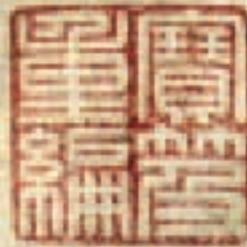


屢屢携杖送  
君行騎二茅  
龍上玉京只  
有澱山倒影  
在湖餘月



#### Entrevista

Dr. Eliseo Pascual Gómez  
"Ninguna persona con gota  
debe sufrir, porque es una  
enfermedad curable"



#### Proyectos SER

Reumasalud, un expositor  
itinerante al servicio de  
los ciudadanos

# Behçet

La rara "enfermedad  
de la ruta de la seda"



**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.es](http://www.ser.es)[www.ibanezplaza.com](http://www.ibanezplaza.com)

**Ibáñez & Plaza** Asociados, S.L.  
EDICIÓN TÉCNICA Y COMUNICACIÓN

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

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

[ediciones@ibanezplaza.com](mailto:ediciones@ibanezplaza.com)  
[reumatismos@ibanezplaza.com](mailto:reumatismos@ibanezplaza.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&amp;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 ■ Lacer
- Nycomed ■ Schering Plough
- Wyeth

## Conocimiento, pero con información

**U**na cosa es tener conocimiento y otra es estar informado. El conocimiento no puede funcionar sin una información que proporcione las claves para que aquél pueda ser aplicado con eficacia en la práctica. Si hablamos de práctica clínica, estos planteamientos adquieren aún mucha más evidencia. Este es el criterio, avalado por su experiencia didáctica de 28 años, del Dr. Eliseo Pascual, jefe de Reumatología del Hospital General Universitario de Alicante, además de otros muchos títulos, como el de ex presidente de la SER.

Como muy bien señala el Dr. Eliseo Pascual, el conocimiento, en cualquier área, está hoy a disposición de todo el mundo a través de Internet y otros soportes. Por ello, a la hora de formar a futuros reumatólogos, lo más importante es "darles la información adecuada para que la sepan utilizar". Esta apuesta por la información estuvo sin duda presente en su día cuando los doctores Eliseo Pascual, Pere Benito y

Jordi Carbonell dieron luz verde a la revista "Los Reumatismos", que al cumplir ahora sus cinco años de existencia aparece consolidada y con la importante particularidad de que su cabecera ha pasado a ser propiedad de la Sociedad Española de Reumatología.

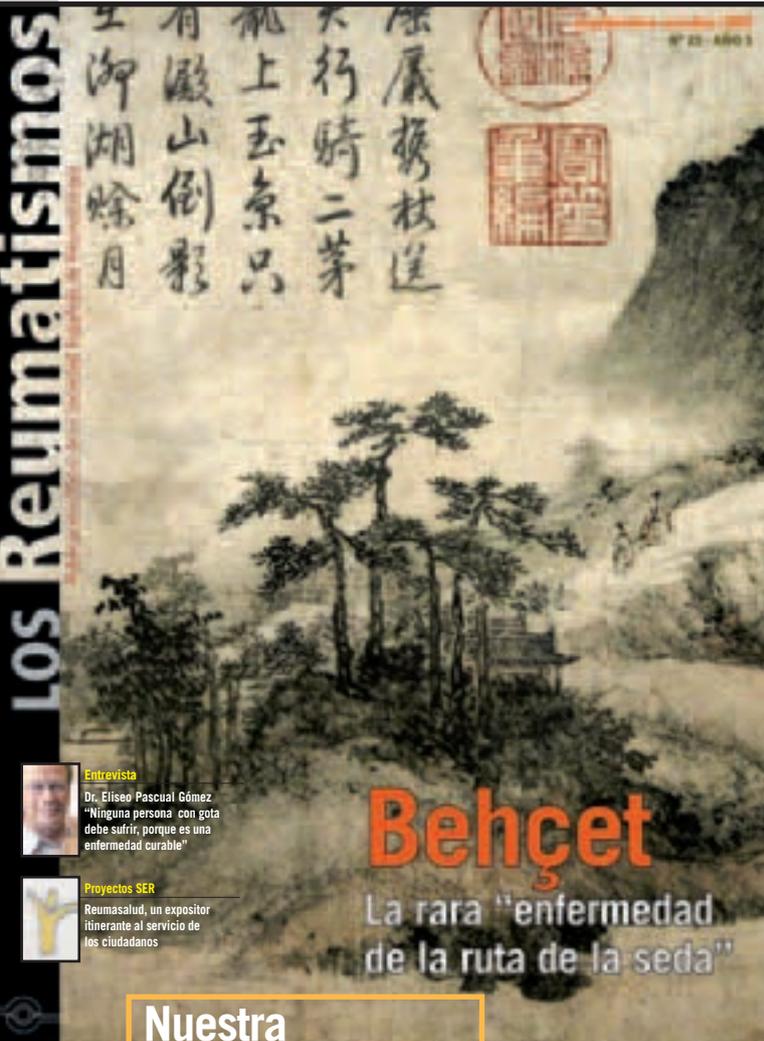
En este lustro de vida "Los Reumatismos" ha mantenido un criterio que, en muchas ocasiones no agrada a las administraciones públicas, pero que hoy es ya reconocido como indiscutible en el mundo que vivimos: el paciente tiene derecho a recibir una información rigurosa y documentada. Es algo con que también coincide nuestro

entrevistado al señalar que la medicina en general, no sólo la reumatología, tiene que llegar al público.

Un trabajo que nuestros expertos comentan en la sección de Bibliografía sirve como anécdota para ilustrar lo que estamos señalando. Se refiere a que muchos pacientes con artritis reumatoide son reacios a cambiar de tratamiento, y prefieren entonar el "virgencita, que me quede como estoy", como diríamos en plan coloquial. La conclusión aparece obvia: la información adecuada -una vez más la información- sobre el pronóstico de la enfermedad si persiste la actividad inflamatoria puede ser relevante para comparar los efectos secundarios de los fármacos y los "efectos secundarios" de la propia enfermedad. Y de este modo adoptar la mejor decisión de acuerdo con el paciente.

**El conocimiento  
no puede  
funcionar sin una  
información que  
permita aplicarlo  
con eficacia en  
la práctica**

**El paciente tiene  
derecho a recibir  
una información  
rigurosa y  
documentada; la  
medicina tiene que  
llegar al público**

**Entrevista**

Dr. Eliseo Pascual Gómez  
"Ninguna persona con gota debe sufrir, porque es una enfermedad curable"

**Proyectos SER**

Reumasalud, un expositor itinerante al servicio de los ciudadanos

## Nuestra Portada

La peculiar preferencia geográfica de la enfermedad de Behçet motiva esta alusión de portada. El equipo coruñés encargado de redactar el reportaje ha realizado un trabajo minucioso de gran calidad sobre esta enfermedad "rara" que podría clasificarse dentro de las vasculitis. El Dr. Eliseo Pascual Gómez, responsable de Reumatología del Hospital General Universitario de Alicante habla en este número de lo divino y de lo humano, pero centrándose especialmente en su dilatada experiencia en la formación de residentes. El proyecto Reumasalud de la SER, expositor itinerante al servicio de los ciudadanos, merece también los honores de nuestra portada.

**1** Editorial **Conocimiento, pero con información** El conocimiento no puede funcionar sin una información...

**3** Entrevista **Dr. Eliseo Pascual Gómez**  
Jefe de Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante

**9** Proyectos SER, Reumasalud  
Reumasalud, un expositor itinerante al servicio de los ciudadanos

**15** Reportaje  
**Behçet:** la rara "enfermedad de la ruta de la seda"

**21** Artículo  
**Fibromialgia y productos dietéticos:** un ensayo clínico sobre Recuperat-ion

**27** Sociedades autonómicas  
**El Hospital de Gran Canaria**  
**El Hospital General de Alicante**

**29** Premios y Becas  
**Humira, Premio Galeno a la Innovación en la Atención al Paciente**

**31** Bibliografía comentada  
ANTI-TNFs · Artritis reumatoide · Espondilitis anquilosante · Osteoporosis

**38** Los pacientes preguntan Bursitis: dolor localizado frecuente · Tratamiento de la gota: ¿Puedo descansar? · ¿Qué colchón es mejor para el dolor lumbar?...

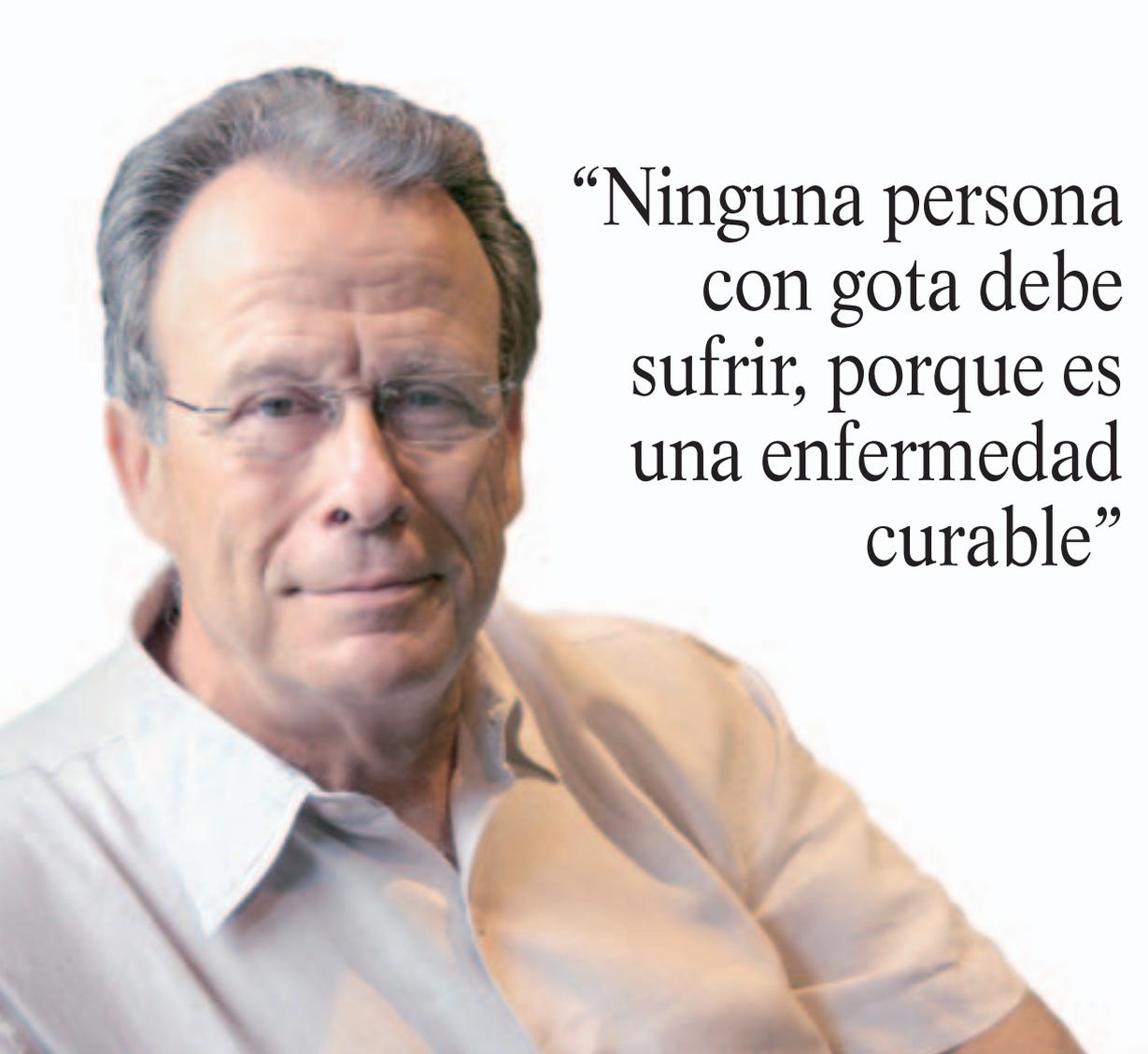
**43** Noticias Octubre, mes de las enfermedades reumáticas · Concedidas las primeras becas de investigación Hyalgan a la condroprotección · Riesgo de herpes zoster en las enfermedades reumáticas: no todo es AR...



DR. ELISEO PASCUAL GÓMEZ

JEFE DE SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

Texto Carmen Salvador

A portrait of Dr. Eliseo Pascual Gómez, a middle-aged man with short, graying hair and glasses, wearing a light-colored button-down shirt. He is looking slightly to the right of the camera with a neutral expression.

“Ninguna persona con gota debe sufrir, porque es una enfermedad curable”

## El Dr. **Eliseo Pascual Gómez**

Lleva 28 años formando residentes en el Hospital General de Alicante. Es uno de los mayores expertos en gota, fue presidente de la SER, excelente fotógrafo, además de remero de falucho, cultivador de orquídeas y buen conversador. Y es que “hacer otras cosas, además de la medicina, te da otra perspectiva”. Dice que está entre la gente senior de la Sociedad, “pero no me siento senior”, y que tiene buena relación con todos los reumatólogos, “entre otras cosas porque vivo en Alicante, alejado de todo”.

Viene de una familia de médicos, ya lo era su abuelo y continuaron su padre y sus tíos, “pero cuando nos reunimos no hablamos de medicina”. Es un clásico, en el mejor de los sentidos, de la Reumatología. Estudió en el Hospital General de Asturias, “un hospital emblemático”, y a los 25 años se fue al Hospital Jefferson de Filadelfia, donde hizo la especialidad de Medicina Interna, y la de Reumatología en la Universidad de Pennsylvania. “Aprendí cómo hacían ellos las cosas y ha sido un referente a lo largo de mi vida. Más que enseñarte, te dan los medios para que puedas aprender y te marcan un nivel muy alto.”

Y esa lección es la que quiere que aprendan, desde hace 28 años, sus residentes del Hospital General Universitario de Alicante, de donde es jefe de la Sección de Reumatología. También es catedrático de la especialidad de la Universidad Miguel Hernández de Alicante.

Reconoce que cuando volvió a España era uno de los pocos reumatólogos formados fuera del país. “En un tiempo breve volvimos Juan Gómez Reino, Vicente Rodríguez Valverde y yo. Y los tres comenzamos a trabajar en tres áreas diferentes.”

Considera que tuvo la fortuna de poder establecerse en Alicante, de donde es, y de poder iniciar una unidad docente, “con residentes en Reumatología desde el inicio del sistema MIR”.

Reconoce que “es más interesante en la actualidad, porque ahora entiendo mejor lo que hago. Cuando empezaba lo hacía con una enorme ilusión, pero lo años me han enseñado a entender mucho mejor lo que hago”.

“Darles conocimiento a los

residentes no es lo más importante -el conocimiento es muy accesible hoy en día, está disponible en internet y otros soportes- sino darles la información adecuada para que la sepan utilizar.”

## Es reconocida y valorada su actividad, pero muy pocos saben que gracias a él y a los doctores Pere Benito y Jordi Carbonell existe la revista “Los Reumatismos”

**-El grupo de reumatólogos de la Comunidad Valenciana es uno de los de mayor actividad. Hacéis mucho “ruido”.**

-Somos valencianos y fenicios, se nos tiene que notar. Ya más en serio, tenemos tradición docente en la especialidad, llevamos muchos años formando reumatólogos, hay líneas de investigación importantes, tenemos una Sociedad reumatológica joven y trabajadora...

### LA GOTA ES CURABLE

Una de las líneas de trabajo más sólidas es la de la gota y el nombre de Eliseo Pascual es una referencia a nivel mundial. Es, además, uno de los promotores del grupo artritis por cristales de EULAR (Sociedad Europea de Reumatología).

**-¿Se vive ahora la gota de otra manera?**

-Hoy el diagnóstico es posible y muy sencillo en cualquier

momento. Y sobre todo hay que señalar que es una enfermedad curable. La gota es esencialmente un depósito de cristales, en las articulaciones, y es un depósito reversible. Cuando el ácido úrico baja lo suficiente, los cristales acaban por disolverse; lleva algún tiempo, pero la gota desaparece. Por desgracia hay una gran distancia entre nuestras posibilidades de diagnóstico y tratamiento, que son inmensas, y lo que ocurre en la población. Con frecuencia se toma como una enfermedad incurable, se maneja mal, y muchos pacientes sufren innecesariamente.

Uno de los objetivos del Dr. Eliseo Pascual es difundir lo más posible, “sobre todo entre mis colegas reumatólogos, que ningún gotoso debe sufrir hoy, porque es una enfermedad curable”.

Nunca se ve esta enfermedad en niños, “ni en mujeres en edad fértil. El ácido úrico durante esa etapa es bastante bajo. En cuanto a los hombres, la enfermedad puede surgir en cualquier momento, y aunque no es común antes de los 30 años, de vez en cuando se ve en personas más jóvenes, debido sobre todo a factores hereditarios y alimenticios, como es el sobrepeso o la excesiva afición a la cerveza”.

### REFERENCIA PARA LA REUMATOLOGÍA

El doctor Eliseo Pascual es una referencia para la Reumatología: 28 años formando residentes constituyen un contundente historial. Es reconocida y valorada su actividad, pero muy pocos saben que gracias a él y a los doctores Pere Benito y Jordi Carbonell existe la revista “Los Reumatismos”. Ellos fueron quienes le dieron “luz verde” y creyeron en el proyecto. El doctor Eliseo Pas-

**“La medicina en general, no sólo la Reumatología, tiene que llegar al público”**



**“Muchos problemas no son atendidos adecuadamente, no por falta de conocimientos, sino porque no llegan a la persona apropiada”**

cual entendió siempre que la medicina en general, no sólo la reumatología, tiene que llegar al público. “Muchos problemas no son atendidos adecuadamente, no por falta de conocimientos, sino porque no llega a la persona adecuada”. Y con estas miras, cuando fue presidente de la SER, ya contrató al primer periodista que tuvo la Sociedad.

“Hoy la SER es esencial -dice-, es el sitio común de desarrollo científico y profesional; también nos permite estar al día de lo que tenemos que hacer, de nuestras obligaciones con la sociedad. Ha tenido una larga lista de presi-

dentos que han trabajado mucho y muy duro para conseguir lo que somos ahora, una Sociedad modélica, con una infraestructura suficiente y una capacidad para desarrollar con mayor libertad nuestras propias líneas.”

Como catedrático de Medicina de la Universidad de Alicante, señala que la actividad académica debe plantearse a una edad muy temprana de la vida. Lo ideal es que se llegue a los 40 años con un currículum suficientemente amplio. “La Universidad es un buen destino para los reumatólogos jóvenes, que debemos fomentar, y además la actividad

de ampliación y transmisión de conocimientos es vital.”

**-¿Es hoy atractiva la profesión académica para los futuros reumatólogos?**

-Lo va a ser más. Tenemos una tradición académica, pero es más un lastre que un acicate, porque los modos de hacer de la Universidad están hechos por gente muy inteligente, académicos, pero muchas veces impiden la agilidad necesaria para elegir a los mejores. Seleccionar a las personas para la universidad debe ser como hacerlo para las olimpiadas: cada país se preocupa en llevar a los mejores; para ello necesitamos

**“La innovación y las patentes es lo que nos va a dar de comer en el futuro. Si no andamos listos para ello, seguiremos pagando lo que inventen otros”**

implementar procedimientos que nos permitan detectar y seleccionar a las mentes más claras y productivas. Al igual que en las Olimpiadas, de otra manera no hay medallas. La innovación y las patentes es lo que nos va a dar de comer en el futuro. Si no andamos listos, seguiremos pagando para que inventen otros.

Señala el doctor Eliseo Pascual que hay que buscar esas mentes entre la gente mas brillante y con ambición sana, "o sea, deseo de crecer y mejorar personal y colectivamente. Esencialmente gente que crea en lo que hace, lo haga y lo transmita".

#### FOTÓGRAFO DESDE LOS 12 AÑOS

Para el doctor Eliseo Pascual la fotografía no es una afición. El es fotógrafo. "He hecho fotos desde niño, mi padre me enseñó a los 12 años y teníamos nuestro propio laboratorio." Los avatares de la profesión le impidieron dedicarle todo el tiempo que hubiera querido, pero hace unos 15 años, "reinicié el tema con formato de 6x6. Pero siempre he tenido el sueño de hacer gran formato, con placas de 20x25 cm, 28x35 cm..."

Sus fotos, muy conocidas por todos, son siempre en blanco y negro. Hay que tener mucha habilidad, paciencia y saber lo que se quiere, para conseguir ese "equilibrio de luz y forma. No tengo un tema particular, lo que me gusta es hacer fotos que me gusten a mí".

Ahora utiliza una cámara de gran formato, de esas de fuelle, paño negro y enfoque en cristal esmerilado. Son fotos estudiadas, lejos de las miles que se pueden hacer con las digitales. Reconoce que no hace más de 3-4 fotografías al año que le gusten. Puede estar toda una mañana, o una tarde, buscando ese momento y



esas formas. "Cuando sale, el resultado es magnífico."

(Quiero señalar que pasamos más tiempo haciendo las fotos para esta entrevista que hablando, y soy consciente de que le hubiera gustado coger la cámara y hacerse él mismo las fotos. No le gustan mucho cómo han quedado. Intentaremos hacerlas mejor en otra ocasión).

Pero sus actividades extraprofesionales no se quedan en la fotografía, también es remero de falucho (barca mediterránea), y ha sido dos veces subcampeón de España en regatas "de veteranos", lo que le permite estar en forma, o como él mismo dice, "cuadrado". Algo más tranquila es su otra actividad, cultivar orquídeas. Sin duda, y en línea con su buen hacer, serán dignas de admiración.

**"La SER es una Sociedad modélica, con una infraestructura suficiente y una capacidad para desarrollar con mayor libertad nuestras propias líneas**

# Reumasalud, un expositor itinerante al servicio de los ciudadanos

Para mentalizar a la población sobre la alta prevalencia de las enfermedades reumáticas, que actualmente afectan a seis millones de personas en España, así como de su gran relevancia y la importancia de su prevención, la Sociedad Española de Reumatología (SER) ha puesto en marcha el proyecto Reumasalud.

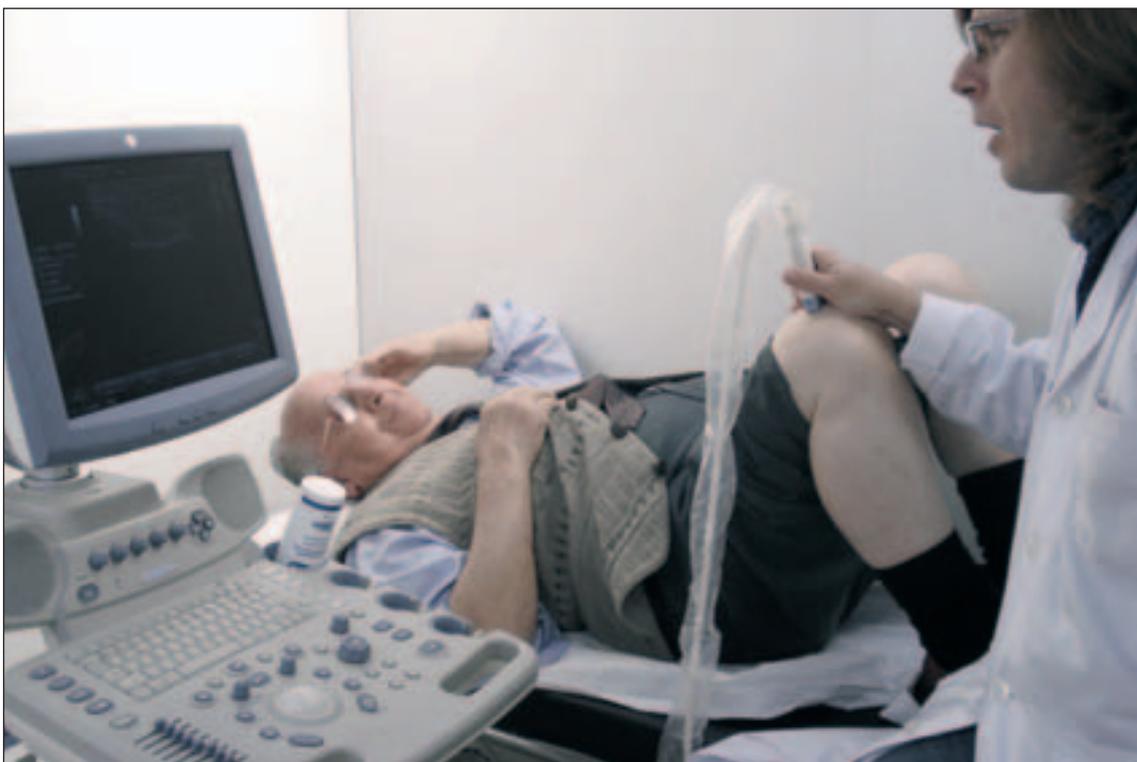
Se trata de un expositor itinerante que tiene como finalidad velar por la salud articular de los españoles y proporcionar una información básica y necesaria sobre las principales enfermedades reumáticas. En este sentido, Reumasalud actúa como un centro médico improvisado que está recorriendo las principales ciudades españolas, con el fin de que los ciudadanos puedan reci-

bir consejo médico a pie de calle y someterse a la práctica de pruebas para la detección de las enfermedades reumáticas más comunes.

#### LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO PRECOZ

Las personas que se acerquen a Reumasalud pueden hacerse ecografías y densitometrías. Además,

**Se ofrece consejo médico a pie de calle y la práctica de pruebas para la detección de las enfermedades reumáticas más comunes**





## Reumasalud pretende ser un punto informativo de las principales enfermedades reumáticas y una llamada de atención sobre la importancia de un diagnóstico y de un tratamiento precoz en este tipo de patologías

un equipo de especialistas proporciona información y consejos para atenuar el dolor y otros síntomas propios de estas patologías.

Algunas de las principales asociaciones de pacientes también están presentes en Reumasalud, con el objeto de aportar experiencias personales y dar apoyo a los afectados.

Reumasalud pretende ser un punto informativo de las principales enfermedades reumáticas y una llamada de atención sobre la importancia de un diagnóstico y

de un tratamiento precoz en este tipo de patologías, con el fin de evitar incapacidades en el aspecto personal y laboral y mejorar la calidad de vida de los pacientes reumáticos.

Esta carpa es un acto que implica directamente a la población y que, además, quiere estar enmarcada en los congresos, simposios o cursos que realice la SER.

### REUMASALUD GRANADA 2007

Los días 21 y 22 de mayo fueron los días escogidos para realizar el

primer Reumasalud que organizó la SER. Concretamente, la carpa se ubicó en una plaza céntrica de Granada, situada en pleno núcleo comercial.

A la carpa se acercaron un total de 3.000 granadinos que recibieron consejo médico a pie de calle y se realizaron pruebas como la ecografía o la densitometría para detectar la artritis, la artrosis o la osteoporosis.

Reumasalud se celebró como anticipo a la celebración del Congreso Nacional anual, que se

## Reumasalud se celebró como anticipo a la celebración del Congreso Nacional anual, que se realizó del 23 al 25 de mayo en el Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada.

realizó del 23 al 25 de mayo en el Palacio de Exposiciones y Congresos de Granada.

El alcalde de Granada, José Torres Hurtado; el presidente de la SER, Dr. Josep Blanch, y el secretario general de la SER y presidente del Comité de Organización Local, Dr. Manuel Alejandro Guzmán, inauguraron, durante la mañana del día 21 de mayo, Reumasalud, en medio de una multitud de asistentes y de medios de comunicación.

Para anunciar el acto, se distribuyeron pósteres informativos por toda la provincia y se contrataron líneas céntricas de autobuses que recorrieron las principales calles de la ciudad. Asimismo,

durante la celebración de Reumasalud, se repartieron gorros y abanicos entre las personas que se acercaban para informarse, y folletos con información relativa a las enfermedades reumáticas.

### REUMASALUD LEÓN 2007

En esta ocasión, el lugar elegido fue una explanada al lado del Parador de León, junto a la Avenida de los Reyes Leoneses. Durante los días 4 y 5 de octubre más de 2.000 leoneses se acercaron a Reumasalud para informarse sobre las enfermedades reumáticas y realizarse ecografías y densitometrías.

La inauguración corrió a cargo del vicealcalde de León,

Javier Chamorro; el presidente de la SER, Dr. Josep Blanch; el secretario general de la SER, Dr. Manuel Alejandro Guzmán; la presidenta del Comité Organizador Local y reumatóloga del Hospital de León, Dra. Trinidad Pérez Sandoval, y el director médico del Hospital de León, Dr. Lisardo González.

Posteriormente, el día 6 de octubre, se celebró el I Simposio de Enfermedades Sistémicas Autoinmunes en el Hostal de San Marcos, donde asistieron unos 300 reumatólogos.

La SER tiene previsto realizar Reumasalud en La Coruña, en mayo del próximo año, con motivo de su XXXIV Congreso Nacional.





JENARO GRAÑA

REUMATOLOGÍA, CHU J.CANALEJO

MARIOLA SÁNCHEZ-MEIZOSO

CODIFICACIÓN, CHU J.CANALEJO

CARLOS FERNÁNDEZ-LÓPEZ

INVEST-REUMATOLOGÍA, CHU J.CANALEJO

FE RODRÍGUEZ-NUÑEZ

REUMATOLOGÍA, USP S.TERESA. A CORUÑA

# Behçet:

## la rara “enfermedad de la ruta de la seda”

La descripción clásica del profesor Hulusi Behçet incluye una asociación de tres síntomas cardinales que llamó “complejo tri-sintomático”: aftas o úlceras en la boca, aftas o úlceras en los genitales y uveítis, que es la inflamación de una parte o todo el interior del ojo. Posteriormente han sido reconocidos otros síntomas que se asocian a la enfermedad. Es el caso de algunas lesiones de la piel como la foliculitis o el eritema nodoso; inflamación de las articulaciones; lesiones de los vasos sanguíneos tanto de venas como de arterias en forma de varices, trombosis venosas o aneurismas; diarrea con presencia de úlceras en el intestino y síntomas neurológicos como dolor de cabeza o algún tipo de parálisis. Ninguno de estos síntomas aislados indica la presencia de la enfermedad ya que pueden ser causados por otros procesos.

No hay ningún síntoma específico ni ninguna prueba médica para el diagnóstico definitivo de la enfermedad de Behçet por lo que se necesita un conjunto de síntomas para establecerlo. Además, hay que descartar otras enfermedades con síntomas parecidos.

**Tabla 1. Criterios del Grupo Internacional de Estudio para la Enfermedad de Behçet (Lancet 1990;335:1078-80)**

<b>Aftas orales recidivantes</b>	Aftas menores, mayores o herpetiformes, observadas por el médico o el paciente, que se repitan al menos 3 veces en un periodo de 12 meses
<b>Más 2 de:</b>	
<b>Úlceras genitales recidivantes</b>	Úlceras aftosas o cicatrices, observadas por el médico o el paciente
<b>Lesiones oculares</b>	Uveítis anterior, uveítis posterior, o células en el humor vítreo observados con la lámpara de hendidura, o vasculitis retiniana, observado por un oftalmólogo
<b>Lesiones cutáneas</b>	Eritema nodoso observado por el médico o el paciente, pseudofoliculitis, o lesiones papulo-pustulosas, o nódulos acneiformes observados por un médico en pacientes postadolescentes que no reciban tratamiento con corticoides
<b>Test de patergia positivo</b>	Leído por un médico a las 24-48 horas

## No hay ningún síntoma específico ni ninguna prueba médica para el diagnóstico definitivo de la enfermedad de Behçet, por lo que se necesita un conjunto de síntomas para establecerlo

Para facilitar su estudio y poder incluir casos clínicos en los trabajos de investigación el Grupo Internacional de Estudio de la Enfermedad de Behçet elaboró unos criterios de clasificación que se muestran en la tabla 1.

### PRIMERAS DESCRIPCIONES

La primera descripción de un conjunto de síntomas similar a la enfermedad que conocemos ahora la hizo Hipócrates de Kos (460-377 AC) en el séptimo caso de su tercer libro del "Epidemion". Benediktos Adamantiades (1875-1962) oftalmólogo griego, en noviembre de 1930 presentó un varón de 20 años con iritis de repetición e hipopion (inflamación de la cámara anterior del ojo con un nivel inferior de pus) que además presentaba tromboflebitis, úlceras orales y genitales y artritis de las rodillas. La inflamación ocular le llevó a la ceguera. Publicó el caso haciendo referencia a casos previos similares de Reis (1906) y Gilbert (1920) y lo relacionó con una posible infección bacteriana.

Hulusi Behçet (1889-1948) dermatólogo turco, el 11 de mayo de 1937 presentó el caso de una mujer de 34 años con aftosis oral y genital recidivante y lesiones oculares, que unido al de un varón de 40 años dio lugar a la publicación en que dio comienzo el epónimo: <<Behçet H. Über rezidivierende, aphthöse, durch ein Virus verursachte Geschwüre im Mund, am Auge und an den Genitalien. Dermatol Wochenschr (1937) 105: 1152-1157>>. En ella



propone un desencadenante vírico basándose en los hallazgos de corpúsculos en las células teñidas con Giemsa procedentes de las lesiones orales de la primera paciente. Estaba convencido de la autonomía de esta enfermedad multisintomática y de su etiología vírica, y finalmente consiguió llamar la atención de la comunidad científica hacia esta intrigante enfermedad.

### "ENFERMEDAD DE LA RUTA DE LA SEDA"

La enfermedad ha sido descrita de forma progresiva en todos los continentes, pero si buscamos los que tienen mayor número de pacientes vuelve al origen, ya que es en Turquía y en los países del Oriente Medio donde se registran las series de casos más numerosas. Y de ahí a Japón, en donde el número de afectados es inusitadamente alto. Esta curiosa distribución geográfica que sigue las sendas que las grandes caravanas de mercaderes trazan entre los reinos europeos y las Indias Orientales le otorgó el otro nombre que la caracteriza: "Enfer-

medad de la ruta de la seda".

Incluso en estos países no es una enfermedad frecuente. La prevalencia en Turquía es de 100/100.000 y en China de 3/100.000 habitantes. En algunas zonas de España puede alcanzar 5,6/100.000 habitantes. Es pues una enfermedad rara, y como otras enfermedades con las que comparte algún rasgo como el síndrome periódico asociado al receptor del TNF, el síndrome de Muckle-Wells, el síndrome de Hiperinmunoglobulinemia D con fiebre periódica, la Fiebre Mediterránea Familiar y otros síndromes autoinflamatorios merece la atención de las Asociaciones de Pacientes con Enfermedades Raras.

### DE ORIGEN DESCONOCIDO

Su origen exacto es desconocido. La mayoría de los síntomas parece tener su base en la inflamación de los vasos sanguíneos y por eso esta enfermedad se clasifica dentro de las vasculitis.

No es una enfermedad contagiosa. Tampoco es una enfermedad hereditaria. Aunque algún factor genético de susceptibilidad pueda transmitirse de padres a hijos, la aparición de la enfermedad precisa de algún desencadenante probablemente ambiental.

### SÍNTOMAS

La gravedad y el conjunto de síntomas pueden variar de uno a otro paciente. La mayor parte de los pacientes tienen una enfermedad leve con presencia de aftas orales y genitales y alguna lesión cutánea y articular. Con menor frecuencia aparecen complicaciones graves oculares, neurológicas o vascula-

**La mayoría de los síntomas parece tener su base en la inflamación de los vasos sanguíneos y por eso esta enfermedad se clasifica dentro de las vasculitis**

res. El curso de la enfermedad suele ser intermitente con períodos de pocos o ningún síntoma intercalados entre los períodos de actividad o brotes. La duración de los brotes es variable. En general el número de brotes y su intensidad tienden a disminuir con el tiempo, por lo que el pronóstico a largo plazo de la enfermedad en la mayoría de los casos es bueno. En Turquía y Oriente Medio afecta más a varones jóvenes, pero en otras latitudes la tendencia se iguala o invierte. En España afecta muy ligeramente más a hombres que a mujeres. Las manifestaciones iniciales suelen ser las aftas orales que se inician en los adultos jóvenes y después aparecen los otros síntomas. Puede aparecer en niños y adultos mayores.

#### ■ Aftas orales

La mayoría pero no todos los pacientes debutan con aftas orales similares a las aftas comunes, con fondo blanquecino y halo eritematoso, dolorosas y generalmente múltiples (figura 1 y 2). Suelen curar espontáneamente en 2 ó 3 semanas.

#### ■ Aftas genitales

Se presentan en el 75% de los casos. Suelen localizarse en el escroto, donde a menudo dejan una cicatriz, y la vulva, aunque pueden afectar a las zonas mucosas.

#### ■ Lesiones cutáneas

También alcanzan al 75% de los casos. Pueden ser lesiones parecidas al acné, nódulos, eritema nodoso (zonas más o menos redondas y algo elevadas de piel enrojecida y endurecida, calientes y muy dolorosas), tromboflebitis superficial, etc (figura 3).

#### ■ El test de patergia

Se refiere a una respuesta local pápulo-eritematosa o pustulosa (como una espinilla) mayor de 5 mm que aparece de 24 a 48 horas tras lesionar la piel con una aguja. Algunos expertos prefieren inyectar suero salino o solución de urato (figura 4). Es mucho más frecuente en los pacientes del mediano oriente (50-75%) que en los europeos o norteamericanos (10-20%).



Figura 1. Afta oral. Fondo blanquecino-amarillento, con halo eritematoso. Dolorosa



Figura 2. Aftas orales en labios y lengua



Figura 3. Lesiones cutáneas: eritema nodoso y foliculitis



Figura 4. Test de patergia. Punción estéril sin desinfectar la piel, o con suero o con urato. Lectura a las 24-48 h. Debe de aparecer una pústula o una pápula con halo eritematoso

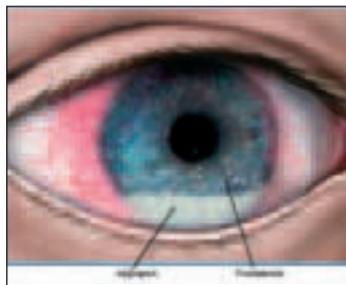


Figura 5. Uveítis anterior con hipopion: Precipitado de células inflamatorias en el fondo de la cámara anterior del ojo -humor vítreo-



Figura 6. Uveítis anterior con hipopion: Precipitado de células inflamatorias en el fondo de la cámara anterior del ojo -humor vítreo-

#### ■ Manifestaciones oculares

Oscilan del 25 al 75% de los pacientes. Pueden llevar a la ceguera. La más frecuente es la uveítis (inflamación en el interior del globo ocular que cursa con dolor y disminución de la vista), típicamente bilateral y episódica, que puede afectar a todo el tracto uveal (panuveítis). Puede acumu-

lar una secreción purulenta en la cámara anterior que se denomina hipopion (figura 5 y 6). Peor pronóstico tienen la vasculitis retiniana, la neuritis óptica y la oclusión vascular ocular. La identificación precoz de estos pacientes como enfermos de EB puede ser crucial para un correcto tratamiento. Las unidades oftalmo-

reumatológicas, a menudo con consulta conjunta, mejoran la atención a estos casos.

#### ■ Manifestaciones neurológicas

Ocurren en menos del 20%. Son más frecuentes en varones. Las más frecuentes son las lesiones focales del tejido cerebral, con frecuencia localizadas en la sustancia blanca del tronco cerebral, y las complicaciones de trombosis vascular. También se puede producir meningitis aséptica, encefalitis, trombosis de los senos venosos o vasculitis arterial. La neuropatía de los nervios de las extremidades es muy rara.

#### ■ Manifestaciones vasculares

Tanto la trombosis venosa profunda como la superficial son frecuentes. Puede aparecer un fenómeno similar a la patergia tras la

manipulación vascular. La afectación de grandes vasos se produce en alrededor del 30% de los pacientes, y la inflamación puede derivar en hemorragia, estrechamiento, formación de dilataciones, de trombos tanto en venas como en arterias, y varices. La inflamación arterial pulmonar es bastante característica y si se confunde con una embolia pulmonar la anticoagulación puede empeorar el pronóstico.

#### ■ Artritis

Puede presentarse en la mitad de los pacientes en forma asimétrica, no erosiva, no deformante y habitualmente en rodillas y tobillos.

De forma infrecuente puede aparecer enfermedad renal, amiloidosis AA y enfermedad cardíaca o pulmonar. Un comentario aparte

merecen las manifestaciones gastrointestinales, ya que pueden superponerse a las de la enfermedad inflamatoria intestinal (Enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa) y dificultar el diagnóstico.

#### DISTINTOS MÉDICOS Y UN REUMATÓLOGO COORDINADOR

Al tener manifestaciones tan distintas, es posible que al mismo paciente lo traten distintos médicos. Tanto para los médicos como para los pacientes es deseable que haya un médico que coordine la atención. El reumatólogo está especializado en enfermedades sistémicas y trastornos inflamatorios y puede hacer este papel además de coordinar las intervenciones de otros especialistas (ginecólogos, urólogos, dermatólogos,

**Sigue las sendas que las caravanas trazan entre los reinos europeos y las Indias Orientales, lo que le otorgó el otro nombre que la caracteriza: “Enfermedad de la ruta de la seda”**





## Es en Turquía y en los países del Oriente Medio donde se registran las series de casos más numerosas

oftalmólogos, gastroenterólogos, hematólogos y neurólogos). En algunos hospitales funcionan consultas reumo-oftalmológicas que agilizan el diagnóstico y el tratamiento de estos pacientes.

### TRATAMIENTO

El objetivo es controlar los brotes con la menor cantidad de tratamientos posible. En las formas leves suele ser suficiente una dosis pequeña de colchicina, pero si las manifestaciones son importantes hay que utilizar medicamentos enérgicos que actúan sobre el sistema inmunológico y que pueden resultar tóxicos.

Las aftas orales pueden mejorar con tratamiento local con triamcinolona y los aerosoles de ácido hialurónico pueden ser de ayuda, o la suspensión de sucralfato, o el alopurinol, o los ciclos de dosis bajas de corticoides orales. La

pentoxifilina y la dapsona también se han utilizado para el control de las manifestaciones mucocutáneas. La talidomida se ha mostrado eficaz en el control de la ulceración aftosa y algunos autores la consideran el tratamiento de elección de la aftosis urogenital, pero su uso está restringido por su potencial teratogenicidad (deformidades durante el embarazo) y el desarrollo de neuropatía periférica sensitiva. La colchicina se emplea como tratamiento de fondo, con el fin de prevenir o espaciar la presentación de manifestaciones mucocutáneas y articulares de la enfermedad.

Los glucocorticoides sistémicos se reservan para manifestaciones graves de la enfermedad, como uveítis agudas posteriores o afectación neurológica. Se aconseja asociarlos con inmunosupresores para reducir las dosis lo

máximo posible y minimizar los efectos secundarios.

La ciclosporina se ha mostrado especialmente útil en la afectación ocular, al disminuir la frecuencia y gravedad de la uveítis posterior. Su uso prolongado o las dosis altas pueden provocar hipertensión y deterioro de la función renal. El tacrolimus se ha utilizado en el tratamiento de la uveítis posterior refractaria con menos efectos secundarios. La ciclofosfamida en forma de pulsos intravenosos se ha mostrado eficaz en el tratamiento de formas graves de la enfermedad (ocular, neurológica y vascular). Sin embargo, su perfil de efectos secundarios, sobre todo sobre los ovarios, las células de la sangre o los riesgos de neoplasia, ha hecho que se tienda a sustituirla por otro tipo de tratamientos como la ciclosporina o los nuevos agentes anti-TNF.

El clorambucil tiene un perfil similar. La azatioprina reduce la incidencia, frecuencia y gravedad de la afectación ocular y tiene un efecto favorable en la artritis y la aftosis urogenital. El metotrexato se ha mostrado eficaz en las manifestaciones del neuro-Behçet, afectación mucocutánea y uveítis posterior. En casos de trombosis vascular, es necesario el uso de anticoagulación junto a los inmunodepresores. En el caso particular de los aneurismas pul-

monares se recomienda iniciar cuanto antes un tratamiento agresivo con glucocorticoides junto a inmunodepresores. El empleo de anticoagulantes en esta situación es más controvertido, dado el peligro de rotura.

La mayoría de las referencias de los últimos 2 años en el campo del tratamiento de la EB se refieren a la utilización de los agentes biológicos (IFN- $\gamma$  y antagonistas del TNF como infliximab, etanercept y adalimumab). Las primeras

indicaciones fueron la uveítis refractaria con riesgo de pérdida visual y la inflamación gastrointestinal grave. Posteriormente también se han utilizado en la aftosis orogenital grave y en la vasculitis cerebral. En todos los casos se describen mejorías espectaculares de los pacientes que no habían respondido a los inmunodepresores convencionales, aunque no se dispone de información acerca del seguimiento a largo plazo.

## Tabla 2. Direcciones de interés

<b>Asociación Española de la Enfermedad de Behçet</b>	Montserrat Pàmies Tell Tfn: 659576879 www.behcet.es behcet@telefonica.net
<b>Sociedad Española de Reumatología SER</b>	www.ser.es Pacientes Folletos Programa información al paciente
<b>American Behçet's Disease Association</b>	P.O. Box 19952 Amarillo, TX 79114 800-7-BEH CET (234238) or 800-723-4238 (free of charge) www.behcets.com
<b>Arthritis Foundation</b>	1330 West Peachtree Street, Suite 100 Atlanta, GA 30309 404-872-7100 or 800-568-4045 (free of charge), or your local chapter (listed in the telephone directory) www.arthritis.org
<b>Behçet's Organization Worldwide</b>	1838 East 45th Street Wichita, KS 67216 www.behcets.org
<b>National Organization for Rare Disorders</b>	P.O. Box 1968 55 Kenosia Avenue Danbury, CT 06813-1968 203-744-0100 or Voice Mail: 800-999-NORD (6673) (free of charge) E-mail: orphan@rarediseases.org www.rarediseases.org
<b>American Behçet's Disease Association</b>	P.O. Box 19952 Amarillo, TX 79114 800-7-BEH CET (234238) or 800-723-4238 (free of charge) www.behcets.com



DR. JORDI CARBONELL

HOSPITAL DE L'ESPERANÇA Y HOSPITAL DEL MAR. BARCELONA

# Fibromialgia y productos dietéticos: un ensayo clínico sobre Recuperat-ion

La fibromialgia es una enfermedad común sobre la que la SER muestra interés. Ello la ha llevado a elaborar un documento de consenso sobre su tratamiento y a promover investigación

en este campo a través del premio SER-FFC-Grunenthal al mejor trabajo de investigación sobre fibromialgia (FM) presentado al congreso anual de la sociedad.

La fibromialgia es una enfermedad común sobre la que la SER muestra interés. Ello la ha llevado a elaborar un documento de consenso sobre su tratamiento y a promover investigación en este campo a través del premio SER-FFC-Grunenthal al mejor trabajo de investigación sobre fibromialgia (FM) presentado al congreso anual de la sociedad.

Un grupo de reumatólogos revisó y publicó en Medicina Clínica una revisión de la bibliografía a fin de esclarecer qué tratamientos se habían ensayado en la enfermedad y cuáles disponían de argumentos sólidos para recomendar su uso. La revisión no se ciñó sólo a fármacos si no que se incluyeron otros tipos de tratamientos como ejercicio, dietas, acupuntura, etc. Las recomenda-

ciones se basan en la llamada Medicina Basada en la Evidencia (MBE). Estas técnicas analizan con metodología contrastada cómo se han realizado los trabajos y si sus conclusiones se sostienen tras el análisis.

La publicación de esta revisión es de utilidad para los profesionales de la salud ya que nos permite utilizar los tratamientos más sólidos y contrastados y ofrecerlos a nuestros pacientes. En lo que respecta a los tratamientos no farmacológicos los revisores hallaron pruebas sólidas para recomendar el ejercicio y el tratamiento psicoterápico de orientación cognitivo-conductual. No se hallaron evidencias que permitieran recomendar ni las dietas ni otro tipo de preparados "milagro". Por todo ello nosotros, los reumatólogos no los usamos ni los recomendamos.

## ENSAYO CON RECUPERAT-ION

Hace unos tres años nos solicitaron colaboración para evaluar un producto no farmacológico, Recuperat-ion, al que se le atribuía efecto beneficioso en pacientes afectos de fibromialgia. La compañía propietaria del producto quería comprobar sus efectos. Dado que no se disponía de datos sólidos sobre su eficacia en la FM, planteamos un ensayo piloto sobre el mismo, con la metodología más sólida disponible, es decir planteamos la realización de un ensayo clínico doble ciego contra placebo. Para que lo que les digo sea comprensible, planteamos comprobar el efecto en pacientes con fibromialgia segura y hecho de forma que ni el paciente ni el médico supieran si tomaban el preparado o el placebo, es decir una sustancia inocua.



El ensayo fue aprobado por los CEIC, comisiones que garantizan la solidez del ensayo y los derechos de los pacientes. Una vez aprobado se realizó en los hospitales de la Vall d'Hebrón, el H. Clínico de Barcelona y el Hospital de l'Esperança de la misma ciudad. Se enrolaron 60 pacientes, que consintieron en participar, 30 que sin saberlo tomaron el preparado y 30 que tomaron placebo. La duración del ensayo fue de seis meses y los pacientes se siguieron con visitas periódicas hasta un mes de finalizado el mismo. Los datos sobre el dolor, la fatiga, la calidad de vida y otros parámetros se obtuvieron mediante escalas internacionales validadas por un profesional que desconocía el tratamiento recibido por el paciente al que interrogaba.

Una vez finalizado el ensayo se analizaron los resultados obtenidos en ambos grupos. Solo se detectó un ligero efecto sobre el dolor en una de las visitas algo superior en el grupo Recuperat-ion, en relación al placebo, que no persistió en la siguiente visita. Por tanto, el efecto demostrado en el ensayo era muy escaso y no se mantenía con el tiempo.

Lógicamente en un ensayo de este tipo los datos se analizan de mil maneras a fin de entender bien qué ha sucedido en el mismo. Así, si mirá-

bamos el grupo tratado con Recuperat-ion, sin compararlo con el placebo, había mejoría en varios parámetros comparando el inicio con las distintas visitas. Algo parecido sucedía con el placebo en algún parámetro. Lo especial del grupo tratado con Recuperat-ion fue que la mejoría entre la primera y las distintas visitas sucedía gracias a la buena respuesta que presentaron 2 paciente de 30, es decir el 7% de ellos.

#### CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

Los datos obtenidos nos dicen diversas cosas:

- No se ha demostrado un efecto claro en el grupo tratado con Recuperat-ion que permita recomendarlo.
- No se han presentado efectos adversos en los pacientes que lo tomaron.
- Un 7% de los pacientes (2 pacientes de 30) tratados presentaron una clara respuesta que no se vio en el grupo placebo.

Ello pone sobre la mesa qué suce-

dió en estos dos pacientes. Su excelente respuesta sabemos ahora que sucede sólo en un pequeño porcentaje de pacientes y ello no lo hemos visto en el grupo placebo. No tiene sentido recomendar un producto con el que necesitas tratar a 13 para hallar uno que responda, pero sí lo tiene intentar comprender por qué sucede.

Por tanto, es posible que dirijamos los siguientes esfuerzos a intentar ver qué peculiaridades tienen estos raros pacientes que responden y, si las encontramos, plantear un nuevo estudio con un grupo de pacientes de estas características, también contra placebo, y aclarar definitivamente su utilidad.

Mientras ello no suceda, el preparado testado, Recuperat-ion, seguirá posicionado donde debe, es decir como solución para la rehidratación tras el ejercicio y, como nos dicen todas las guías científicas, será útil en las pacientes afectas de FM que realicen periódicamente ejercicio.

## En lo que respecta a los tratamientos no farmacológicos los revisores hallaron pruebas sólidas para recomendar el ejercicio y el tratamiento psicoterápico de orientación cognitivo-conductual

# El Hospital de Gran Canaria

## Dr. Negrín estrena docencia

### MIR en Reumatología

Recientemente se ha incorporado el primer médico residente de Reumatología al Hospital de Gran Canaria Dr. Negrín. "Ha supuesto una gran ilusión para los miembros del servicio. Su llegada es un soplo de aire fresco para nuestra agobiada labor asistencial -señala el doctor Antonio Naranjo, tutor docente y profesor de la Universidad de Las Palmas-, además representa el primer residente que se puede formar en la provincia de Las Palmas."

Para su formación se ha elaborado un plan de sesiones clínicas y docentes propias del servicio, a las que se añaden las sesiones generales del hospital. La formación se completará con la interesante oferta docente para médicos residentes de la Sociedad Española de Reumatología.

"Los tiempos que corren son muy favorables para la especialidad, ya sea en lo relativo a novedades terapéuticas, técnicas propias y apoyo docente. Un residente que inicia su periodo de formación en la actualidad y participa con ilusión en las actividades del servicio puede tener al cabo de los cuatro años un futuro muy prometedor", añade el doctor Naranjo.

#### MEDIOS MATERIALES Y HUMANOS

El fundador del Servicio de Reumatología fue el doctor Carlos Rodríguez Lozano, llegado en julio de 1987. Actualmente el Servicio cuenta con 7 adjuntos, además de una enfermera, y durante este tiempo se ha desarrollado de una forma exponencial. En

#### El Servicio cuenta con los medios diagnósticos y de tratamiento más punteros



EL Dr. Carlos Rodríguez Lozano (Jefe de Sección) y el R-1 Javier Nóvoa

la actualidad dispone de consultas de screening, consultas de artritis crónica, de enfermedades metabólicas, de enfermería y consultas de lupus, así como consulta de pacientes dados de alta recientemente de la planta. Está previsto que el próximo año cuente también con una consulta de artritis juvenil.

El Servicio cuenta con los medios diagnósticos y de tratamiento más punteros. Se encargan de la unidad de desintometría ósea del hospital, coordinada, al igual que la unidad de capilaroscopia, por la doctora Soledad Ojeda.

Disponen también de una unidad de Reumatología intervencionista, dirigida a infiltraciones y blo-

queos; al frente de ella se encuentra el doctor Félix Francisco. Disponen de un microscopio óptico de luz polarizada y de dos ecógrafos, técnicas manejadas por todos los miembros del Servicio. El hospital de día de Reumatología cuenta con una gran actividad. Cada semana tienen una sesión docente, una sesión de casos clínicos y una sesión de enfermos ingresados.

Además del propio residente de la especialidad, rotan por el Servicio los MIR de medicina de familia, rehabilitación, dermatología, traumatología y medicina interna. Forman parte también del servicio los doctores Íñigo Rúa-Figueroa, Celia Erasquin y Juan Carlos Quevedo.

# El Hospital General de Alicante reunió a sus antiguos residentes de Reumatología



La Unidad docente de reumatología del Hospital General de Alicante ha conmemorado 28 de docencia. En este tiempo se han formado residentes de la especialidad no sólo de Alicante, sino también de comunidades como Cataluña, Andalucía, Murcia y Castilla y León. Posteriormente, muchos de ellos han puesto en marcha las unidades de reumatología de distintos hospitales.

Hasta hace sólo cuatro años la de Alicante era la única unidad docente de reumatología en la Comunidad Valenciana, hasta que se incorporó la del Hospital Dr. Peset de Valencia.

A la reunión que conmemoraba estos 28 años de docencia, con

el doctor Eliseo Pascual como fundador responsable de la unidad, acudieron la mayoría de los residentes de las tres provincias de la Comunidad Valenciana.

Se celebró una reunión científica en la que el doctor José Ivorra, del hospital Dr. Peset de Valencia, hizo una exposición muy particular, al igual que el resto de los que intervinieron, comparando el tratamiento de la artritis reumatoide hace 20 años con la actualidad, aludiendo a textos clásicos y actuales de manuales de reumatología.

La doctora Vega Jovaní, del Hospital de Elda, Alicante, presentó una actualización de la aparición de psoriasis paradójica en los pacientes en tratamiento con fármacos anti-TNF, mientras

que el doctor Mauricio Mínguez, del Hospital de San Juan, Alicante, caricaturizó las características de cada uno de sus compañeros residentes de reumatología.

La intervención del doctor Eliseo Pascual quedó para el final. Resumió su vida profesional desde su inicio en el Hospital General de Asturias, su periplo americano en Filadelfia y el período de los últimos 30 años como reumatólogo en el Hospital General de Alicante, su actividad docente de la especialidad de la Unidad, y como catedrático de Reumatología de la Universidad; uno de los tres catedráticos de la especialidad que hay en España.

Como era de esperar, la reunión continuó con una agradable y amena cena.

# Humira (adalimumab), Premio Galeno a la Innovación en la Atención al Paciente

PRIX GALIEN USA DESIGNA A HUMIRA “MEJOR PRODUCTO BIOTECNOLÓGICO”

Abbott ha recibido el Premio Galeno 2007 al Mejor Producto Biotecnológico por HUMIRA® (adalimumab), primer anticuerpo totalmente humano aprobado. Humira ha sido aprobado para su uso en el tratamiento de la artritis reumatoide de moderada a severa, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante y enfermedad de Crohn de moderada a severa.

El Premio Galeno, considerado equivalente al Premio Nobel y otorgado por Prix Galien USA, es uno de los más importantes galardones en la industria farmacéutica y biomédica, reconociendo la excelencia en la investigación e innovación médica y científica. Este es el primer año en que el premio, fundado en Francia en 1970 y reconocido como un título a la investigación internacional, ha sido ampliado para distinguir la innovación científica de compañías farma-

céuticas y biotecnológicas de EE.UU. específicamente. Abbott logró la concesión internacional del prestigioso Premio Galeno en 1999 por desarrollar uno de los primeros inhibidores de proteasa para el tratamiento del VIH.

“Abbott se siente profundamente honrado con la recepción del Premio Galeno, en cuanto que reconoce nuestro trabajo en el descubrimiento y desarrollo de tratamientos innovadores para enfermedades inmunológicas”, ha dicho el Dr. John Leonard, vicepresidente para Asuntos Globales Médicos y Científicos de Abbott. “Humira se ha convertido en una importante opción de tratamiento para muchos pacientes afectados por estas enfermedades.”

Humira se identifica con los anticuerpos que habitualmente se encuentran en el cuerpo y trabaja específicamente bloqueando el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- $\alpha$ ), una

proteína que producida en exceso juega un papel fundamental en la inflamación asociada a las enfermedades autoinmunes. Humira es un agente biológico totalmente humano auto-administrado y en la actualidad 190.000 pacientes en todo el mundo se tratan con él.

“Humira representa años de esforzada investigación como parte de nuestro compromiso para mejorar la condición humana”, ha declarado el profesor Jochen Salfeld, vicepresidente de la división de Investigación Biológica, en el Centro de Bioinvestigación de Abbott, que jugó un papel decisivo en el desarrollo de Humira. “Creemos que Humira posee potencial para mostrarse eficaz en otras enfermedades con significativos problemas no resueltos y continuamos en esa vía de investigación con la esperanza de proporcionar alivio a los pacientes en todo el mundo.”



## Revista de la SVR: primer aniversario

Con la publicación de su número de Octubre la revista de la Sociedad Valenciana de Reumatología celebra el primer aniversario de su nueva etapa, cumpliendo los objetivos que se marcó la Junta Directiva de la Sociedad hace un año. Junto a las secciones

habituales de Originales, Revisiones, Casos clínicos, Galería de imágenes y Buzón de la evidencia, la reunión de antiguos residentes de Reumatología del HGU de Alicante, en torno a la figura señera del Dr. Eliseo Pascual, es argumento de primer orden en este interesante número.



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



- ANTI-TNFs
- ARTRITIS REUMATOIDE
- ESPONDILITIS ANQUILOSANTE
- OSTEOPOROSIS

## ANTI-TNFs

### La mortalidad no es mayor a la esperada en los pacientes con artritis reumatoide tratados con anti-TNFs

ALL-CAUSE AND CAUSE-SPECIFIC MORTALITY IN RHEUMATOID ARTHRITIS ARE NOT GREATER THAN EXPECTED WHEN TREATED WITH TUMOUR NECROSIS FACTOR ANTAGONISTS..

Carmona L, Descalzo MA, Pérez-Pampín E et al. *Ann Rheum Dis* 2007; 66: 880-85.

La mortalidad está aumentada en los pacientes con artritis reumatoide (AR) sobre todo por una mayor incidencia de eventos cardiovasculares, infecciones y cáncer.

El objetivo de los autores es evaluar si el tratamiento con anti-TNFs influye en la mortalidad de estos pacientes y en la incidencia de eventos cardiovasculares, infecciones y cáncer.

Para ello se comparan dos grupos enfermos con AR. Uno procedente del registro BIOBADASER (registro español de acontecimientos adversos de terapias biológicas

en enfermedades reumáticas, 2001-2006) y el otro del registro EMECAR (cohorte de pacientes con AR establecida para estudiar las características de la enfermedad y la comorbilidad asociada en España, 1999-2005). BIOBADASER incluye a 4459 pacientes tratados con anti-TNFs por diversas enfermedades reumáticas. De este grupo se seleccionaron 789 pacientes con AR que iniciaron el tratamiento antes de 2002, de forma que se aseguraba un seguimiento de cinco años. Del registro EMECAR se obtuvieron datos de 789 pacientes con AR, y se excluyeron del análisis aquellos que se trataron durante el seguimiento con anti-TNFs. Los autores realizan una estimación de la densidad de incidencia de eventos cardiovasculares, cáncer e infecciones en ambas series y luego comparan las de los dos grupos. La mortalidad estandarizada se comparó con la mortalidad en la población general.

También se compararon dos muestras de 67 pacientes de BIOBADASER y 67 pacientes de EMECAR en los que las características de actividad de la enfermedad eran semejantes.

Los resultados muestran que los eventos cardiovasculares y cáncer están aumentados en el grupo de pacientes EMECAR respecto a los de BIOBADASER (RR: riesgo relativo para eventos cardiovasculares se situó en el rango 5-7, y 2,9 para cáncer), mientras que el riesgo de infecciones graves está aumentado en el grupo BIOBADASER (RR: 1,6). La razón de mortalidad de BIOBADASER respecto a EMECAR fue de 0,32 (0,2-0,53) para todas las causas. Cuando se analizan las principales causas específicas de mortalidad se observa que para eventos cardiovasculares el RR es de 0,58 (0,24-1,41), 0,52 (0,21-1,29) para infecciones y 0,36 (0,10-1,30) para cáncer.

El aumento de mortalidad que se observa en los pacientes con AR se produce sobre todo por eventos cardiovasculares, infecciones y cáncer. En general, todas estas causas se relacionan con la actividad y gravedad de la enfermedad, así como con los diferentes tratamientos. La introducción de los anti-TNF supone un mejor control de la enfermedad, por lo que podrían disminuir estos factores de riesgo. Si bien, a su vez, el propio trata-

miento aumenta el riesgo de determinados tipos de cáncer e infecciones por lo que el balance final es difícil de precisar.

De los resultados del presente trabajo los autores concluyen que los pacientes con AR en tratamiento con anti-TNFs no tienen mayor mortalidad ni morbilidad que las esperadas, excepto para las infecciones severas.

Los autores explican que hay que tomar con cautela estos resultados. No debemos olvidar que se trata de un estudio observacional con diferencias entre las características entre los pacientes de los dos registros. Por ejemplo en BIOBADASER encontramos pacientes con enfermedad más activa, con una edad media algo inferior y mayor proporción de mujeres.

De cualquier forma para los reumatólogos españoles la información que nos proporciona este trabajo es muy interesante. Los pacientes que hemos tratado durante estos años con estos nuevos fármacos, no han tenido más mortalidad de la esperada a pesar del aumento de infecciones severas. Este dato indica un mínimo de calidad en la selección y asistencia a los pacientes graves con AR que han sido tratados con anti-TNFs.

Dr. José Ivorra Cortés

## ARTRITIS REUMATOIDE

### Los pacientes con artritis reumatoide son reacios a cambiar de tratamiento

Wolfe F, Michaub K. *Arthritis Rheum* jul. 2007.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad que aumenta la mortalidad y provoca una discapacidad importante entre las personas que la padecen. En estos momentos existe un amplio consenso sobre las ventajas de un tratamiento precoz de la AR, con fármacos modificadores de la enfermedad y / o con los nuevos medicamentos biológicos. Los fármacos biológicos también logran que mejoren los pacientes con enfermedad evolucionada en los que los tratamientos habituales han perdido su eficacia. La estrategia del tratamiento se basa en conseguir un buen control de la actividad inflamatoria y a ser posible la remisión de la enfermedad, con ello se evita la discapacidad y el daño estructural. Sin embargo, parece que en la práctica clínica habitual la actitud terapéutica es mucho más conservadora de lo que se recomienda. Esta discordancia se ha atribuido tradicionalmente a varios factores casi siempre relacionados con la práctica médica. En general los médicos tienden a seguir utilizando las pautas terapéuticas que manejan habitualmente. En parte debido al temor a los posibles efectos

secundarios y al tiempo necesario para familiarizarse con el uso nuevos fármacos. El mayor precio de los tratamientos y tal vez la dificultad para evaluar de forma objetiva la actividad de la enfermedad tienen un papel en esta actitud conservadora.

En un reciente artículo publicado en la revista *Arthritis and Rheumatism* correspondiente al mes de julio, Wolf y Michaud investigan la opinión que tienen los pacientes con AR respecto a su tratamiento. Tras realizar una encuesta a 6.135 pacientes con AR observan que más de tres cuartas partes (77,3%) de los pacientes están satisfechos con el tratamiento que reciben y el 63,8 % no quieren cambiar su tratamiento a menos que su enfermedad empeore. Los factores que más influyen en no querer cambiar de medicación son la satisfacción respecto al control de la enfermedad, y el temor a los efectos secundarios de los nuevos tratamientos.

Cuando se analiza la actividad de la enfermedad mediante el HAQ o el PAS (Patient Activity Index) los autores encuentran escasa relación con el grado de satisfacción. Por ejemplo entre los pacientes satisfechos se observa que casi la mitad tienen un HAQ > 1.

Todos estos datos indican que hay una discrepancia entre las expectativas de médicos y pacientes, que se tienen que tener en cuenta a la hora de planificar las nuevas estrategias terapéuticas. Tal vez muchos pacientes se conformen en seguir como están y no tanto en mejorar. Por ello la información adecuada sobre el pronóstico de la enfermedad si persiste la actividad inflamatoria puede ser relevante. De esta forma se pueden comparar los efectos secundarios de los fármacos y los "efectos secundarios" de la enfermedad.

Dr. José Ivorra Cortés

### Tratamiento con anti-TNF y riesgo de cáncer en AR

TRATAMIENTO BIOLÓGICO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE Y EL RIESGO PARA MALIGNIDAD. ANÁLISIS DE UN AMPLIO ESTUDIO OBSERVACIONAL.

Wolfe F, Michaub K. *Arthritis Rheum* 2007; 57:2886-2895.

La asociación de la artritis reumatoide (AR) y el desarrollo de tumores es un problema que preocupa a los reumatólogos en dos vertientes: la primera es la posible asociación entre la propia AR y el desarrollo de tumores; la segunda es la relación que pueda existir entre el tratamiento y el desarrollo de tumores. Varios estudios epidemiológicos están acumulando evidencia acerca de un incremento de tumores hematopoyéticos, de pulmón y cutáneos en los pacientes con AR, mientras que los tumores de mama y de colon están aparentemente disminuidos. En los últimos años con el desarrollo de los nuevos fármacos anti-TNF, existe una preocupación creciente

por los posibles efectos secundarios que estos fármacos puedan tener, particularmente en la vertiente tumoral.

Los autores del estudio describen las tasas y el riesgo tumoral en los pacientes con AR asociados a la terapia biológica. Los pacientes se extraen del Banco Nacional de Datos para Enfermedades Reumáticas de los EE.UU. En este banco de datos los pacientes rellenan formularios bianuales, registrándose datos demográficos, gravedad de la enfermedad, tratamientos y presencia de tumores. La población con la que se realizó la comparación se obtuvo de otro banco de datos dependiente del programa del Instituto Nacional del Cáncer. Se realizó un análisis estadístico con un modelo de regresión logística condicional y se realizaron ajustes de acuerdo a edad, sexo, nivel de educación, tabaco, escala de actividad de los pacientes y uso de prednisona.

En el análisis los autores encuentran un incremento en el riesgo de tumores cutáneos no melanomas (OR 1.5. IC95% 1.2-1.8) y posiblemente melanomas (OR 2.3. IC95% 0.9-5.4, P=0.07) en los pacientes que reciben terapia biológica (infliximab, etanercept, adalimumab y anakinra). No parece que la duración de la terapia influya en este riesgo y no se encontró asociación a otro tipo de tumor.

En la discusión los autores realizan observaciones comparando estos resultados con los obtenidos en pacientes inmunosuprimidos debido a transplantes, en los que en estos pacientes se observa un incremento de la presencia de tumores cutáneos. Se discuten por otro lado la discordancia de los datos obtenidos con los presentados por un metaanálisis en el que se analizaron solo infliximab y adalimumab. Finalmente se comentan las limitaciones que presentan los estudios observacionales, como son la estratificación de acuerdo a la severidad de la artritis, los diversos criterios utilizados para la prescripción del fármaco biológico de acuerdo a los conocimientos de la enfermedad y la fiabilidad de las bases de datos.

En nuestra opinión este es un artículo de interés, que permite "perfilarse" de forma paulatina el conocimiento sobre los efectos secundarios de los fármacos anti-TNF. Aunque se observa un incremento de tumores cutáneos no melanoma, no parecen existir diferencias con los trata-

mientos habituales que se utilizan en la AR. Es importante dilucidar los efectos secundarios que ésta u otro tipo de medicación pueda tener en los pacientes con AR. Sin embargo, parece necesario la utilización de cohortes y registros nacionales para realizar estos estudios. Sin olvidar que es importante que los clínicos, que son los que realmente atienden a los pacientes, se involucren en estos estudios para conseguir unos altos niveles de fiabilidad.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

### Anti-peptidos citrulinados: precisión diagnóstica en artritis reumatoide.

**META-ANÁLISIS: PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE LOS ANTICUERPOS ANTI-PEPTIDOS CITRULINADOS Y DEL FACTOR REUMATOIDE EN LA ARTRITIS REUMATOIDE.**

*Nishimura K, Sugiyama D, Fogata Y, et al. Ann Intern Med 2007;146:797-808.*

La artritis reumatoide (AR) afecta a cerca del 1% de la población y es causa de dolor e incapacidad en nuestros pacientes. Hoy en día no hay ninguna duda de que el diagnóstico precoz de la AR es de mayor importancia para evitar las secuelas articulares, en muchas ocasiones irreversibles. El factor reumatoide (FR) y los anticuerpos anti-peptidos cíclicos citrulinados (anti-PCC) pueden ser de gran ayuda para el diagnóstico de la AR, especialmente en las fases precoces de la enfermedad.

Este grupo de autores realiza un metaanálisis para conocer si los anti-PCC frente al FR tienen mayor precisión diagnóstica para identificar pacientes con AR y si predicen mejor la progresión radiológica. Evaluaron estudios publicados en cualquier idioma que al menos incluyeran 10 pacientes y examinaran el papel de los anti-PCC y FR en el diagnóstico, pronóstico de pacientes con AR conocida o que existiera sospecha. Finalmente se analizó la sensibilidad, especificidad y los índices de probabilidad (likelihood ratio) positiva y negativa en 37 estudios de anti-PCC y 50 de FR.



	Anti-PCC	FR
Sensibilidad:	-67% (62%-72%)	69% (65%-73%)
Especificidad:	95% (94%-97%)	85% (82%-88%)
Índice probabilidad (+):	12.46 (9.72-15.98)	4.86% (3.95-5.97)
Índice probabilidad (-):	0.36 (0.31-0.42)	0.38 (0.33-0.44)

En la tabla se observa que la sensibilidad de ambos parámetros es similar, sin embargo los anti-PCC tienen mayor especificidad e índice de probabilidad (+) que el FR. El comparar los resultados de anti-PCC solos o asociado al FR no mejora los resultados.

No se encontraron diferencias entre los pacientes con AR precoz al compararlos con todos los estudios ni tampoco entre los índices de probabilidad de los distintos tipos de FR, IgM, IgA o IgG. Respecto a la progresión radiológica, fue mayor en los pacientes con anti-PCC positivos que entre los FR positivos.

Sin duda, dada su especificidad, la detección de los anti-PCC ha sido un gran avance para mejorar el diagnóstico precoz de la AR y hoy día es una prueba de rutina en Reumatología para el estudio de pacientes en los que se sospecha esta enfermedad. Por otro lado, parece que los anti-PCC podrían señalar a un grupo de pacientes con peor pronóstico, con mayor probabilidad de progresión radiológica en los que se debería ser más cauto con el tratamiento a seguir. El uso e interpretación adecuada de los dos parámetros debe servir para que ningún paciente con AR quede sin diagnóstico y por tanto sin el tratamiento adecuado.

Dr. José Rosas

## ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

### Marcadores biológicos en la espondilitis anquilosante

**CAMBIOS EN LA RESPUESTA CLÍNICA Y MARCADORES BIOLÓGICOS ÓSEOS EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN TRATAMIENTO CON ETANERCEPT.**

Woo JH, Lee HJ, Kim TH. *J Rheumatol* 2007;34 1755-1759.

A pesar del importante avance en la terapéutica en la espondilitis anquilosante (EA), existen diversos problemas que necesitan ser resueltos. No existe ninguna forma específica de realizar un diagnóstico hasta que la enfermedad está completamente desarrollada. Tampoco contamos con marcadores que permitan evaluar una respuesta eficaz del tratamiento, así como datos que permitan predecir el pronóstico de la enfermedad.

Teniendo en cuenta estas importantes premisas los autores del estudio evalúan diversos marcadores biológicos que puedan predecir una respuesta en los pacientes con EA en tratamiento con etanercept.

Los autores evalúan 26 pacientes con EA en tratamiento con etanercept. Como medidas de desenlace realizaron: osteocalcina y BALP (fosfatasa alcalina ósea específica) que evalúan la formación ósea; CTX (telopéptido C) que evalúa la resorción ósea; MMP-3, TGF- $\beta$ , M-CSF, RANKL y OPG, como marcadores que intervienen en el proceso inflamatorio. Las determinaciones se realizaron en suero de forma basal y a la semana 12.

Desde el punto de vista clínico se observó mejoría significativa tanto el BASDAI como en el BASFI a la semana 12 en todos los pacientes, alcanzando un ASAS 20 el 84,6% de los pacientes. Los niveles séricos de osteocalcina y BALP se incrementaron de forma significativa a la semana 12 mientras que los niveles de CTX no se modificaron. Los niveles de MMP-3, TGF- $\beta$ , M-CSF disminuyeron de forma significativa a la semana 12 mientras que RANKL y OPG no se modificaron. Se observó una correlación basal entre los niveles de MMP-3 y la VSG y PCR, sin embargo no se observó a la semana 12.

En las conclusiones los autores sugieren que la medición de los niveles séricos de MMP-3 podría ser útil para la monitorización de la terapia con etanercept. El estudio es objeto de una editorial por parte de la revista, en la que analizan las dificultades para realizar una monitorización adecuada en los pacientes con EA. Hasta ahora la respuesta clínica se evalúa mediante cuestionarios consensuados, sin embargo estos están sometidos a cierta subjetividad que impide una medición más objetiva de la enfermedad.

En nuestra opinión estos estudios, a pesar de las dificultades que conllevan, deberían realizarse en series amplias de pacientes y de forma longitudinal en cohortes de seguimiento. Además, aunque la terapia biológica es importante, no debe perderse la perspectiva de aquellos pacientes que no precisan este tipo de terapia. De esta manera será posible en el futuro encontrar marcadores biológicos, serológicos o genéticos que permitan conocer la progresión natural de la enfermedad y que permitan de una manera objetiva realizar un diagnóstico, un pronóstico y una respuesta al tratamiento en la EA y en otras enfermedades inflamatorias con una base autoinmune.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

## OSTEOPOROSIS

### Estudio económico sobre la utilización de alendronato en el tratamiento de la osteoporosis

ANÁLISIS COSTE-EFICACIA DEL TRATAMIENTO CON ALENDRONATO EN LA OSTEOPOROSIS POSMENOPÁUSICA EN 9 PAÍSES EUROPEOS. EVALUACIÓN ECONÓMICA BASADA EN EL FRACTURE INTERVENTION TRIAL.

Ström O, Borgström F, Sen SS et al. *Osteoporos Int* 2007; 18: 1047-1061.

Los autores nos presentan un interesante estudio farmacoeconómico en el que se comparan los datos de coste-eficacia del tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica en 9 países europeos (Bélgica, Dinamarca, Francia, Alemania, Italia, Noruega, España, Suecia y Reino Unido).

La metodología que utilizan es un modelo de Markov en dos escenarios clínicos diferentes. El primer escenario sería el de la población de mujeres posmenopáusicas con al menos una fractura vertebral previa, y el segundo el de mujeres posmenopáusicas con osteoporosis pero sin fractura vertebral. Para ello los autores utilizan los datos de eficacia de diferentes brazos del estudio FIT (Fracture Intervention Trial). Para el primer escenario analizan los datos del Vertebral Fracture Arm, que son pacientes con alguna fractura vertebral y un T score a nivel del cuello femoral de  $< -1,6$  desviaciones estándar. En el segundo escenario se analizan los datos de los pacientes con osteoporosis por densitometría de cadera del Clinical Fracture Arm pero sin fracturas previas, que es otro brazo del estudio FIT.

En los resultados se observa que el tratamiento durante 3 años con alendronato es en todos los países costo eficaz cuando existe una fractura vertebral previa. Si no existe fractura previa los resultados varían entre los países dependiendo fundamentalmente de la incidencia de fracturas. Por esta razón el tratamiento es menos costo eficaz en los países mediterráneos, que en los escandinavos.

A pesar de que en el presente estudio parte de las diferencias entre los países pueden atribuirse a diferencias en el cálculo de los costes de las fracturas, que no siempre se atienen a la realidad, sí que nos da una idea general de las condiciones en las que la intervención con alendronato es más o menos cara. Por ejemplo de los resultados también se desprende que es poco costo eficaz tratar pacientes jóvenes o con osteopenia si no hay fractura vertebral previa.

Para España por lo tanto es costo eficaz tratar con alendronato a pacientes con fractura vertebral previa y queda mucho menos clara la rentabilidad de tratar pacientes sin fractura vertebral.

### Osteoporosis del varón y bloqueo hormonal

EFFECTOS DE ALENDRONATO ORAL SEMANAL SOBRE LA MASA ÓSEA EN VARONES QUE RECIBEN TRATAMIENTO DE DEPRIVACIÓN ANDROGÉNICA POR CÁNCER DE PRÓSTATA: ENSAYO CLÍNICO RANDOMIZADO.

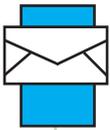
Greenspan SL, Nelson JB, Trumbo DL, Resnick NM. *Annals of Internal Medicine* Vol 146:416-424.

El cáncer de próstata es la segunda causa de muerte por cáncer en varones. Aunque inicialmente el tratamiento de privación androgénica (TDA) se utilizaba en el cáncer de próstata avanzado, en la actualidad también se usa con frecuencia en pacientes sin metástasis. El uso de TDA ha aumentado casi 4 veces en los últimos 10 años y más del 45% de los pacientes lo reciben. Sabemos que este tratamiento provoca pérdida de masa ósea por aumento de la resorción ósea, especialmente en el primer año de administración, y aumento de fracturas osteoporóticas.

En este estudio, Greenspan y cols realizan un ensayo clínico randomizado para evaluar si 70 mg semanal de alendronato controlado con placebo es capaz de prevenir la pérdida de masa ósea y reducir el metabolismo óseo, en 112 varones con cáncer de próstata no metastático, que reciben TDA durante 1 año. El tiempo medio en tratamiento TDA era de 14 meses. Todos los pacientes recibieron suplementos de 1 g de calcio y 400 UI de vitamina D.

Al inicio del estudio, el 39% de los varones tenían osteoporosis y el 52% osteopenia. Al finalizar el estudio, el grupo tratado con alendronato había aumentado de forma significativa la masa ósea a nivel lumbar (3.7%. IC: 2.8%-4.6%.  $p<0.001$ ) y de menor intensidad en cadera (1.6%. IC: 0.4%-2.8%.  $p=0.008$ ). Sin embargo, en el grupo de placebo se obtuvo descenso significativo a nivel lumbar (-1.4%. IC: -2.7%-0.03%.  $p=0.04$ ) y no en cadera (-0.7%.  $p=0.08$ ). Al comparar los grupos, la diferencia al año era de 5.1 puntos de porcentaje a nivel lumbar ( $p<0.0001$ ) y de 2.3 puntos en cadera ( $p<0.0001$ ). A nivel de marcadores de remodelado óseo, el descenso fue significativo en el grupo de alendronato ( $p<0.001$ ).

Aunque los resultados del estudio se refieren a 1 año, avalan el uso de fármacos antiresortivos, en este caso alendronato semanal, para prevenir la pérdida de masa ósea, en pacientes varones con cáncer de próstata que reciben tratamiento de privación hormonal. Aunque el alendronato ha demostrado en otras situaciones su eficacia para prevenir fracturas osteoporóticas, sería aconsejable realizar los estudios adecuados para demostrarlo con el uso de TDA.



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

## Bursitis: dolor localizado frecuente

Desde hace varios meses he tenido dolor en la zona de la cadera izquierda. Acudí a mi médico de cabecera y tras hacerme radiografías, me dijo que la cadera estaba bien. Sin embargo, aunque me recetó unas pastillas para el dolor no se me quitaba y tenía dificultades para caminar. Finalmente me remitió a un reumatólogo y me dijo que tenía una bursitis, me puso una infiltración y la verdad es que mejoré mucho. Sin embargo no entendí muy bien lo que es una bursitis y aunque tenía el dolor en la cadera, ¿porqué no se veía nada en la radiografía?

**Celia. Culleredo**

Una bursitis es un tipo de dolencia clasificada en lo que se conocen como reumatismos de partes blandas, que afectan a estructuras próximas a las articulaciones como son los tendones y las bursas o bolsas serosas.

Las bolsas serosas son como "almohadillas" que contienen una pequeña cantidad de líquido, cuya misión es facilitar el desplazamiento de los tendones o la piel sobre las estructuras óseas vecinas.



La razón de su existencia es para impedir la lesión de estas estructuras al deslizarse sobre el hueso.

La bursitis es, pues, la inflamación de una bursa. En la mayoría de las ocasiones se produce por microtraumatismos repetidos sobre la zona, durante actividades de la vida diaria. En otras ocasiones se deben a diversas enfermedades reumáticas inflamatorias como la gota o enfermedades articulares debido al depósito de cristales de calcio microscópicos. Ocasionalmente pueden producirse infecciones.

El diagnóstico de las bursitis se realiza en función de los datos clínicos y la exploración física característica. Salvo en caso de que existan calcificaciones por depósitos de cristales en las bursas, lo habitual es que las radiografías de la zona sean normales. Actualmente puede visualizarse la inflamación de las bursas mediante técnicas de imagen como la ecografía o la resonancia magnética del área afectada, sin embargo en la mayoría de las ocasiones no es necesario realizar estas técnicas.

El tratamiento suele ser sencillo. Habitualmente con reposo, calor local y antiinflamatorios suele ser suficiente. Si se demuestra que contiene gran cantidad de líquido, es adecuado realizar una punción para extraer líquido y analizarlo. Si no hay mejoría, se aconseja realizar infiltraciones locales con esteroides.

En su caso pensamos que usted ha presentado una bursitis muy frecuente, lo que se conoce como una bursitis pertrocantérea: En ocasiones el dolor produce dificultad para la movilidad, que origina

una sensación de que la cadera está afectada; sin embargo esta articulación se encuentra perfectamente. Por otro lado, como usted nos comenta, la infiltración ha resuelto el problema, lo que refuerza además el diagnóstico.

**Dr. José Luis  
Fernández Sueiro**

### Tratamiento de la gota: ¿Puedo descansar?

Tengo 53 años y desde hace 8 años sigo tratamiento para la gota. La verdad es que antes de hacer bien el tratamiento tenía muchos ataques, sobre todo en el pie y lo pasaba muy mal. Desde hace casi 5 años, que llevo a rajatabla el alopurinol de 300, no he vuelto a tener

ataques y puedo tomar un poco de vino en las comidas. Mi médico me dice que el tratamiento es para toda la vida y que si me lo dejo me volverán esos ataques, pero llevo ya mucho tiempo bien. Mi pregunta es si es verdad que no puedo dejar el tratamiento al menos un tiempo.

**José M (Madrid)**

La gota se produce por la formación y depósito de cristales de urato monosódico en las articulaciones, provocando el típico ataque por inflamación aguda. La aparición de un ataque agudo de artritis depende en gran medida del nivel en sangre de ácido úrico. Así, sabemos que el 50% de los pacientes con niveles en sangre superiores a 9 mg, presentarán un ataque en los 5 años siguientes.

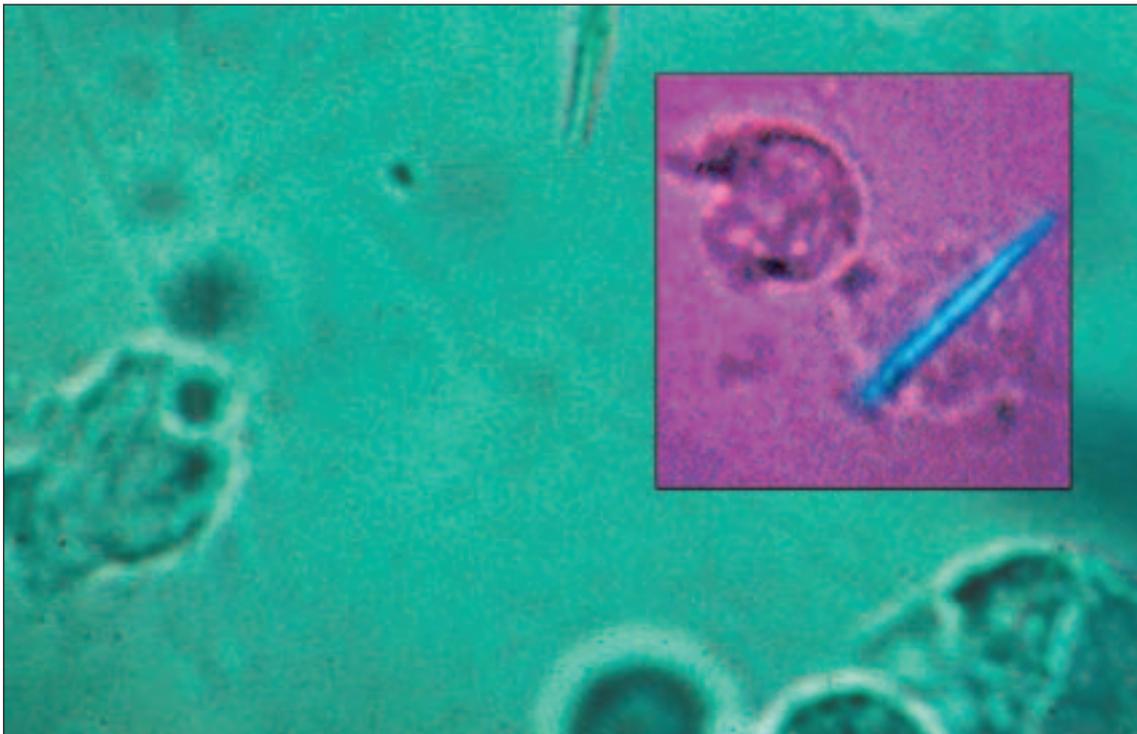
En la mayoría de los pacientes con gota, si se hace bien el tratamiento, es decir, se sigue con regularidad, el nivel sérico de ácido úrico disminuye de forma relevante y se puede plantear ir disminuyendo la dosis del fármaco también de forma paulatina, intentado mantenerlo por debajo de 6 mg. Por el contrario, si el tratamiento es irregular, los niveles no se controlan e incluso pueden provocarse ataques agudos. En ocasiones, en casos resistentes hay que revisar factores que sabemos que aumentan el ácido úrico en sangre como la toma de fármacos diuréticos en hipertensos y la ingesta de alcohol.

Respecto a su pregunta, sobre si puede descansar del tratamiento que baja el ácido úrico, la res-

puesta parece clara: si deja el tratamiento, el nivel en sangre de ácido úrico subirá y por tanto el riesgo de volver a tener ataques también. Sin embargo, gracias a un estudio español reciente (Pérez Ruiz F. Arthritis Care Research, 2006), sabemos que los pacientes que con tratamiento alcanzan niveles por debajo de 5 mg, si dejan el tratamiento tienen un riesgo bajo de volver a tener ataques en los 4 años siguientes. Parece que este riesgo menor se mantiene con niveles de ácido úrico en sangre por debajo de 8.7 mg.

Por tanto, si su nivel de ácido úrico en sangre es menor de 5 mg, se puede plantear dejar el tratamiento, y reiniciarlo si supera en los controles los 8 mg.

**Dr. José Rosas**



## ¿Qué colchón es mejor para el dolor lumbar?

Desde hace dos o tres años tengo dolor lumbar que incluso me despierta por las noches, y es más fuerte al levantarme por la mañana. Voy a cambiar el colchón porque hace años que lo tengo. He oído decir que los colchones duros y firmes son los mejores. Me gustaría que me aconsejaran.

**Luisa Pérez. Torrent**  
(Valencia)

Durante mucho tiempo se ha aconsejado la utilización de colchones duros para el dolor lumbar crónico. Sin embargo, estudios recientes parecen sugerir que los colchones de dureza media son mejores para los pacientes con dolor lumbar crónico. Por ello si tiene que cambiar el colchón yo le recomendaría uno de estas características. Más específicamente buscaría un colchón con una dureza de entre 5 y 6 en la escala europea.

**Dr. José Ivorra Cortés**

## Lágrimas de suero propio para el ojo seco grave

Tengo 59 años y tengo la enfermedad de la sequedad o Sjögren desde hace ya 12 años. Me afectó al principio a la boca, pero en los últimos años lo estoy pasando fatal con los ojos.

He probado tratamientos a base de lágrimas artificiales de todo tipo, incluso me han puesto tapones de silicona para que me duraran más las lágrimas que me ponía. Con todo esto todavía hay épocas que lo sigo pasando mal.

En la última visita el reumatólogo y el oftalmólogo se han puesto de acuerdo y me han mandado que me hagan lágrimas de mi propia sangre y me he quedado sorprendida. Me gustaría tener más información sobre esto.

**Luisa S**  
(Villajoyosa. Alicante)

El síndrome de Sjögren es una enfermedad reumática de las denominadas autoinmunes porque se produce una respuesta inmunológica inflamatoria que afecta principalmente a las glándulas lacrimales y salivales provocando la sequedad de ojos y boca.

El tratamiento del ojo seco se basa en medidas protectoras (evitar ambientes secos, uso de gafas de sol, etc); sustituir con lágrimas artificiales, especialmente sin conservantes, para evitar irritación ocular; y estimulantes de la producción glandular, como la pilocarpina, aunque ésta es más eficaz para el tratamiento de la sequedad bucal; en ocasiones se realizan medidas que ocluyen la salida del conducto lagrimal, bien de forma temporal como los tapones de silicona o definitiva mediante cirugía.

Las lágrimas artificiales convencionales contienen sustancias lubricantes, que provocan alivio variable. Sin embargo, a diferencia de las lágrimas naturales carecen de sustancias muy importantes para la salud y defensa del epitelio de la superficial ocular, como vitaminas (Vitamina A), proteínas del tipo de factores de crecimiento o anticuerpos con acción antimicrobiana. Esta es la base para el desarrollo y uso de lágrimas procedentes del suero de la sangre del propio paciente, que sí contienen este tipo de sustancias y presentan propiedades mecánicas y bioquímicas similares a las de la lágrima natural.

Estudios realizados en los últimos años han demostrado su eficacia en la sequedad ocular importante. En la actualidad, este tipo de lágrimas se utilizan en casos de sequedad ocular intensa en las que ha fracasado el tratamiento con lágrimas convencionales.

Por tanto, parece razonable la indicación en su caso de probar con lágrimas procedentes de su propio suero de la sangre o suero autólogo, que le prepararán en su hospital.

**Dr. José Rosas**

## Osteomielitis crónica tras una fractura

Me han dicho que tengo una infección crónica en un hueso de la pierna, producido a raíz de un accidente en el que fracturé la tibia. A pesar de que la

fractura se curó perfectamente, al cabo de un tiempo se produjo una herida en la pierna y empezó a salir pus. Los médicos me han dicho que esto fue una complicación de la fractura en la que se produjo una infección del hueso y que se ha producido una cronicación. Me gustaría que me explicasen el tipo de problema que tengo y cuales serían las posibilidades de curación del mismo.

**Antonio.**  
**El Burgo, La Coruña.**

La osteomielitis es un proceso infeccioso de la cortical y la médula ósea del hueso. Diversos factores pueden favorecer que se produzca ese proceso infeccioso en el hueso: la diabetes, pacientes con tratamientos que producen inmunodepresión, diversas técnicas invasivas diagnóstico-terapéutica y los accidentes que favorezcan las fracturas.

Cualquier tipo de hueso puede sufrir una infección, aunque generalmente suelen afectarse con más frecuencia los huesos largos. En general el hueso sano suele ser bastante resistente a la infección. Sin embargo, cuando se producen traumatismos con destrucción ósea importante o existen cuerpos extraños, el riesgo de que se desarrolle una infección es alto. En general los gérmenes llegan al hueso por una diseminación por la sangre proveniente de un foco infeccioso o por sembrado directo en el propio hueso. Dependiendo de la causa

que produce esta osteomielitis los gérmenes y la localización son variables.

Dependiendo de cómo se produzca el proceso infeccioso las osteomielitis se dividen en agudas o crónicas. En las agudas el paciente suele presentar malestar general, fiebre, dolor óseo y fenómenos inflamatorios en el área de la infección. En la osteomielitis crónica suelen existir síntomas locales con dolor en la zona infectada acompañado de supuración.

Respecto al tratamiento es fundamental identificar correctamente el germen causante para realizar el tratamiento antibiótico correcto. En general, en las osteomielitis agudas el pronóstico es bueno consiguiéndose una curación en la mayoría de los casos. En el caso de una osteomielitis crónica, como es el suyo, la situación puede ser diferente. Aunque es necesario intentar identificar el germen, se hace necesario realizar tratamiento con antibióticos y suele ser necesario realizar una cirugía que supone la limpieza del hueso y de los tejidos infectados. Posteriormente existen diversas técnicas que intentan injertar hueso sano en la zona afectada. En todo caso el tratamiento es complejo y no siempre se consigue obtener éxito.

En su caso, presenta una osteomielitis crónica muy probablemente como consecuencia de la fractura. El hecho de

que supure implica la presencia de la infección. Es por ello necesario que consulte a médicos expertos en estos procesos puesto que es muy probable que sea necesario realizar una cirugía.

**Dr. José Luis  
Fernández Sueiro**

### **Pádel y dolor de hombro**

Desde hace unos quince días tengo dolor en el hombro derecho, sobre todo después de jugar al pádel. Es la primera vez que juego. He ido a mi médico y me ha dicho que deje de jugar y que practique otro deporte como la natación. Me gustaría saber si hay alguna solución para poder jugar sin dolor.

**L. González. Valencia**

Muchas veces se producen molestias por desconocer la técnica adecuada en la ejecución de los diferentes golpes. Por ello en su caso, si quiere seguir jugando debería acudir a un curso en el que le enseñen a realizar los golpes con los movimientos adecuados para evitar lesiones. En cualquier caso sí que pueden ser útiles algunos consejos como realizar previamente estiramientos. Debe por otra parte hacer habitualmente ejercicios de estabilización del hombro y de potenciación del man-



guito de rotadores. Estos ejercicios se los puede enseñar un fisioterapeuta. Durante el partido son aconsejables los descansos frecuentes en los que se relaje la musculatura del hombro.

Si desea practicar la natación puede tener también problemas de hombro si no realiza ejercicios de potenciación de la musculatura estabilizadora del hombro.

**Dr. José Ivorra**



# Octubre, mes de las enfermedades reumáticas

A lo largo de octubre se han celebrado diversos días mundiales para conmemorar algunas de las enfermedades reumáticas más prevalentes en España. Día Mundial de la Artritis Reumatoide (10 de octubre), Día Mundial de las Enfermedades Reumáticas (12 de octubre); el Día Mundial contra el Dolor (17 de octubre) y, el Día Mundial de la Osteoporosis (20 de octubre), incluso el 1 de octubre, Día Nacional de la Artritis.

Con motivo del día Mundial de la AR, la Sociedad Española de Reumatología (SER) y la Fundación Española de Reumatología (FER) han querido poner de manifiesto algunos de los principales aspectos de una enfermedad que, en España, ya afecta a más de 200.000 personas.

## LA GUÍA MÁS COMPLETA

La FER y la SER han elaborado GUIPCAR, la guía práctica más completa sobre el manejo de la artritis reumatoide en España. La Guía cubre todos los aspectos de la enfermedad, desde cómo debe sospecharla el médico de Atención Primaria hasta la monitorización de fármacos. En la confección de esta guía, de alto contenido práctico, han colaborado reumatólogos, rehabilitadores, traumatólogos, médicos de atención primaria, enfermeras y epidemiólogos.

En este sentido, la guía, a partir de los argumentos expuestos por los especialistas, extrae conclusiones referidas al diagnóstico, la evolución de la enfermedad y su tratamiento, que pretenden ser de gran utilidad para el facultativo.

En cuanto a la detección y al diagnóstico, GUIPCAR recomienda que una artritis de reciente comienzo debería ser considerada una prioridad

diagnóstica para cualquier especialista y que no tendrían que pasar más de dos semanas para que un paciente con sospecha de AR sea atendido por un reumatólogo. En este sentido, la guía también recomienda una comunicación fluida entre el médico de Atención Primaria y el especialista.

En lo que se refiere a la evaluación de la AR, en una primera fase, ésta debería incluir la historia clínica del paciente, una exploración física y una analítica de sangre y de orina. Además, el facultativo debe evaluar el grado de la actividad inflamatoria, de discapacidad y de daño estructural residual; sin dejar de tener en cuenta factores sociodemográficos, marcadores genéticos y factores dependientes de la enfermedad, del tratamiento, psicológico y sociales.

## La FER y la SER presentan GUIPCAR, la guía más completa sobre el manejo de la AR

La guía analiza también las complicaciones que pueden darse durante el transcurso de la enfermedad, ya sea relacionadas con la propia patología, como la amiloidosis, la anemia, complicaciones cardíacas y pulmonares; o bien no relacionadas directamente con la AR, como las infecciones, la osteoporosis, las neoplasias o problemas de salud mental.

Finalmente, en cuanto al tratamiento de la AR, la guía recomienda, en una primera fase, el empleo de fármacos modificadores de la enfermedad (FAME), como el metotrexato. En

caso de una respuesta insatisfactoria, se recomienda la utilización de fármacos anti-TNF o la combinación de varios FAMEs. También se recomienda el uso de glucocorticoides por vía oral a dosis bajas como terapia modificadora de la enfermedad, siempre en combinación con FAME; de AINEs; y de analgésicos para el tratamiento del dolor.

En cuanto al tratamiento no farmacológico, GUIPCAR comenta diversas opciones, como la rehabilitación, el ejercicio terapéutico o la terapia ocupacional.

## DÍA NACIONAL DE LA ARTRITIS EN ESPAÑA

Veinticuatro hospitales madrileños se adherieron a la celebración del Día Nacional de Artritis (1 de octubre). Este año, la Coordinadora Nacional de Artritis (CONARTRITIS) y Asociación Madrileña de Pacientes con Artritis (AMAPAR), que promueven la campaña "Conoce la artritis y mejora tu vida", han querido concienciar a los enfermos y a la población en general sobre esta patología, instalando mesas en hospitales.

Precisamente para conocer mejor las artritis, se han editado las guías Puntos de Encuentro, declaradas "de interés científico" por la Sociedad Española de Reumatología (SER) y editadas gracias a la colaboración de laboratorios Wyeth, están dirigidas a los pacientes y a sus familiares, pero también a personas que en estos momentos tengan la enfermedad y no lo sepan y a la población en general, para que la conozcan. El conocimiento de la enfermedad y de sus síntomas, permitirá a quienes la padezcan poder acudir al especialista lo antes posible y poder tratarse cuando

aún no se haya producido un daño irreversible en la articulación.

“Un gran problema es que se piensa que los pacientes jóvenes o los niños no pueden tener artritis y esto hace que no se valoren los primeros síntomas, achacándolos a malas posturas, golpes, no haber descansado bien, el tipo de trabajo que se realiza, etc.” -relata explica Antonio Torralba, presidente de CONARTRITIS.-. “Todo ello deriva en un retraso en acudir al médico y por consiguiente, en la aplicación del tratamiento correcto”.

Al contrario de lo que se cree, la enfermedad aparece por regla general en la juventud, y tiene el pico de actividad cuando el enfermo todavía está en activo. De hecho, los primeros síntomas suelen manifestarse entre los 20 y los 45 años, aunque, en el caso de la artritis idiopática juvenil, aparecen antes de los 16 años. En España cada año se diagnostican 20.000 casos nuevos de artritis reumatoide, más de 8.000 de artritis psoriásica y unos 700 de artritis idiopática juvenil. En Madrid este grupo de enfermedades afecta a más de 25.000 habitantes.

“Las manifestaciones extraarticulares suelen aparecer asociadas a la inflamación articular, aunque en ocasiones pueden constituir la única manifestación de la enfermedad. En general aparecen en pacientes con títulos altos de factor reumatoide. Pueden ser cutáneas, oculares, vasculares, neurológicas, cardíacas, pulmonares y renales. Aparecen cuando la enfermedad no se encuentra bien controlada y se mantiene un elevado grado de actividad inflamatoria”, señala el doctor Manuel Romero Jurado, reumatólogo del Complejo Hospitalario Jaén y de la Clínica Cesema de Córdoba.

El diagnóstico precoz es crucial para poder aplicar un tratamiento efectivo que ayude a controlar la progresión de la enfermedad. En ese sentido, el Dr. Josep Blanch, presi-

dente de la Sociedad Española de Reumatología asegura que “un tratamiento agresivo de la enfermedad, hoy día, puede garantizar un buen y eficaz control de la enfermedad previniendo sus secuelas, en la mayor parte de los casos”.

Si la enfermedad no se controla puede llegar a ser muy discapacitante, “con un impacto en la calidad de vida comparable al que produce la ceguera”, -apunta el doctor Blanch. En ese sentido, Torralba cuenta que “en muchas ocasiones hay que cambiar las actividades de la vida diaria y no siempre se puede mantener el trabajo y el estilo de vida. No obstante, puede mejorarse mucho con los tratamientos y sabiendo convivir con la enfermedad”.

“En un principio, el paciente no conoce nada de este trastorno. Cuando el especialista le comunica que padece una enfermedad crónica y que puede tener graves consecuencias, generalmente el enfermo reacciona con ansiedad y miedo ante algo que no conoce. A medida que se le va explicando con más detalle en qué consiste, se va tranquilizando y aparece el interés en conocer detalles sobre esta patología”, relata el doctor Romero Jurado.

Las guías Punto de Encuentro han sido editadas sobre artritis reumatoide, artritis idiopática juvenil, espondilitis anquilosante, psoriasis y artritis psoriásica. Pueden consultarlas en la web:

[www.puntosdeencuentro.es](http://www.puntosdeencuentro.es)



## Riesgo de herpes zoster en las enfermedades reumáticas: no todo es AR

■ LR.- Dr. José Rosas

El herpes zoster (HZ) es una enfermedad común, que con frecuencia puede provocar dolor lancinante neurítico, especialmente a nivel del tórax y región facial (ramas del trigémino). Afecta al 10%-30% de la población a largo de la vida. Está causado por la reactivación de una infección latente por el virus varicela-zoster. En general su frecuencia aumenta claramente con la edad (riesgo a los 40-50 años: 2.9; a los 60-70 años: 6.9), pero también se asocia con enfermedades que afectan a la inmunidad mediada por células como el SIDA, linfomas y otras neoplasias, así como el uso de fármacos que disminuyen dicha inmunidad celular. Aunque no hay datos que demuestren si hay un aumento del riesgo de HZ en los pacientes con artritis reumatoide (AR), existe el convencimiento de

que ciertos fármacos de uso común en la AR, como el metotrexato y los fármacos biológicos, sí lo aumentan.

El estudio de Wolfe y cols, utilizando bases de datos oficiales de enfermedades reumáticas (National Data Bank for Rheumatic Diseases), analizan si la AR (10.614 pacientes) y los fármacos que se utilizan en esa enfermedad aumentan el riesgo de HZ, comparándolo a un grupo control de pacientes con enfermedades reumáticas no inflamatorias (1.721 pacientes).

En el análisis de los datos, la incidencia anual de HZ por mil pacientes es 3 veces superior a la población general, tanto en pacientes con AR (13.2%), como en el grupo de enfermedades no inflamatorias (14.6%), sin diferencias entre ellas al ajustar por edad y sexo. En ambos grupos, fueron predictores de HZ, tanto la afectación funcional

(medido por el HAQ: RR: 1.3%) como el uso de antiinflamatorios inhibidores de la COX-2 (RR: 1.3%). En el análisis multivariable de los fármacos utilizados por pacientes con AR, fueron predictores de HZ: ciclofosfamida (RR: 4.2), azatioprina (RR: 2.0), prednisona (RR:1.5), leflunomida (RR: 1.4), inhibidores de la COX-2 (RR:1.3). Sin embargo, el uso de fármacos utilizados con frecuencia en la AR como metotrexato, sulfasalazina, antipalúdicos o agentes biológicos no aumentaban el riesgo de HZ.

Por tanto, respecto a la población general, está aumentada la frecuencia de HZ en nuestros pacientes con enfermedades reumáticas, especialmente en los de mayor edad. En la artritis reumatoide la frecuencia aumenta con el uso de corticoides y leflunomida, pero no con FAMES comunes como el metotrexato.

ARTÍCULO  
ORIGEN:  
Frecuencia y  
predicción de  
herpes zoster en  
pacientes con  
artritis reumatoide y enfermedades reumáticas no inflamatorias. Wolfe F, Michaud K, Chakravarty EF. Rheumatology 2006;45:1370-1375.

## La mejoría con infliximab persiste tras su retirada en pacientes con AR de inicio reciente

■ LR.- Dr. José Ivorra

La aparición de los anti-TNF ha supuesto una revolución en el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide (AR). En un primer momento se demostró su eficacia en pacientes con AR evolucionada con mala respuesta a los tratamientos con fármacos modificadores de la enfermedad (FAMES) clásicos. Sin embargo, su retirada en este grupo de pacientes va generalmente asociada a un aumento de la actividad inflamatoria de la enfermedad. Este hecho y las dudas sobre la seguridad a largo plazo han frenado su utilización en pacientes con AR de reciente comien-

zo, a pesar de que existen claras evidencias de la mayor eficacia de la combinación de infliximab y metotrexato sobre la monoterapia con metotrexato, que es la pauta terapéutica habitual.

Van der Bijl y colaboradores publican en el número de julio de Arthritis and Rheumatism un análisis del seguimiento de los pacientes tratados con infliximab y metotrexato en el estudio BeSt (Arthritis Rheum 2005; 52: 3381-90).

Los pacientes seguidos fueron 120. Se consiguió retirar el infliximab a 77 (64%) pacientes. Los resultados de este estudio parecen

indicar que en las AR de reciente comienzo se puede conseguir inducir una baja actividad de la enfermedad a los dos años con metotrexato e infliximab, en una mayor proporción de pacientes que con metotrexato sólo (56% versus 33%. Ann Intern Med 2007;146:406-15). Estos resultados se consiguen tras haber retirado el infliximab, por lo que tanto el coste como los efectos secundarios a largo plazo se minimizan con esta estrategia terapéutica. Por otra parte, parece que en las AR de reciente comienzo el infliximab puede modificar a largo plazo los mecanismos de inflamación.

# Las isoflavonas de la soja aumentan la masa ósea

■ LR.- Dr. José Rosas

Con frecuencia vemos en los medios de comunicación general anuncios o campañas que aconsejan el consumo de productos de soja, por ser alimentos saludables y entre otros argumentos por ser bueno para los huesos. ¿Hay datos científicos que lo sustentan?

Las isoflavonas son estrógenos vegetales naturales parecidos al 17<sub>β</sub>-estradiol, que se encuentran de forma abundante en la soja. Estudios epidemiológicos de los últimos años indican que las mujeres que los toman tienen menor riesgo de osteoporosis. Actúan como un modulador selectivo natural sobre los receptores estrogénicos, abundantes en el hueso, pero a diferencia de los estrógenos del tratamiento hormonal sin efectos nocivos a nivel del útero o de la mama.

Recientemente el grupo italiano de Marini y cols, han publicado los resultados de un estudio randomizado, doble ciego y controlado con placebo, de 2 años de duración en 389 mujeres postmenopáusicas con osteopenia para valorar los efectos de un tipo de isoflavona (genisteína, en dosis de 54 mg) a nivel de la densidad mineral ósea lumbar femoral, así como del metabolismo óseo. Ambos grupos además recibieron diariamente 500 mg de calcio y 400 UI de vitamina D.

A los 2 años, el grupo que recibió isoflavonas presentaba incremento significativo de la masa ósea a nivel lumbar ( $p < 0.0001$ ) y cadera ( $p < 0.0001$ ) respecto al grupo placebo. Por otro lado, el grupo de isoflavonas presentó un incremento significativo en los marcadores de formación (fosfatasa alcalina ósea y factor de crecimiento insulín-like I) y disminución significativa en los

marcadores de resorción (excreción urinaria de piridinolina y desoxipiridinolina), sin cambios en el espesor de la pared endometrial uterina. Sin embargo, en el grupo de isoflavonas se obtuvo mayor número de efectos secundarios, especialmente gastrointestinales, que incluso provocaron el abandono del tratamiento. El estudio no evaluaba la aparición de fracturas.

Con los datos de este interesante estudio, se comprueba que las isoflavonas de la soja tienen efectos positivos sobre la masa ósea, tanto vertebral como femoral y en el metabolismo óseo de las mujeres postmenopáusicas. Sería de gran interés investigar si son capaces de mejorar sus resultados si se asociaran a otros fármacos, como por ejemplo los bifosfonatos y especialmente si son capaces de prevenir la aparición de fracturas osteoporóticas.

ARTÍCULO ORIGEN: Efectos de los fitoestrógenos en el metabolismo óseo de mujeres postmenopáusicas osteopénicas: estudio randomizado. Marini H, Minutoli L, Polito F, et al. Ann Intern Med 2007;146:839-847.

La Cátedra Bioibérica de la Universidad de A Coruña ha entregado las primeras becas de investigación a los dos mejores proyectos nacionales en condroprotección farmacológica, dotadas cada una de ellas con 12.000 euros.

La memoria del proyecto del Dr. Jaime Sánchez Lázaro (Hospital de León) titulada "Capacidad regenerativa del condroitín sulfato asociado a células troncales procedentes de tejido adiposo en lesiones articulares" ha sido premiada con una de las becas para la investigación. El otro proyecto ganador ha sido el del investigador Joaquim Forés (Hospital Clínic de Barcelo-

## Concedidas las primeras becas de investigación Hyalgan a la condroprotección

na) titulado "Eficacia del tratamiento con infiltraciones de ácido hialurónico en rizartrrosis. Medición con tests sensoriales y funcionales cuantitativos y tests subjetivos. Análisis de concordancia".

Un comité de 19 médicos, presidido por el doctor Francisco Blanco (reumatólogo del hospital Juan Canalejo de A Coruña) y que

cuenta con el Dr. Josep Vergés (farmacólogo clínico) como secretario del mismo, ha evaluado todos los trabajos presentados, que se habían realizado fundamentalmente en los campos de la investigación farmacológica clínica o experimental con SYSADOA (glucosamina, condroitín sulfato y ácido hialurónico)

ESTUDIO PRAXIS, DE LA S.E. DE FARMACIA HOSPITALARIA

## Etanercept presenta coste inferior en el tratamiento de la AR



**E**l estudio Praxis, un ensayo observacional retrospectivo, realizado en 41 centros hospitalarios españoles por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, ha sido presentado en Madrid. Su objetivo era analizar los costes derivados de la práctica clínica real en el tratamiento de la artritis reumatoide con fármacos anti-TNF, o modificadores biológicos de la enfermedad, durante más de un año.

Concretamente, se recopiló información de más de 1.100 pacientes con artritis reumatoide tratados con modificadores biológicos anti-TNF, un volumen de enfermos que ha convertido a Praxis en el mayor estudio de costes asociados a este tratamiento farmacológico, que actualmente implica un importante impacto presupuestario para el Sistema Nacional de Salud.

### MENOR COSTE DE ETANERCEPT

Según explica Juan Pablo Ordoñas, del Servicio de Farmacia Hospitalaria del Hospital General de Alicante, las conclusiones del estudio arrojan que etanercept presenta un coste/paciente/semestre significativamente inferior al resto de los biológicos disponibles en el mercado. Estas diferencias derivan, principalmente, de la diferencia existente entre las dosis teóricas recomendadas y las dosis realmente utilizadas en la práctica clínica, que han resultado ser menores para etanercept.

“Esto puede deberse a resistencias clínicas (fallo terapéutico), a las dosis necesarias para que sean eficaces los otros fármacos biológicos y al menor coste de administración de etanercept, por ser subcutáneo”,

añade. Esta diferencia se consolida con otros aspectos, como el número de consultas médicas, las pruebas analíticas y diagnósticas, las hospitalizaciones y los tratamientos concomitantes, en los que también hay diferencias.

Los datos fueron obtenidos de la práctica clínica habitual del tratamiento de la artritis reumatoide, de forma sistematizada y protocolizada. “Muchos estudios farmacoeconómicos que son publicados actualmente utilizan datos foráneos o estimados”, añade Ordoñas. Según concluye, “el estudio Praxis supone un referente para cualquier estudio farmacoeconómico sobre el tratamiento de la artritis reumatoide en nuestro país por la cantidad y la calidad de los datos obtenidos y por la robustez de los resultados”.