema Acromegalia
Infecciones	Osteomielitis
Ocupacionales	Músicos Carniceros Herramientas con vibración
Yatrógenas	Hematoma Flebitis
Miscelánea	Embarazo Anticonceptivos orales Amiloidosis secundaria Fracturas Diálisis Artrosis Mieloma múltiple
Hereditarias	Amiloidosis familiares Pleosteosis de Leri Parálisis familiar



FIGURA 2. La infiltración local con glucocorticoides es un procedimiento práctico y eficaz para tratar el síndrome del túnel carpiano leve o moderado.

La complicación más frecuente es la aparición de cicatrices hipertróficas o dolorosas, ya que la incisión tiene el inconveniente de cruzar el pliegue de la muñeca. La causa más común de fracaso es la liberación incompleta del retináculo flexor, sobre todo en su porción distal. Para disminuir la morbilidad asociada a la cicatriz se han descrito incisiones más pequeñas. La incisión modificada más habitual es longitudinal, de 2 a 3 cm, en línea con el eje del 4º dedo. Se pretende combinar la simplicidad y seguridad de la técnica convencional abierta con las teóricas ventajas del

trauma quirúrgico reducido y la baja morbilidad postoperatoria de la liberación endoscópica.

La técnica de liberación endoscópica del STC se ha desarrollado con la idea de producir un menor trauma quirúrgico y una recuperación postoperatoria más rápida. Estas técnicas liberan el túnel carpiano dejando intacta la piel y las estructuras palmares. Se argumenta que la recuperación es más precoz y con un menor dolor. La crítica a esta modalidad de tratamiento se centra en la tecnología costosa para un procedimiento simple, que exige una curva de aprendizaje

más amplia y práctica previa sobre cadáver. Además, se han descrito complicaciones relevantes con esta técnica, como la sección del nervio mediano, de la rama motora del nervio mediano, del ramo comunicante entre nervios mediano y cubital, de la rama cutánea palmar del nervio mediano, lesión del contenido del canal de Guyon (nervio y arteria cubitales) y sección del arco palmar superficial, junto con la liberación incompleta del túnel.

OTROS TRATAMIENTOS

Otras medidas terapéuticas reseñadas en la bibliografía médica, aunque no contrastadas y de utilidad práctica muy limitada son los antiinflamatorios no esteroideos, que presentan una escasa eficacia. El tratamiento con glucocorticoides orales puede aliviar rápidamente los síntomas, aunque la mejoría desaparece en los primeros dos meses tras el tratamiento. No existen pruebas de que la piridoxina sea eficaz en el tratamiento del STC. También se ha propuesto la iontoforesis. La laserterapia se ha utilizado ocasionalmente, pero no existen evidencias sólidas de su utilidad en el STC ni trabajos comparativos con infiltraciones locales o cirugía. Tampoco se han evaluados de forma adecuada los ultrasonidos.

Tabla 2. Frecuencia de síntomas y signos en el STC

Síntoma/signo	% de pacientes
Parestesias	100
Parestesias nocturnas	71
Dolor irradiado proximalmente	38
Signo de Tinel positivo	55
Test de Phalen positivo	53
Sensibilidad disminuido	28
Fuerza muscular disminuida	18
Atrofia de eminencia tenar	18

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



Afectados por enfermedades "raras" denuncian la marginación en que se encuentran

El colectivo que agrupa a afectados por enfermedades denominadas "raras", tales como la fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica/encefalomielitis miálgica entre otras, han hecho pública una carta denunciando la marginación en que se encuentran y el escaso eco que sus reivindicaciones encuentran en las instituciones públicas. La carta ha sido expuesta, para lectura y adhesiones en Internet, en la web <http://www.lasbarricadas.net/carta-abierta/carta.html> y hasta el momento ha recogido ya varios miles de adhesiones.

El mensaje, dirigido a las instituciones españolas, europeas e internacionales, a los políticos y a la sociedad en general, dice, entre otras cosas:

"Nos dirigimos a ustedes para sensibilizarles hacia las personas que padecen enfermedades crónicas mal llamadas "raras" o "invisibles", tales como la fibromialgia (FM) o el síndrome de fatiga crónica postviral (SFC/EM), entre otras, y que sufren el olvido, la marginación y la falta de diligencia de las Instituciones. Muestra de ello es, en España, la diversidad de criterios diagnósticos, la disparidad de tratamientos -paliativos o no- que se producen continuamente en las diferentes Comunidades Autónomas,

así como el trato despectivo recibido por los equipos de valoración de incapacidad temporal o permanente.

Les recordamos que en 1992, la OMS ya reconoció como severas e incapacitantes estas enfermedades orgánicas registradas con los códigos CIE-10 : M79.7 y G93.3 , que afectan respectivamente a más de 1.400.000 y 160.000 personas en España y 3,5% y 0,4% en el mundo entero. Los costes que afectan a estos enfermos, sus familias y su entorno son considerables.

Nuestro propósito es insistir para que pongan en marcha los mecanismos necesarios para acabar con esta injusticia que destruye física y psicológicamente a los enfermos y los lleva casi siempre, con su familia, hacia un estado de pobreza real, al no ser reconocidas

Critican la disparidad de diagnósticos y tratamientos, y el trato que reciben por parte de los equipos de valoración

estas enfermedades como invalidantes por la sanidad pública española, salvo dramáticas excepciones, y provocan así el consecuente "despido procedente por faltas al trabajo, aun justificadas".

REIVINDICACIONES

El colectivo de enfermos formula las siguientes reivindicaciones:

- Mayor inversión pública en la investigación de estas enfermedades.
- Aplicación de los códigos CIE-10 en lugar de los CIE-9.
- Formación para los médicos y equipos de valoración.
- Que los pacientes sean diagnosticados en un plazo máximo de 1 años por un especialista y no, como ahora, en España, por el médico de cabecera o, excepcionalmente, por el especialista después de dilatados tiempos de espera.
- Que los equipos de valoración de incapacidades temporales o permanentes de la Administración, traten dignamente a estos enfermos y confíen en los diagnósticos de sus propios médicos.

■ En caso de sentencias favorables a los enfermos después de resoluciones negativas de los tribunales de evaluación de incapacidades, los gastos de defensa sean reembolsados en su totalidad al demandante.

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

DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DR. PESET. VALENCIA

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

Bibliografía Comentada



- AINES
- ARTRITIS REUMATOIDE
- LES
- PSORIASIS
- REHABILITACION
- SINDROME DE SJÖGREN

AINES

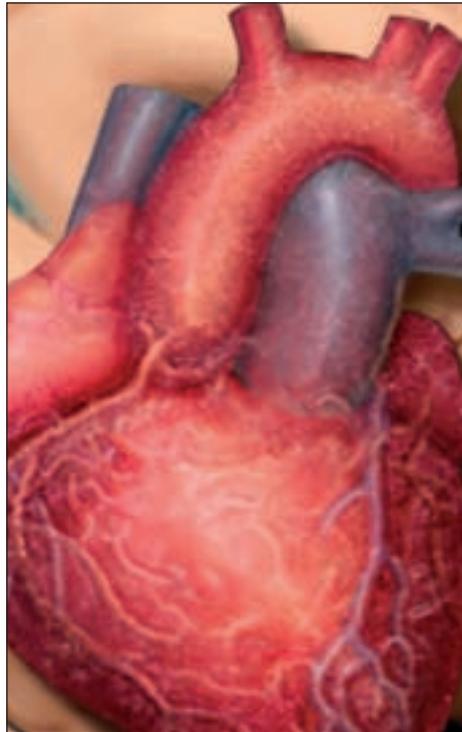
Dudas sobre aumento del riesgo cardiovascular con AINES

DESENLACE CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON ARTROSIS Y ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR TRATADOS CON IBUPROFENO, NAPROXENO O LUMIRACOXIB.

Farkouh ME, Greenberg JD, Jeger RV et al. Ann Rheum Dis 2007; 66: 764-70..

Hay un amplio acuerdo sobre el aumento de riesgo de sufrir accidentes cardiovasculares con la toma de AINES. Desde la retirada del mercado del rofecoxib, un inhibidor selectivo de la (COX)-2, existe abierta una polémica sobre si los AINES selectivos aumentan más que los AINES no selectivos los eventos cardiovasculares. En el presente estudio los autores analizan el riesgo que supone tratar con AINES a pacientes con alto riesgo cardiovascular. Además se estudia cómo influye la toma de aspirina, a dosis antiagregantes, en ese riesgo.

Para ello realizan un análisis post hoc basado en el estudio TARGET (The Therapeutic Arthritis Research and Gastrointestinal Event Trial). Dicho estudio consta de dos sub-



estudios paralelos en los que participan 18325 pacientes con artrosis. El diseño se realizó para comparar los efectos adversos gastrointestinales de lumiracoxib (inhibidor selectivo de la COX-2) con ibuprofeno y naproxeno respectivamente. El presente trabajo es un análisis post hoc en el que se evalúa como desenlace

primario la mortalidad cardiovascular, el infarto de miocardio no fatal, y los accidentes cerebrovasculares durante un año y como desenlace secundario el desarrollo de insuficiencia cardiaca congestiva.

Los resultados muestran que en los pacientes tratados con ibuprofeno con alto riesgo cardiovascular y que toman aspirina presentan más eventos cardiovasculares que los tratados con lumiracoxib (2,14% versus 0,25%), $p=0,038$). No se encuentran diferencias entre naproxeno y lumiracoxib. Si los pacientes no toman aspirina, tienen menos eventos primarios con naproxeno que con lumiracoxib (0% versus 1,57%, $p=0,027$).

Con estas premisas la incidencia de eventos primarios es similar entre ibuprofeno y lumiracoxib. Por último se observan más episodios de insuficiencia cardiaca congestiva en el grupo tratado con ibuprofeno respecto al tratado con lumiracoxib (1,28% versus 0,14%; $p=0,031$), sin encontrarse diferencias entre naproxeno y lumiracoxib.

De entrada cabe afirmar que, como todos los estudios post hoc, debemos tomar con cautela sus resultados. De hecho los factores de riesgo cardiovascular en los dos subestudios son diferentes. De esta forma se explican las diferentes incidencias de eventos cardiovasculares en el subestudio que compara naproxeno-lumiracoxib respecto al que compara ibuprofeno-lumiracoxib. De cualquier forma el presente trabajo pone en duda que todos los AINEs tienen efectos adversos cardiovasculares similares. En resumen podríamos decir que a la luz del análisis presentado en este estudio, el naproxeno tiene menos efectos cardiovasculares que lumiracoxib en pacientes con alto riesgo cardiovascular, si bien esta diferencia se diluye cuando añadimos aspirina. En cuanto al ibuprofeno sucedería lo contrario, tiene un riesgo similar al lumiracoxib en pacientes de riesgo si no se toma aspirina. Cuando se añade aspirina aparecen diferencias por una probable interferencia en el bloqueo del efecto antiagregante por parte del ibuprofeno.

En resumen el riesgo cardiovascular de la ingesta de AINEs va a dar todavía mucho que hablar.

Dr. José Ivorra Cortés



ARTRITIS REUMATOIDE

Como se evalúa la actividad en la artritis reumatoide en el embarazo

MEDICIÓN DE LA ACTIVIDAD FUNCIONAL Y LA FUNCIÓN DURANTE EL EMBARAZO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE.

De Man Y, Hazes J, van de Geijn F, et al. Arthritis Care & Research 2007; 57:716-722.

La artritis reumatoide (AR) durante el embarazo suele mejorar o entrar en remisión. Sin embargo, debido a las peculiaridades del embarazo en sí mismo y a la poca disponibilidad de pacientes con esta condición, se desconoce cuál o cuáles serían las mejores medidas para la evaluación de la artritis reumatoide durante esta etapa. Por otro lado, se desconoce si las medidas actualmente utilizadas para evaluar la AR son precisas y fiables en las pacientes embarazadas. Por lo tanto, basándose en esta problemática, los autores del estudio analizan la influencia del embarazo en las actuales medidas de actividad de la AR como son el DAS y el HAQ y se plantean la necesidad de realizar diversas adaptaciones en estos instrumentos de medida.

Las pacientes objeto del estudio participan en un estudio nacional y prospectivo desarrollado en Holanda para evaluar los efectos de la AR en el embarazo.

Se estudiaron 30 pacientes con AR y 32 mujeres embarazadas sanas, como grupo control. En todas las pacientes se realizó el DAS con las 4 fórmulas utilizadas para su cálculo, también se determinó a lo largo del embarazo la VSG y la PCR. La función se evaluó mediante el HAQ genérico y modificado con dos variantes; HAQ1 sin la categoría de levantarse y la de realización de actividades y HAQ2 omitiendo algunos ítems dentro de las diversas categorías del test.

En los resultados se observó en primer lugar que no hubo complicaciones con el parto ni con los recién nacidos en ninguna de las mujeres participantes en el estudio. En el análisis de sensibilidad se observó que a lo largo del embarazo el DAS presentaba diferencias significativas en las 4 fórmulas al realizarse en las mujeres sanas. Estas diferencias se basaron fundamentalmente en las modificaciones que presentaron la VSG y la PCR a lo largo del embarazo. Estas mismas variaciones se constataron en las pacientes con AR. Con respecto a la función, medida mediante el HAQ y sus variantes, también se observó una modificación en su puntuación influida por los cambios propios del embarazo. Sin embargo, la variante HAQ2 fue la que presentó menos cambios influida por el embarazo, tanto en pacientes sanas como en las pacientes con AR.

En la discusión los autores concluyen que el embarazo influye en la puntuación del DAS28 y en el HAQ, siendo el DAS28 calculado con PCR y sin utilizar la valoración global del paciente y el HAQ2 que omite 6 ítems seleccionados, los mejores instrumentos para la evaluación de la actividad de las pacientes con AR

durante el embarazo. El estudio evalúa un problema importante que será cada vez más frecuente en la clínica diaria. Con la mejoría de los tratamientos cada vez será mayor el número de pacientes con AR que presenten un embarazo, por lo tanto es necesario el desarrollo de unos instrumentos de medida validados, que permitan evaluar con precisión la actividad de la enfermedad durante el embarazo y en consecuencia permita un mejor control de la misma.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

LES

Antipalúdicos: factor protector del cáncer en pacientes con LES

LOS ANTIPALÚDICOS PUEDEN INFLUIR EN EL RIESGO DE CÁNCER EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

Ruiz-Iratorza G, Ugarte A, Egurbide MV, et al. *Ann Rheum Dis* 2007;66:815-817.

Estudios iniciales de cohortes han sugerido que podría existir un mayor riesgo de cáncer en los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES). Los datos publicados recientemente de un estudio multicéntrico colaborativo internacional, que incluía 9.500 pacientes, confirman un discreto aumento del riesgo global de cáncer en los pacientes con LES. La tasa de incidencia estandarizada fue de 1.15 (IC: 1.05-1.27), con un riesgo mayor de hasta 4 veces para el linfoma no Hodgkin en esta población.

Los fármacos antipalúdicos (cloroquina, hidroxiclороquina), se utilizan de manera principal en el LES para el tratamiento de las manifestaciones cutáneas y articulares. Estudios observacionales señalan que estos fármacos pueden disminuir la mortalidad en el LES, probablemente a nivel cardiovascular.

El grupo de Ruiz-Iratorza, del Hospital de Cruces de Baracaldo, investigó si los fármacos antipalúdicos disminuyen el riesgo de cáncer en los pacientes con LES. Realizaron un estudio de cohortes observacional prospectivo en 235 pacientes con LES, con seguimiento medio de 10 años y una edad media al diagnóstico de 37 años. El 66% de los pacientes habían estado recibiendo antipalúdicos siempre a lo largo del estudio, con una media de 53 meses (rango: 6-238 meses). Detectaron diferencias significativas entre los pacientes al comparar los que habían recibido fármacos antipalúdicos frente a los que no los habían recibido: 1.3% vs 13% ($p < 0.001$). El riesgo ajustado para presentar cáncer entre los que seguían o no tratamiento con antipalúdicos fue de 0.15 (IC: 0.02-0.99).

La incidencia de cáncer en esta población (13



pacientes) fue de 4.9 casos/1000 pacientes/año, similar a otras series internacionales. El tiempo medio de seguimiento hasta la aparición del cáncer fue de 3 años. Sólo uno de ellos correspondió a una neoplasia hematológica, del tipo linfoma Hodgkin. Además de los fármacos antipalúdicos, se relacionó con la aparición de cáncer el sexo masculino y la edad al diagnóstico. No hubo diferencias con el uso de otros fármacos como la ciclofosfamida.

Parece que los fármacos antipalúdicos podrían tener efectos protectores del cáncer en los pacientes con LES evitando o actuando frente a diversos estímulos mutagénicos e incluso estimulando mecanismos reparadores del DNA.

Como señalan los autores, se necesitan estudios más amplios que evalúen de forma amplia estos resultados, pues como ya apuntan algunos autores, el uso de los fármacos antipalúdicos en los pacientes con LES debería ser general por los posibles beneficios a nivel de morbi-mortalidad que se van añadiendo en la investigación clínica.

Dr. José Rosas

PSORIASIS

Presentación de “novo” de psoriasis en pacientes tratados con anti-TNF

PSORIASIS Y DERMATITIS PUSTULAR DESENCADENADO POR INHIBIDORES DEL TNF EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS.

Gannes G, Ghooreishi M, Pope J, et al. *Arch Dermatol* 2007;143:223-231.

Los tratamientos con fármacos que bloquean el TNF han demostrado en los últimos años ser un tratamiento eficaz para el control de los síntomas de diversas enfermedades inflamatorias reumáticas. Sin embargo,

su utilización no esta exenta de efectos secundarios, entre ellos y de forma paradójica la presentación de psoriasis de "novo" en los pacientes tratados con estos fármacos.

Los autores presentan una serie de casos propios en los que se desarrolla psoriasis en pacientes tratados con terapia biológica y además realizan una revisión de la literatura de los casos comunicados que presentaron la misma complicación.

Se estudiaron 15 casos con los diagnósticos de artritis reumatoide sero negativa y positiva, espondiloartritis, artritis crónica juvenil y un caso con artritis psoriásica. 6 pacientes estaban en tratamiento con etanercept, 5 con infliximab y 4 con adalimumab. Nueve pacientes desarrollaron psoriasis palmo plantar y el resto psoriasis gutata o en placas localizada en el tronco, extremidades y cuero cabelludo. El diagnóstico se confirmó mediante histología en 5 pacientes. El cuadro cutáneo se trató en todos los pacientes, continuando con la terapia biológica 13 pacientes. En la revisión de la literatura se han comunicado 43 casos con esta complicación en las siguientes enfermedades y con los tres fármacos: AR, espondilitis anquilosante, colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, enfermedad de Behçet y psoriasis en placas.

Los autores realizaron un estudio inmunohistoquímico de la piel enferma de los pacientes utilizando como control pacientes con psoriasis vulgar. En este análisis se encontró una mayor densidad de MxA epidérmica en los pacientes tratados con fármacos biológicos. MxA aparece de forma selectiva en respuesta al interferón tipo I.

En la discusión los autores fundamentan, en primer lugar, que la prevalencia de psoriasis en estos pacientes es mayor que la esperada por azar, por lo que disipan las dudas acerca de la coincidencia de psoriasis y artritis reumatoide. Por otro la presencia de psoriasis como complicación de la terapia biológica, aunque poco frecuente, parece ser un hecho consistente que puede presentarse con cualquier fármaco biológico y en cualquier enfermedad inflamatoria. En general la distribución suele ser palmo plantar y pustulosa y no obliga a abandonar el tratamiento. Los autores disertan acerca de la importancia del interferon_ en la patogenia de estas lesiones; el TNF_ regula su producción y por lo tanto su inhibición explicaría un incremento de la producción de interferón y el desarrollo consiguiente de psoriasis.

En nuestra opinión, el interés del artículo reside en poner de manifiesto una complicación que los clínicos podemos encontrar con los pacientes tratados con terapia biológica, que la presencia de psoriasis de "novo" no obliga necesariamente a suspender el tratamiento y que todavía tenemos que estar alerta ante los posibles efectos secundarios que los fármacos biológicos pueden provocar en los pacientes.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

REHABILITACION

Eficacia de ejercicios de balance y de potenciación del cuadriceps

PROTOCOLO PARA PREVENIR CAÍDAS Y FRACTURAS EN PERSONAS MAYORES CON ENFERMEDAD MUSCULOESQUELÉTICA.

Kita K, Hujino K, Nasu T et al. Osteoporos Int 2007; 18: 611-19.

En Japón se ha desarrollado un amplio proyecto de medidas de rehabilitación para personas mayores en la comunidad, que tiene por objetivo mejorar el estado físico de las personas mayores y de esta forma prevenir o retrasar la incapacidad y la necesidad de cuidados continuos a largo plazo. En este contexto, los autores intentan evaluar la eficacia de ejercicios de balance y de potenciación del cuadriceps en la prevención de las caídas y fracturas, en pacientes con pérdida de fuerza debido a alguna enfermedad musculoesquelética.

Para ello seleccionan 683 pacientes de 68 clínicas de ortopedia de Japón. Los criterios de inclusión fueron: 1) tener igual o más de 65 años y ser tratados en las clínicas participantes; 2) dolor crónico persistente en extremidades inferiores o columna y 3) no conseguir aguantar en el test de balance con una pierna con los ojos abiertos más de quince segundos. Los criterios de exclusión eran: 1) imposibilidad para andar; 2) no poder realizar los ejercicios de balance con una pierna; 3) pacientes en los que no está recomendado el ejercicio por una inflamación aguda; 4) pacientes asintomáticos y 5) presencia de infecciones o neoplasias.

La intervención consistió en enseñar al paciente para que permanezca de pie sobre una única pierna durante un minuto, apoyando la mano del mismo lado sobre alguna superficie fija para mantener el equilibrio. El ejercicio se tenía que repetir tres veces al día en cada pierna. Los ejercicios de potenciación de cuadriceps se realizan con el paciente sentado en una silla con la rodilla extendida, a continuación se le indica que levante la pierna hasta que el talón se separe unos 10 cm. del suelo y mantenga esta posición 3 seg. Una sesión consiste en repetir esta maniobra 20 veces en cada pierna. Al día se realizan dos sesiones.

En el estudio se incluyeron 683 pacientes, 146 hombres de 77 + 6 años de edad, y 537 mujeres, 77,5 + 6,3 años de edad. A los ocho meses continuaban 565 (83%) pacientes y 377 a los doce meses. Los resultados mostraron que a los 8 meses la tasa de caídas disminuyó un 44% ($p < 0,01$) y la de fracturas un 47% ($p < 0,05$) respecto al año anterior.

El presente estudio no es una ensayo clínico ciego aleatorizado, por lo que sus resultados tienen un valor relativo. Sin embargo en un subanálisis se observa que en el grupo de pacientes que no realizan los ejercicios no disminuye la tasa de caídas ni de fracturas, lo que



daría algo más de peso a los resultados. Se trata, por lo tanto de una intervención sencilla, que pueden realizar los pacientes en casa, y que tanto las enfermeras entrenadas de nuestras consultas como nosotros podemos enseñar. Por otro lado se detectan pocos efectos adversos que obliguen a retirar el tratamiento, fundamentalmente dolor lumbar o en la pierna en un escaso número de pacientes (6). Debemos recordar que el ejercicio de balance forma parte del Tai Chi.

Dr. José Ivorra Cortés

SINDROME DE SJÖGREN

Suero de cordón umbilical: lágrimas para el ojo seco

COMPARACIÓN DE LÁGRIMAS PROCEDENTES DEL SUERO ANTÓLOGO Y DEL CORDÓN UMBILICAL PARA EL SÍNDROME DEL OJO SECO.

Yoon KC, Heo H, Im SK, You IC, Kim YH, Park YG. *Am J Ophthalmol.* 2007;144:86-92. Epub 2007 May 9.

Las lágrimas naturales contienen sustancias esenciales para mantener en buen estado el epitelio ocular, como son factores de crecimiento epidérmico, vitamina A o factores neurotróficos. Además, las lágrimas naturales tienen propiedades antimicrobianas, nutritivas, mecánicas y ópticas. Sin embargo, las lágrimas artificiales convencionales utilizadas para el tratamiento del ojo seco no contienen estas sustancias y sólo tienen una función lubricante paliativa o sintomática, no siendo suficientes para promover una adecuada epitelización corneal.

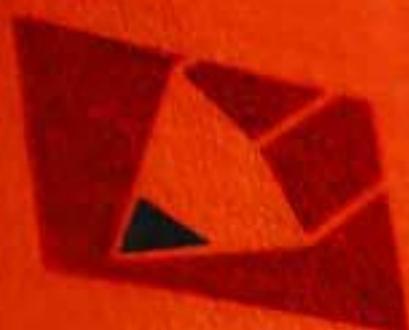
Las lágrimas de suero antólogo se utilizan desde hace años para el tratamiento del ojo seco, porque además de efecto lubricante, presentan propiedades mecánicas y bioquímicas similares a las de la lágrima natural. Contienen fibronectina, vitamina A y factores de crecimiento. Estudios recientes señalan que el suero de cordón umbilical, incluso presenta mayor concentración de estos factores de crecimiento y puede ser efectivo en el tratamiento del ojo seco.

El grupo de Yool y cols, ha publicado recientemente un estudio de casos y controles prospectivo, en 48 pacientes con ojo seco grave (17 pacientes con Síndrome de Sjögren), en el que compararon los resultados al mes y dos meses, utilizando lágrimas de suero antólogo frente a las de suero de cordón umbilical.

En los síntomas e índices de querato-epiteliopatía (fluoresceína) los resultados fueron significativamente mejores en el grupo de suero de cordón umbilical frente a suero antólogo, tanto al mes ($P=0.03$, $P=0.12$) como a los dos meses ($P=0.04$, $P=0.02$). Sin embargo, no se encontraron diferencias en la sensibilidad corneal o en el resultado de la prueba de Schirmer entre ambos grupos.

En general las lágrimas artificiales convencionales, especialmente sin conservantes para evitar irritación por los mismos, suelen ser la base del tratamiento del ojo seco. Sin embargo, este enfoque puede ser insuficiente, sobre todo en pacientes con síndrome de Sjögren con xerofthalmia grave. En estos casos resistentes se debe valorar la oclusión del conducto lacrimal con tapones de silicona y se debería plantear el uso de lágrimas de suero antólogo del propio paciente. Este artículo abre la puerta a la posibilidad del uso de suero de cordón umbilical para los casos más resistentes.

Dr. José Rosas



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.

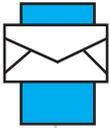
Desde 1988 proporcionamos a nuestros clientes los mejores profesionales y las técnicas más avanzadas para apoyarles en sus objetivos.

Compruebe el estilo que nos caracteriza en www.ibanezypalaza.com



ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN



DR. JOSÉ CARLOS ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR SECC. REUMATOLOGÍA. H. MARINA BAIXA. VILLAJYOYOSA. ALICANTE
 DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS SECCIÓN REUMATOLOGÍA. H. U. DR. PESET. VALENCIA
 DR. JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ SUEIRO SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. H. U. JUAN CANALEJO. A CORUÑA

LOS PACIENTES PREGUNTAN

Antiinflamatorios y tensión arterial

Soy una mujer de 50 años y me han diagnosticado una artrosis de rodilla. El médico me recetó paracetamol y aunque al principio me fue bien, después tuvo que darme un antiinflamatorio, ibuprofeno concretamente. Aunque iba mejor me subió la tensión bastante y he tenido que quitármelo. Sigo teniendo dolor, ¿hay algún antiinflamatorio que no suba la tensión y pueda utilizar?

L. Merchán (Valencia)

En principio todos los antiinflamatorios aumentan la tensión y aunque puede haber diferencias entre ellos, el efecto probablemente dependa más de la dosis que del antiinflamatorio. En su caso se podrían intentar otras alternativas como la utilización de opiáceos menores, que en general tienen menos efecto sobre la tensión, la realización de infiltraciones, las cremas analgésicas o antiinflamatorias son también eficaces. Por otra parte disponemos de los medicamentos denominados "fármacos sintomáticos de acción lenta" que pueden mejorar el dolor a medio plazo. Cualquiera

de estas alternativas se puede completar con paracetamol o un antiinflamatorio, pero en su caso a dosis bajas con un control estricto de la tensión y análisis para ver como funciona su riñón. No debe olvidar los ejercicios y las recomendaciones que seguro le ha indicado su médico.

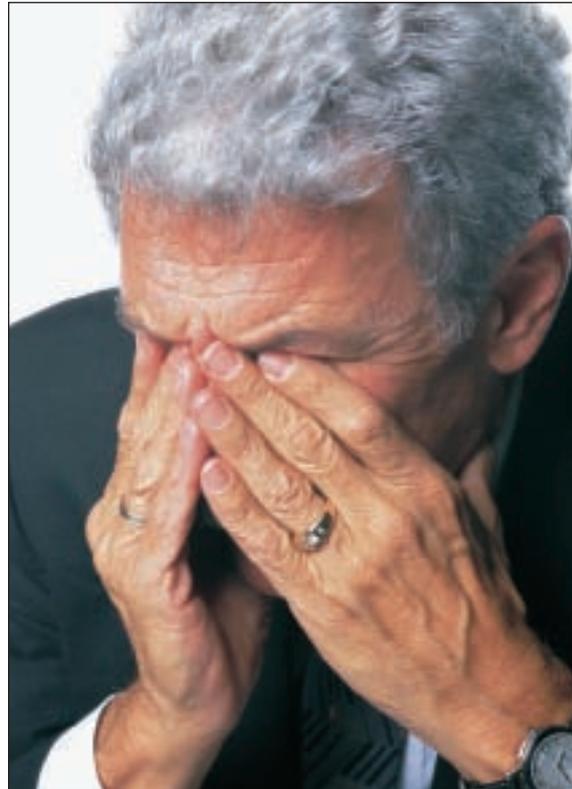
Dr. José Ivorra Cortés

Fatiga y enfermedades reumáticas

Tengo 52 años y una artritis reumatoide que me diagnosticaron a los 39 años. Desde entonces estoy en seguimiento en reumatología. A pesar de que no tengo mucho dolor en las articulaciones, desde hace unos meses tengo una fatiga excesiva, me canso por todo y cualquier cosa que hago me cuesta un montón. Aunque me encuentro bastante bien de la enfermedad, me gustaría saber si esta fatiga tiene algo que ver con ella.

María José (La Coruña)

La fatiga es una percepción que surge de la interrelación de diversos fenómenos, ya sean biológicos, psicosociales y/o manifestaciones del com-



portamiento. La fatiga puede tener unas causas objetivas que podemos entender (por ejemplo la fatiga que se produce en los estados de anemia) o por el contrario puede deberse a diversas causas subjetivas como una disminución en la motivación o una actividad mental intensa prolongada.

Actualmente sabemos que la fatiga es un problema frecuente en las enfermedades reumáticas y, de hecho, su frecuencia y su severidad va a depender del tipo de enfermedad reumática. Por ejemplo,

en la artritis reumatoide la fatiga está presente en algunas series entre el 88% y el 100% de los pacientes y en otra enfermedad reumática como el lupus eritematoso diseminado, la fatiga es uno de los síntomas más incapacitantes.

La causa o causas que producen la fatiga son complejas. Existen, en general, múltiples causas que contribuyen a la presencia de la fatiga en la enfermedad. Por ejemplo la propia inflamación puede contribuir a la presencia de fatiga; también

se conoce su asociación a la presencia del dolor, trastornos en el sueño, síntomas depresivos, sexo femenino y la propia medicación utilizada para el tratamiento de las enfermedades.

En la actualidad es importante en las enfermedades reumáticas realizar una medición de la fatiga. Esto nos permitirá establecer la relación existente entre la fatiga y síntomas como la depresión y el dolor, nos permitirá evaluar el estado de salud del paciente e incluso monitorizar la mejoría de la enfermedad. Actualmente y de forma paulatina se están implantando una serie de instrumentos que nos están permitiendo evaluar cuál es el grado de fatiga que presentan los pacientes con enfermedades reumáticas.

Una vez identificada la causa de la fatiga debe iniciarse el tratamiento. Si la enfermedad está activa, el control de la misma mejorará los síntomas, aunque también es importante incidir en cualquier causa que influya en los trastornos del sueño o en los trastornos del ánimo.

En relación a la pregunta que usted nos hace, será importante que su reumatólogo evalúe en primer lugar si la enfermedad está bien controlada; también habrá que descartar otros procesos médicos que pueden originar fatiga. Si esto se descarta, será necesario evaluar distintos aspectos de la enfermedad, como posibles trastornos del sueño

o incluso trastornos depresivos mínimos, que en ocasiones pueden pasar desapercibidos

**Dr. José Luis
Fernández Sueiro**

AINE y cáncer de colon

Tengo 61 años y en los últimos años he tenido algunos problemas de salud. Me trato por hipertensión y por el colesterol y desde hace 2 años tomo una aspirina diaria infantil porque tuve una angina de pecho. Siempre me habían dicho que debía tener cuidado con el estómago, porque la aspirina podía perjudicarlo, pero hace unos días un amigo médico me comentó que esa misma aspirina me podía proteger del cáncer de colon. Este dato me interesa porque mi padre murió de cáncer colon. Me gustaría conocer más datos sobre este tema.

Juan M (Alicante)

Debe saber que el cáncer de colon es uno de los cánceres más frecuentes, afectando al 6% de la población. Es raro detectarlo antes de los 40 años. Si bien menos del 10% de este tipo de cáncer es de origen genético o hereditario, tener un caso de este cáncer en un familiar de primer grado (como en su caso, su padre) aumenta el riesgo al doble respecto de la población general. En estos casos se aconseja realizar colonoscopia

periódica preventiva.

En los últimos años se han realizado estudios de gran consistencia científica, que han demostrado un efecto protector de la aspirina a dosis bajas y de otros antiinflamatorios para el cáncer de colon. Parece que estos fármacos inhiben la formación y desarrollo de este cáncer, incluso en los de tipo genético y familiar. En general, la reducción del riesgo de cáncer de colon llega hasta el 50% utilizando aspirina e incluso se demuestra reducción de la mortalidad. También otros estudios señalan que la aspirina y otros antiinflamatorios disminuyen la formación de adenomas en el colon y sabemos que los adenomas son precursores de este cáncer. Sin embargo, estos mismos estudios muestran que para obtener este beneficio se necesita el tratamiento con aspirina no menos de 5 años.

Por tanto, en su caso le aconsejamos, por un lado, que consulte con su especialista de aparato digestivo para valorar realizar una colonoscopia. Por otro lado, debe seguir el tratamiento con aspirina como cardioprotector y de paso puede beneficiarse también de los efectos comentados a nivel del colon. Finalmente, no debe olvidar que medidas como la dieta rica en fibra y el ejercicio físico, entre otras, son medidas protectoras que pueden ser de ayuda para disminuir el riesgo de este tipo de cáncer.

Dr. José Rosas

Tengo ciática. ¿Me debo operar?

Soy una mujer de 45 años y desde hace cuatro semanas tengo un dolor horrible que me baja por detrás de la pierna derecha hasta el pie. He acudido al médico y me ha diagnosticado una ciática. El dolor apenas me ha mejorado con el tratamiento que estoy tomando. Estoy pendiente de una resonancia magnética. Conozco a personas que se han operado. ¿Cuánto tiempo tengo que esperar con este dolor antes de operarme? Si se tarda mucho, ¿el resultado puede ser peor?

J. Martínez (Villena)

En estos momentos no hay un acuerdo entre los médicos sobre cual es el mejor momento para intervenir a un paciente con ciática. Un periodo razonable se puede situar entre las seis y doce semanas desde el inicio de los síntomas. Esto es así porque el tratamiento con medicamentos y rehabilitación consigue resultados similares a los de la intervención quirúrgica a largo plazo. Sin embargo, sí parece que los pacientes que se intervienen mejoran antes. En un estudio reciente la mitad de los pacientes intervenidos mejoran antes de las cuatro semanas tras la intervención. En cambio la mejoría se alarga hasta los tres meses cuando el tratamiento no es quirúrgico. Por otra parte no parece que los pacientes que se

intervienen más tarde tengan un peor pronóstico.

Por ello, si no hay complicaciones que hagan necesaria una intervención urgente, parece razonable esperar al menos seis semanas con medicamentos y rehabilitación. A partir de ahí las circunstancias individuales de cada paciente como la percepción del dolor, la incapacidad que provoca, la necesidad de una rápida recuperación por circunstancias laborales o el miedo a los posibles riesgos de la intervención, pueden influir en la decisión de operar o no y en cuando hacerlo.

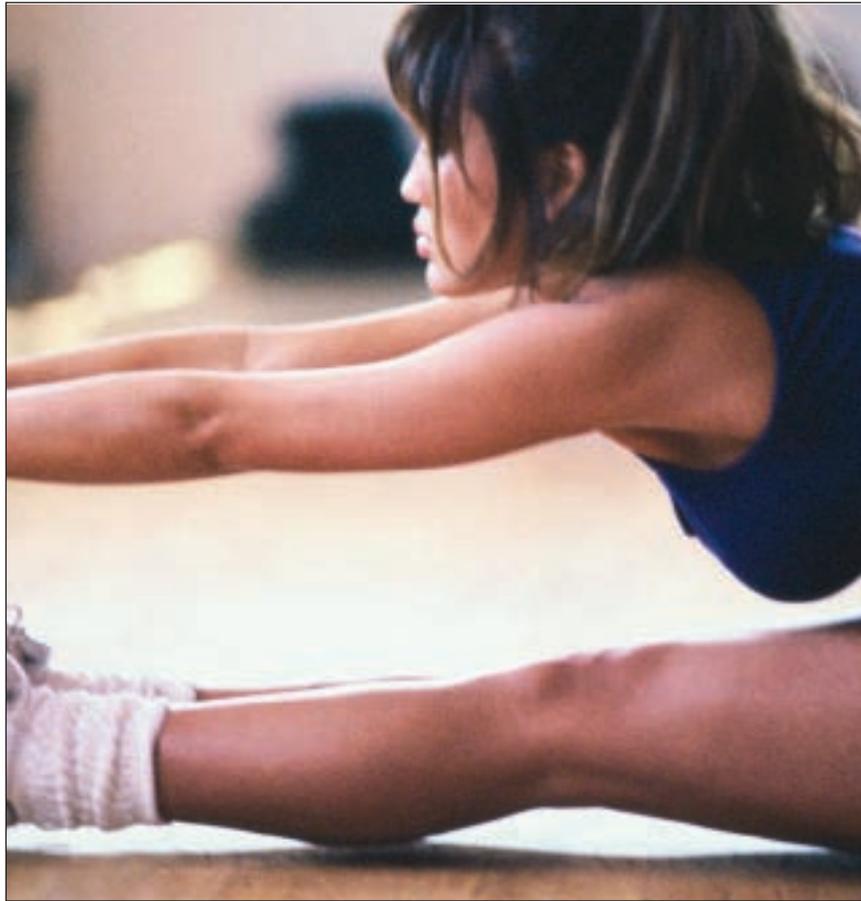
Dr. José Ivorra

Utilidad del ejercicio en la artrosis

Tengo una artrosis de rodilla. Aunque me han recetado antiinflamatorios para controlar el dolor que me produce la enfermedad, el reumatólogo me ha dicho que tanto el ejercicio como una disminución en el peso me permitirán mejorar el dolor y el funcionamiento de la articulación. Sin embargo, yo soy bastante escéptico acerca de esas medidas; ¿podría decirme hasta qué punto estas actuaciones son útiles para mi enfermedad?

Pedro O (La Coruña)

La osteoartrosis, la artrosis o la enfermedad degenerativa del cartílago articulares



una enfermedad muy común que se caracteriza por la degeneración o destrucción del cartílago de las articulaciones. Con la progresión de la enfermedad el proceso de destrucción del cartílago puede llegar a anular la función de la articulación y para restablecer su funcionamiento puede ser necesaria la implantación de una prótesis.

La sintomatología que produce la artrosis dependerá del grado de afectación y de la articulación en la que se desarrolle la enfermedad. En términos generales los síntomas principales son el dolor y la rigidez de la articulación enferma. El dolor,

que es el síntoma principal, suele aparecer al inicio de la enfermedad con la actividad, aunque en las fases tardías puede aparecer incluso cuando la articulación está en reposo.

Los objetivos del tratamiento de la artrosis son controlar el dolor, mantener la máxima funcionalidad de la articulación y reducir al máximo la progresión de la enfermedad. Para conseguir estos objetivos existen medidas farmacológicas y no farmacológicas. Entre las primeras existen en la actualidad diversos medicamentos que intentan controlar los síntomas que produce la artrosis; entre éstos se encuentran los analgésicos, los antiinflamatorios

no esteroideos y un grupo relativamente reciente de medicamentos llamados modificadores de síntomas de acción lenta.

Sin embargo, el tratamiento no farmacológico constituye una parte importante del tratamiento de la artrosis. En relación a la pregunta que usted nos hace, actualmente se ha demostrado que determinados programas de ejercicios pueden de forma clara mejorar la función de la rodilla y el dolor provocado por la artrosis. En general los ejercicios programados, dependiendo de la localización de la artrosis, son parte importante del tratamiento de la enfermedad pudiendo



disminuir la cantidad de medicación que se necesita para el control de los síntomas.

Actualmente es bien conocido que el sobrepeso contribuye al desarrollo de la artrosis en las articulaciones de carga y se ha demostrado además que una disminución de éste consigue también mejorar los síntomas y una disminución de la medicación en estos pacientes.

Por todo lo anterior no deben existir razones para el escepticismo con estas medidas, y, en su caso, le aconsejamos preguntar a su reumatólogo cuáles serán los mejores ejercicios para la artrosis de rodilla que padece y si ese es el caso tendrá que reducir peso hasta conseguir el ideal para usted.

**Dr. José Luis
Fernández Sueiro**

Tratamiento de la artropatía hemofílica

Soy un paciente peruano de 31 años (aunque actualmente vivo en EE.UU.), y a los 9 años me detectaron hemofilia. En los últimos años he tenido muchos problemas con mi rodilla por esta enfermedad. He consultado donde vivo y me dicen que necesito una prótesis, pero es muy cara y por otra parte me dicen también que soy muy joven. Me gustaría que me informaran de otras posibilidades de tratamiento.

**Miguel Angel P (USA.
E-mail recibido en
www.ser.es)**

Los pacientes hemofílicos presentan con frecuencia artropatía dege-

nerativa como consecuencia de los sangrados de repetición en las articulaciones. Puede afectar a cualquier articulación pero en la rodilla es especialmente frecuente. Esto origina una hipertrofia sinovial, que a su vez es una fuente de hemorragias, debido a su rica vascularización.

El tratamiento de una hemorragia articular aguda (hemartros) en pacientes hemofílicos, se trata con reposo, analgésicos, evacuación del derrame y administración de factores de coagulación. En los casos crónicos o en los que ocurren hemartros de repetición se aconseja valorar la extirpación quirúrgica de la hipertrofia sinovial (debe evitarse en niños) o utilizando isótopos radioactivos por inyección

intrarticular que disminuye la frecuencia e intensidad del sangrado. No obstante, sin duda el mejor tratamiento es evitar el propio sangrado con el mejor control de la hemofilia con factores de coagulación. Sólo ante el fracaso de estas medidas, es cuando se puede plantear la cirugía protésica.

En su caso, suponemos que presenta una artropatía avanzada y desconocemos si previamente le han realizado otros tratamientos. No obstante, en cualquier caso debe evitar el deterioro progresivo de la articulación sobre todo impidiendo la aparición de nuevas hemorragias con el control estricto de la enfermedad.

Dr. José Rosas

Disminuyen los ingresos hospitalarios por fracturas de cadera en EEUU

■ LR.- Dr. José Ivorra

Los ingresos hospitalarios atribuibles a fracturas de cadera osteoporóticas se han reducido en EEUU en el periodo 1993-2003. Un reciente estudio, publicado en *Osteoporosis International* (2007; 18: 585-91), muestra que la tasa de fracturas, ajustadas por edad, tras alcanzar las mayores cotas en los años 1996-97, han experimentado una continua disminución hasta el año 2003. La reducción ha sido

del 23% en mujeres y del 20% en hombres. Durante el mismo periodo, la utilización de bifosfonatos ha crecido exponencialmente. Sin embargo los autores manifiestan sus dudas acerca de que éste sea el único factor implicado en la reducción de las fracturas.

Diversos estudios ponen de manifiesto el alto porcentaje de la población en riesgo de sufrir fracturas de cadera que no es tratada adecuadamente. Otros aspectos intere-

santes son el incremento del gasto sanitario atribuible a este concepto, a pesar de la reducción del número absoluto de fracturas, hecho que se justifica por el aumento de los costes de los servicios. Llama la atención, y es un punto para la reflexión, que en España, los datos publicados recientemente por Hernández y colaboradores en la misma revista (2006; 17:464-470), sobre periodos de tiempo semejantes, muestran que la tasa de fracturas se mantiene.

■ LR.- Dr. José Rosas

Con motivo del envejecimiento de la población, la tasa de prótesis articular de cadera y rodilla se incrementa cada año. La indicación principal de prótesis en estas articulaciones es la artrosis sintomática que limita e incapacita para la vida cotidiana. El aumento del índice de masa corporal (IMC), que relaciona la talla con el peso, parece que tiene que ver con el aumento de artrosis de rodilla y no tanto con la artrosis de cadera. De hecho, se estima que el sobrepeso y la obesidad se relacionan con el 30% de las prótesis de cadera y con el 70% de las de rodilla.

Los autores de este trabajo utilizaron los datos de la cohorte británica prospectiva "un millón de mujeres" (The Million Women Study), que incluye a 1.3 millones de mujeres, entre 50 a 64 años, de los años 1996 a 2001. Los objetivos de este estudio fueron evaluar durante 3 años el efecto de la talla, peso y el IMC, en mujeres de edad media, para el riesgo de prótesis de cadera y rodilla.

El 70% de las prótesis de rodilla se relacionan con el peso y la obesidad

En los resultados detectaron que al analizar la altura, en las mujeres más altas (> 170 cm) comparadas con las de menor altura (< 155 cm), el riesgo de prótesis era mayor especialmente para la cadera (RR: 1.90. IC: 1.55-2.32), aunque también estaba incrementado para la rodilla (RR: 1.50. IC: 1.19-2.00).

Al comparar por el peso (más de 70 kg, frente a menos de 60 kg), el riesgo de prótesis fue mayor para la rodilla (RR: 9.71. IC: 7.39-12.77), alrededor de 5 veces más, que para la cadera (RR:2.37. IC: 2.04-2.75).

Respecto al IMC, era de esperar que las personas obesas (IMC > 30 kg/m²) presentaran mayor riesgo de prótesis, siendo en la

rodilla (RR: 10.51. IC: 7.85-14.08), alrededor de 4 veces más, que de cadera (RR: 2.47. IC: 2.11-2.89), respecto a las mujeres delgadas (IMC < 22.6 kg/m²).

Por tanto, se confirma, que el riesgo de prótesis de cadera y rodilla se incrementa con el aumento del IMC. Un dato a destacar en la población es que pequeños aumentos del IMC provocan un impacto importante en el riesgo de precisar prótesis, especialmente en la rodilla, en este grupo de edad de la población.

Sin duda merece la pena incidir en medidas generales en la población que disminuya la obesidad, para intentar disminuir en lo posible la necesidad de prótesis de cadera y rodilla.

ARTÍCULO
ORIGEN:
Relación entre
la altura, peso y
el índice de
masa corporal
para el riesgo de
prótesis de
cadera y rodilla
en mujeres de
edad media. Liu
B, Balkwill A,
Banks E, et al.
Rheumatology
2007;46:861-
867.

Los cambios estacionales pueden influir en los síntomas de la artritis reumatoide

■ LR.- Dr. José Rosas

Con frecuencia pacientes con artritis reumatoide (AR) comentan que los cambios del tiempo o de estación afectan a los síntomas articulares de su enfermedad. Se debe tener en cuenta que algunos estudios han relacionado de forma significativa los cambios en el tiempo meteorológico y la estación del año con la actividad de la enfermedad.

El grupo de Iikuni N, estudiaron en Japón la influencia de la fluctuación del tiempo meteorológico y la estación del año en la actividad de la AR. Analizaron de

forma bianual a un grupo de 1.665 pacientes con AR de los que se disponían de los datos de 10 fases consecutivas.

Todos los criterios de actividad subjetivos y objetivos (habituales en la práctica clínica: PCR, VSG, EVA, HAQ, etc) disminuyeron de

Las horas de luz solar pueden influir en la producción de citoquinas proinflamatorias

forma significativa durante el otoño y se incrementaron durante la primavera, excepto en la evaluación global del médico en la que no hubo diferencias estacional.

Los autores concluyen que los cambios estacionales pueden influir en la actividad de los pacientes con AR y que deben ser tenidos en cuenta a la hora de evaluar la enfermedad.

Estos resultados se han intentado relacionar con la influencia de las horas de luz solar según las estaciones, que pueden influir en la producción de ciertas citoquinas proinflamatorias.

ARTÍCULO ORIGEN: Fluctuación estacional en la actividad de la artritis reumatoide. ¿Existe?. Iikuni N, Nakajima A, Inoue E. Rheumatology 2007;46:846-848.

V eintidós expertos han expuesto en diez capítulos todo lo que cualquier especialista

desearía saber sobre esa artropatía inflamatoria, debida a la cristalización del ácido úrico, que conocemos por gota. Quizás la forma más práctica de dar a conocer el contenido de este interesante manual sea enumerar los enunciados de sus capítulos:

- Epidemiología de la artropatía microcristalina.
- Hiperuricemia y enfermedades asociadas.
- Gota: actualización de algunos aspectos patogénicos y clínicos.
- Transporte renal de urato.
- Tratamiento de la artropatía microcristalina. Historia y avances.
- Ensayos clínicos en artropa-

Todo sobre la gota

tías microcristalinas.

■ Enfermedades por depósito de cristales de calcio: actualización de su patogenia y manifestaciones.

■ Depósito de cristales de calcio y artrosis.

■ Depósito de calcio y enfermedades crónicas asociadas.

■ Características de imagen de la artropatía inducida por cristales.

Editor, Dr. Hyon Choi.

Editorial: Médica Panamericana.

RHEUMATIC DISEASE CLINICS OF NORTH AMERICA (edición española)

Prevención de la tuberculosis en pacientes tratados con anti TNF

Nuevos datos de BIOBADASER

■ LR.- Dr. José Ivorra

BIOBADASER (base de datos de productos biológicos de la Sociedad Española de Reumatología) es un registro activo de farmacovigilancia que se inició en febrero del año 2000 gracias a la colaboración entre la Sociedad Española de Reumatología (SER) y la Agencia Española del Medicamento, con el soporte financiero de la industria farmacéutica (Shering-Plough, Wyeth, Abbott Immunology, Roche y Bristol-Myers Squibb). Su utilidad quedó patente al observarse un aumento de los casos de tuberculosis (TBC) entre los pacientes que recibieron antagonistas del factor de necrosis tumoral (anti-TNF). Este efecto adverso no se había detectado en los ensayos clínicos realizados con los diferentes anti-TNF, porque los pacientes que participaron en los estudios pertenecían a poblaciones con baja prevalencia de TBC. Por ello en el año 2002, la SER y las autoridades sanitarias españolas difundieron una serie de recomendaciones para detectar y tratar a los pacientes con tuberculosis latente que fueran a recibir anti-TNFs.

Estas medidas consistieron en la realización de una prueba de Mantoux y Booster, si el primer test era inferior a 5 mm, una radiografía de tórax y recabar información sobre contactos anteriores o historia previa de infección de tuberculosis, parcial o no correctamente tratadas. Si concurría alguna de las condiciones anteriores los pacientes recibirían isoniacida durante nueve meses. El resultado fue una disminución de la incidencia de TBC.



La mayoría de los nuevos casos de tuberculosis ocurren en pacientes en los que no se efectúan correctamente las medidas de detección de TBC latente

El Dr. Gómez-Reino y colaboradores publican, en el número de junio de 2007 de la revista *Arthritis and Rheumatism (Arthritis Care and Research)*, los resultados referentes a la aparición de nuevos casos de TBC en pacientes tratados con anti-TNFs tras la difusión de las mencionadas medidas de prevención (marzo-2002 hasta enero 2006). Los nuevos casos de TBC registrados en BIOBADASER han sido quince. Esta cifra supone una tasa de incidencia de 172 casos por 100.000 años-paciente, lo que supone un riesgo siete veces mayor que la población general. Antes de las medidas preventivas la tasa de incidencia era de 472 años-paciente. La mayoría de los nuevos casos de tuberculosis (13 de 15) ocurren en pacientes en los que no se efectúan correctamente las medidas de detección de TBC latente. Concretamente en 8 pacientes no se realizó el segundo test de tuberculina (BOOSTER) y en otros tres no se solicitó radiografía de tórax, en la que a posteriori había hallazgos de infección previa de TBC.

Con estos datos podemos concluir que aunque se ha avanzado mucho en la prevención de la TBC en pacientes tratados con terapias biológicas, todavía queda camino por recorrer, fundamentalmente en la aplicación de las recomendaciones de prevención a todos los pacientes. Este trabajo pone en evidencia la necesidad de implantar políticas de calidad que aseguren una práctica clínica correcta y homogénea.

PROF. DR. ANTONIO CASTILLO-OJUGAS

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

Escasa presencia de la reumatología en los exvotos españoles

Exvoto es una palabra culta que significa "por un voto" o "por promesa" y ello es evidente en aquellos casos en los que se pide una gracia especial a la divinidad como salud, suerte, riquezas, éxito de un negocio o feliz llegada de un viaje, etc, y que una vez conseguida se cumple la promesa. Otras veces el ofrecimiento se hace después de haber pasado el peligro o dificultad, pero reconociendo la intervención sobrenatural.

Esto ha ocurrido en todas las culturas y civilizaciones. Recordemos las ofrendas de los egipcios, las estatuas y templos dedicados a los dioses griegos, las inscripciones romanas, las estatuillas ibéricas aparecidas a cientos en Despeñaperros, Alcuía o en el Cerro de los Santos de Albacete.

Vamos a concretarnos en los exvotos cristianos de nuestro entorno en los que de varias maneras se da las gracias a la Virgen local, al Cristo del lugar o a los santos patronos del pueblo. Es, como dicen los antropólogos, el reconocimiento directo de la persona a la divinidad.

Hay exvotos corpóreos, como orejas, manos, brazos y piernas en cera, escayola o metal; aparatos ortopédicos inservibles por la curación; ropa o pelo del enfermo.

Otros son los de tipo lapidario: inscripciones de agradecimiento como los que llenaban las paredes del Oratorio del Niño del Remedio, de Madrid, eliminados a causa de una posible inseguridad de la casa donde estaba. Curiosos son los



Milagro de la Virgen de la Salud de Barbatona (Sigüenza).

exvotos marineros como los que se conservan en pueblos costeros de Galicia y Cataluña, y muy en especial en Lloret de Mar con maquetas de barcos. Muy llamativos son los saurios disecados que regalaron nuestros descubridores a las iglesias de sus pueblos, como el caimán de Berlanga de Duero o el de la Ermita de Sonsoles en Avila.

LOS EXVOTOS PICTÓRICOS

Pero los más populares son los exvotos pictóricos, de carácter ingenuo y popular, verdaderos tesoros etnográficos, expuestos la rapiña por el lugar donde están colocados, muchas veces santuarios lejos de los pueblos. En general son obras anónimas y de pintores de poco oficio, pero ingenuamente bellos.

Bibliografía

AMADES, JOAN.- Els Ex -Vots. Ed. Orbis. Barcelona, 1949.

CASTELLOTE HERRERO, EULALIA.- Exvotos pictóricos de Nuestra Señora de la Salud de Barbatona. Ed., AACHE, Guadalajara, 2005.

COBOS RUIZ DE ADAMA, J. y LUQUE ROMERO ALBORNOZ, F.- Exvotos de Córdoba.- Diputación Provincial de Córdoba, 1980.



Agradecimiento por haberse curado de su "romatismo" a la Virgen de la Carrasqueda de Grañón (Rioja).

Raramente han sido ejecutadas las tablas por auténticos artistas. Se cuenta que Rubens, durante su primera estancia en Italia, sufrió un cuadro febril que trató hábilmente un amigo médico y en agradecimiento le envió un gallo, admirablemente pintado, en recuerdo del animal que los griegos depositaban en los templos consagrados a Esculapio. Por acabar felizmente con la peste, hay ejemplos magníficos, como los de Ludovico Carracci por la epidemia de Bolonia (Pinacoteca) o el San Genaro por la de Nápoles, pintado por Ribera (en la Iglesia de las Agustinas de Salamanca) y la espectacular tabla de Rafael "Madona de Foligno" (Pinacoteca Vaticana) encargada por Segismundo di Conti para dar gracias a la Virgen por haber regresado sin sufrir daños en un viaje bajo una espantosa tormenta de rayos.

En época reciente, recordemos algunos cuadritos de Frida Kahlo basados en pinturas ingenuas. En Méjico siguen estando muy en auge este tipo de pinturas conmemorativas. En estas tablitas populares encontramos patologías de muchos tipos: embarazos y partos complicados, enfermedades febriles,

graves padecimientos cardiacos, pulmonares, intestinales, neurológicos, renales y vesicales y padecimientos infantiles desahuciados. Destacan, por su procedencia rural, accidentes laborales, atropellos por carros, (ahora hay alguno de camiones), caídas de caballos, de escaleras, de árboles, traumatismos de todo tipo con fracturas y luxaciones.

ESCASOS SOBRE REUMATISMOS

Sin embargo, son escasísimos los que hablan en sus leyendas de enfermedades reumáticas y ninguno de reumatismo claramente definido.

Así, uno de 1630 en Nuestra Señora del Valle de Santaella (Córdoba) dice: "Padeciendo Juana Montana muy graves dolores que la / tenían impedida, por medio de S. Francisco de Paula, alcanzó de N.M.Sra. del Valle/ de Santaella, milagrosamente perfecta salud." Hay otro algo más explícito en la Parroquia de Priego de Córdoba: "D. María de los Angeles González se aliaba i postrada de dolores ceaticos desahuciada y sin esperanza de vida se encomendó a Nuestro / Padre Jesús Nazareno y milagrosamente quedó sana. 2 enero 1789." ¿Qué sería ese "tumor de rodilla" que se cita en un exvoto que había en el "cuarto de los milagros" de la antigua Ermita del Rocío (Huelva), destruida en 1965 para hacer la actual?. Parece ser que se encuentran almacenados en Almonte, aunque pueden visitarse los 42 que había colgados en la iglesia, pero ahora están ...en Internet, gracias al benemérito Goro Medina.

Entre los 43 de Nuestra Señora de la Salud de Barbatona (Sigüenza) publicados por Eulalia Castellote, no hay ninguno y sólo recordamos el número 11 por las muletas que tiene en la cabecera de la cama "Ricardo Julvez por haber sido

desahuciado de resultas de haberle sajado la pierna izquierda año 1813". Puedo asegurar que en este Santuario han desaparecido algunos cuadros porque poseo unas fotografías en blanco y negro de los años cincuenta donde hay alguno que no está en el libro.

De excelente calidad son la mayoría de los recogidos en La Rioja, como el número 21, de este clérigo joven que se conserva en Grañón. Dice así la cartela: "Padeciendo don Vicente Chincherru i Maior, el año de 1759, graves dolores de romatismo se ofreció a Nuestra Señora de Carrasquedo. Al punto conoció alivio por lo que puso aquí su retrato para memoria." Igualmente presentado en la exposición de exvotos riojanos de 1997 con el número 14 y procedente de la misma Ermita de la Virgen de Carrasquedo de Grañón, hay otro menos explícito que dice: "María de Aguilar, hija de Laguardia, habitando en Grañón desde el año 1673, estando enferma de una pierna, sin poderla mover, prometiendo ir a visitar a Nuestra Señora de Carrasquedo, se halló al pronto sana. En el mismo año, la misma fue libre del mal de orina invocando su ayuda."

Estoy seguro de que habrá muchos más. Hay un museo de los exvotos en Briviesca (Burgos); debe haber bastantes a lo largo del Camino de Santiago; en Cataluña, como los estudiados por Amades, en un libro de bibliófilo; en Aragón, los que se ven en fotos de algunas iglesias en el Catálogo Monumental de Abad Ríos y tantos más.

Yo rogaría que si alguien encontrara algún exvoto reumatológico, me lo comunicara y así formaría parte de los "obsesos" que buscamos patologías en la pintura universal.

Adenda.- Agradezco la autorización para reproducir los grabados a Editorial AACHE de Guadalajara, dirigida por el muy culto amigo Dr. Herrera Casado y a la Fundación de la Caja de Ahorros de Rioja.