



Entrevista

Dr. José Javier Pérez Venegas
Aparato locomotor:
"Los reumatólogos somos los
profesionales más capacitados"



Congreso de la ACR

Destacada presencia
de trabajos españoles

Uveítis

Ojo al diagnóstico diferencial

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

Editor:

Dr. José Vicente Moreno Muelas

Consejo Asesor:

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

Secretario de Redacción:

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

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

Sociedad Española de Reumatología

www.ser.eswww.ibanezyplaza.com

Ibáñez & Plaza ASOCIADOS, S. L.
EDICIÓN TÉCNICA Y COMUNICACIÓN

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

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

Redacción:Gabriel Plaza Molina,
Carmen Salvador López,
Pilar López García-Franco**Dirección de Arte:**

GPG

Publicidad:

Ernesto Plaza Gajardo

Administración:

Concepción García García

Impresión:

Tintas&Papel S.L.

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

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

- Abbott ■ BMS ■ Gebro
■ Ibáñez&Plaza ■ Lacer

El que investiga, sabe y merece reconocimiento

Uno de los parámetros básicos que definen el dinamismo de una sociedad científica es, sin duda, la investigación. Esta actividad, generalmente laboriosa y de escasa repercusión mediática, constituye un eje fundamental para el progreso en el conocimiento, diagnóstico y manejo de las enfermedades sobre las que se centran las distintas especialidades médicas. Al mismo tiempo, tanto de cara al ámbito científico como al conjunto social, el nivel de investigación es un signo elocuente que acredita a la especialidad y ayuda a definir y consolidar el ámbito de su competencia.

En sus declaraciones a "Los Reumatismos", el Dr. José Javier Pérez Venegas lamenta la falta de reconocimiento de que todavía adolece la profesión, al tiempo que subraya que uno de los objetivos fundamentales de la Sociedad Andaluza de Reumatología es la creación de una red de investigación en los hospitales de la comunidad autónoma.

**Sólo el
reumatólogo está
suficientemente
capacitado para
discernir y manejar
adecuadamente las
250 enfermedades
reumáticas**

Porque, como ya hemos apuntado en otras ocasiones, es la formación bien informada la que a medio y largo plazo debe situar al reumatólogo en el lugar que merece. De que nuestra reumatología está en el buen camino es ejemplo elocuente la notable presencia de trabajos españoles en el congreso de la ACR. En el presente número hemos querido reproducir con amplitud esas expresiones de esfuerzo investigador. Artritis reumatoide, artrosis, espondiloartropatías, osteoporosis, esclerodermia, síndrome antifosfolípido, colagenopatías diversas y otros muchos trastornos de difícil clasificación vienen siendo objeto de estudio por nuestros reumatólogos, poniendo de relieve el amplio espectro de áreas de actuación y, en consecuencia, la extensa preparación y formación continuada que la reumatología exige hoy a sus especialistas.

Decía Miguel de Unamuno que "en España investigar es llorar". En lo que respecta a la reumatología, por fortuna las cosas han cambiado sensiblemente desde entonces en ese terreno. Paradójicamente, y como recuerda el Dr. Pérez Venegas, todavía sigue siendo prioridad convencer a la Administración y explicar a los pacientes que cuando el médico de cabecera decide derivar al paciente hacia el especialista, sólo el profesional reumatólogo está suficientemente capacitado para discernir y manejar adecuadamente las 250 enfermedades reumatológicas censadas en la actualidad.

**Del progreso
de nuestra
reumatología es
síntoma elocuente
la notable
presencia de
trabajos españoles
en el congreso
ACR**

**Entrevista**

Dr. José Javier Pérez Venegas
Aparato locomotor:
"Los reumatólogos somos los
profesionales más capacitados"

Congreso de la ACR

Destacada presencia
de trabajos españoles

Nuestra Portada

La uveítis, tercera causa de ceguera en pacientes activos en países desarrollados, es objeto de documentado análisis por los Dres. Esperanza Pato y Santiago Muñoz. El corolario de este trabajo sería la necesidad de un diagnóstico diferencial determinando lo más claramente posible el patrón de afectación ocular y la etiología de la enfermedad.

Por otra parte, protagoniza nuestra portada el Dr. Pérez Venegas, poniendo reiterado acento en el papel destacado del reumatólogo frente a las dolencias del aparato locomotor. La abundante y sólida presencia de trabajos españoles en el congreso de la ACR viene a ilustrar las palabras del vocal de la SER.

1 Editorial **El que investiga, sabe y merece reconocimiento** Uno de los parámetros básicos que definen...

3 Entrevista **Dr. José Javier Pérez Venegas**
Ex presidente de la Sociedad Andaluza de Reumatología

6 Congresos, ACR
En busca de un consenso para evaluar las formas axiales de artritis psoriásica

9 Noticias SER
"SER solidarios", una campaña por los más desfavorecidos en el ámbito de la Reumatología

10 Sociedades autonómicas
SORCOM: Calidad asistencial · Com. Balsa
Andaluz: Evidencias sobre el tratamiento...

14 Iniciativas **Osteoporosis**
Doce mujeres con osteoporosis, en el calendario 2008 dedicado a esta enfermedad

17 Reportaje
Uveítis: ojo al diagnóstico diferencial

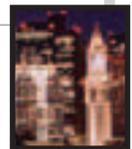
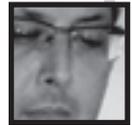
27 Bibliografía comentada
Artritis Reumatoide · Artrosis · Esclerodermia
Espondiloartropatías · Osteoporosis...

41 Los pacientes preguntan ¿Son adecuadas las dosis de metotrexato en el tratamiento de la artritis reumatoide? · Neuroma de Morton del pie: causa frecuente de dolor...

43 Noticias Los parámetros de eficacia y seguridad de Humira mejoraron a lo largo de 7 años de tratamiento · Diferencias en el acceso a cirugía de los pacientes con AR según residencia · El ácido zoledrónico disminuye la mortalidad en pacientes con fractura de cadera...

46 Libros
50 años de reumatología: desde la era de la cortisona a la era de las terapias biológicas

47 Ocio
2008: año de la rata y de la patata, buen augurio para la convivencia



DR. JOSÉ JAVIER PÉREZ VENEGAS

EX PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE REUMATOLOGÍA

“Los reumatólogos somos los profesionales mejor capacitados para dar respuesta a las enfermedades del aparato locomotor”

Texto Carmen Salvador

El Dr. José Javier Pérez Venegas

hasta hace unos meses presidente de la Sociedad Andaluza de Reumatología, considera que ha sido una buena experiencia, que ha contado con el apoyo de sus colegas y que le sigue gustando la especialidad a pesar de todos los inconvenientes que se sufren en la Comunidad andaluza, entre ellos, el bajo número de reumatólogos y la variabilidad a la hora de atender a los pacientes. “Habría que dejar claro que los reumatólogos debemos ser el primer escalón en el sistema asistencial especializado para atender a pacientes con enfermedades médicas del aparato locomotor, incluidas las conectivopatías”, subraya el doctor Pérez Venegas, vocal de la actual junta directiva de la SER.

Aunque nació en un pueblo de Cádiz -Algar-, se considera también de Sevilla, capital a la que llegó a los 4 años de edad. Allí estudió e hizo la carrera de Medicina. La especialidad la realizó en Madrid, en el Hospital Clínico de San Carlos, junto con los doctores Bañares y Jover, de los que tiene un grato recuerdo. Su primer trabajo como reumatólogo fue en el hospital comarcal de Úbeda (Jaén). De ahí pasaría al hospital de Jerez, donde fue responsable de sección hasta hace dos años en que se incorporó al Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz. Durante ese tiempo en Jerez se

acreditó la Unidad para la formación de residentes de Reumatología.

Siempre le atrajo el área médica; incluso antes que hacer Reumatología, tuvo inclinación por la medicina interna. Pero en cuarto de carrera el doctor Muniáin le orientó hacia las enfermedades autoinmunes. "El tema de la inflamación me interesaba y me atraía conocerlo en profundidad. Al final uno termina queriendo lo que más conoce."

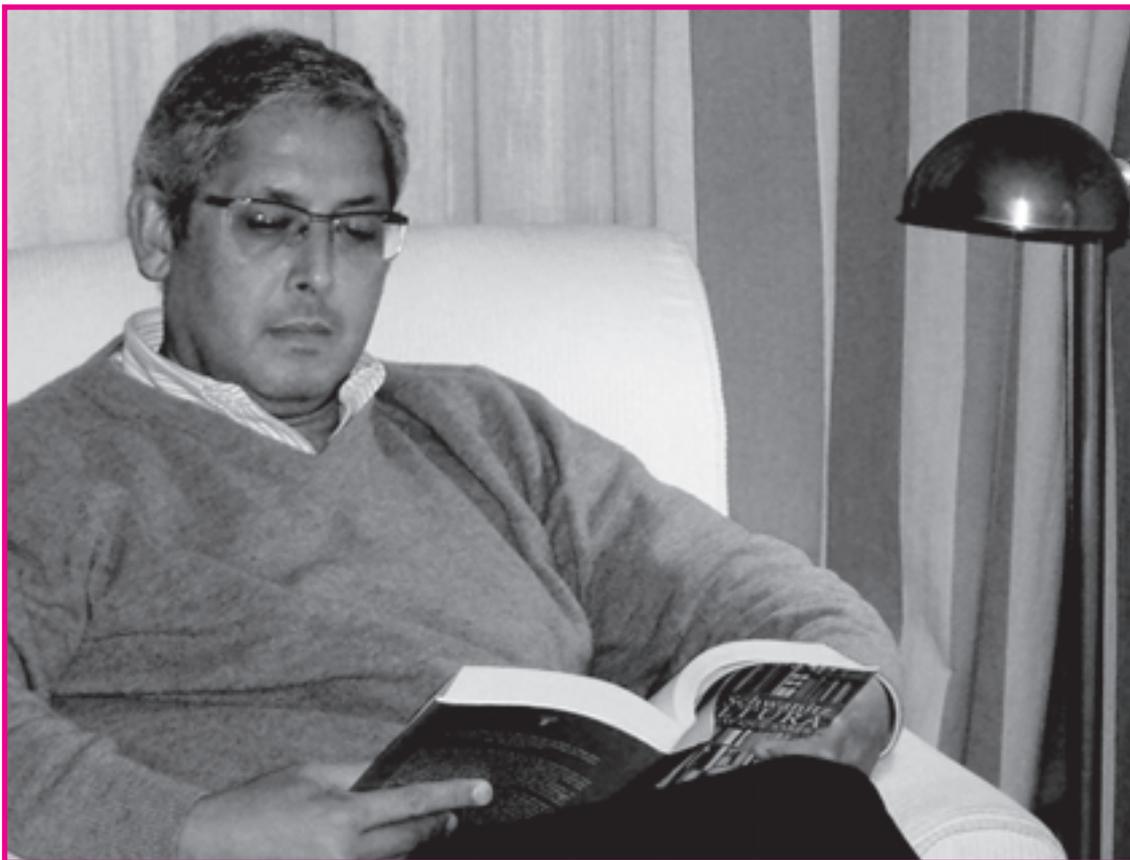
FALTAN REUMATÓLOGOS

Las enfermedades sistémicas y autoinmunes han ocupado la mayor parte de su actividad, "pero

sin olvidar otras patologías relacionadas con la especialidad. Hay que intentar dar una respuesta lo más amplia posible a las necesidades de nuestros enfermos, tanto en el ámbito diagnóstico como en el terapéutico". Señala que le sigue gustando la especialidad como al principio, "a pesar de algunos inconvenientes que podemos tener en Andalucía".

Como presidente de la Sociedad Andaluza de Reumatología - cargo que ha desempeñado hasta el último congreso de esta Sociedad celebrado en Úbeda- conoce bien la situación de la especiali-

“Los pacientes deben exigir sus derechos para ser atendidos por un profesional que tenga la capacidad técnica y la preparación acreditada para hacer ese trabajo”



En Andalucía, sólo cuatro hospitales comarcales tienen reumatólogo

dad en esta comunidad, que se caracteriza por tener una distribución irregular de reumatólogos entre las diferentes provincias y la existencia de variabilidad a la hora de derivar a los pacientes. "Hay provincias, como Sevilla, que tienen un número aceptable de especialistas, pero Almería, Huelva, Cádiz y Jaén están por debajo de lo necesario para la población que atienden. En mi opinión sería deseable la contratación de reumatólogos en los hospitales comarcales."

"Me da una sana envidia -confiesa- cuando veo que en muchas otras comunidades el reumatólogo está ya en estos hospitales, incluso en centros de salud haciendo programas de consultoría. En Andalucía sólo cuatro hospitales comarcales tienen reumatólogo."

-¿Cómo fue la experiencia de presidente de la SAR?

-Muy buena. La mayor parte de mis colegas han entendido la filosofía de la junta directiva y han colaborado en todos los proyectos. Hemos desarrollado talleres de formación dirigidos a médicos residentes, y organizado talleres de búsqueda de información en Internet, taller de situaciones clínicas relevantes en biológicos, capilaroscopia....Por primera vez la Fundación Andaluza de Reumatología ha convocado becas en áreas clínico-epidemiológicas y básicas, con la idea de crear una red de investigación en los hospitales andaluces.

LOS PROFESIONALES MEJOR CAPACITADOS

"Un aspecto importante -subraya el Dr. Pérez Venegas- ha sido la relación con las instituciones sanitarias. El Tercer Plan de Salud de la Consejería ya contempla las enfermedades médicas del aparato locomotor como un área específica de aten-

ción. Lo que ocurre es que a veces cuesta trabajo transmitir que los reumatólogos somos los profesionales mejor capacitados para dar una respuesta al paciente con este tipo de patología. En Andalucía todavía hay lugares donde el paciente es derivado, tras ser atendido en Primaria, a consultas externas de Traumatología o Rehabilitación. Nuestro objetivo ha sido transmitir que, aunque las tres especialidades tienen áreas de conocimiento comunes, la actuación sobre los pacientes está claramente diferenciada entre los diferentes profesionales. Debemos ser complementarios y no excluyentes, teniendo al paciente como eje de nuestra actividad asistencial."

Señala el especialista la sociedad que él presidía ha intentado transmitir que "los reumatólogos debemos ser los agentes primordiales, junto con Atención Primaria, en el manejo global de la patología médica del aparato locomotor, estableciendo con ellos unas líneas claras de derivación en aquellos pacientes que necesiten asistencia especializada, poniendo en marcha protocolos de derivación ajustados a las guías de práctica clínica. Deberíamos ser el escalón inicial especializado en el proceso asistencial de estos enfermos. En aquellos enfermos que necesiten rehabilitación o cirugía ortopédica ésta debería hacerse en unidades funcionales operativas que permitiese dar una respuesta completa a las necesidades de los pacientes".

-¿Y ello lo entienden la población y las autoridades?

-Los pacientes así lo demandan y las autoridades me consta que son sensibles a este aspecto, lo que ocurre es que parece difícil plasmarlo en la práctica diaria. De entrada, la adecuación de la asistencia a enfermos reumáticos supondría una inversión en dotación de plazas de reumatólogos, que a largo plazo permitiría un

ahorro en tiempo de espera, derivaciones y exploraciones complementarias innecesarias. Pero las experiencias son muy dispares por toda la comunidad. En unos lugares el manejo de esta patología está liderada, por decirlo de alguna manera, por traumatólogos; en otros, por rehabilitadores o por médicos de familia..., una situación que termina confundiendo al paciente, y lo que es peor, puede contribuir a un retraso en el diagnóstico y en el tratamiento de los propios enfermos, hecho que repercutiría tanto en el pronóstico como en la calidad de vida de los mismos.

-¿Cómo se podría mejorar esta situación?

-Como ya he dicho, con una firme voluntad de las administraciones sanitarias, pero también con la de los pacientes, que deben exigir sus derechos para ser atendidos por un profesional que tenga la capacidad técnica y la preparación acreditada para hacer ese trabajo. Y en eso las propias asociaciones de pacientes tienen una labor de reivindicación muy importante.

HACIA UNA RED DE INVESTIGACIÓN

La Sociedad Andaluza de Reumatología aglutina en torno a 160 asociados y según señala su ex presidente uno de sus objetivos fundamentales lo constituye la creación de una red de investigación en los hospitales de la comunidad autónoma que "implique a todos los reumatólogos que pretenden hacer algo más que la actividad asistencial". Es una sociedad que ha visto aumentado el número de mujeres entre los especialistas, "un reflejo de lo que está ocurriendo en las facultades de Medicina".

Fuera de la actividad médica, el doctor Pérez Venegas es un apasionado de la música, ya sea clásica, cantautores o de jazz: "Es mi refugio."

En algunas áreas hospitalarias los pacientes son evaluados por otros especialistas y no por reumatólogos, tras ser derivados por Atención Primaria

DR. JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ SUEIRO

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. H. U. JUAN CANALEJO. A CORUÑA

REUNIONES DE LOS GRUPOS GRAPPA Y ASAS EN EL CONGRESO ACR

En busca de un consenso para evaluar las formas axiales de artritis psoriásica

La reunión del grupo GRAPPA (Group for Research and Assessment of Psoriasis and Psoriatic Arthritis) viene realizándose tradicionalmente de forma adyacente a la reunión del emblemático American College of Rheumatology (ACR) la ACR, que en el año 2007 tuvo lugar en Boston del 6 al 11 de noviembre.

La reunión del GRAPPA es continuación de los diversos encuentros que se van realizando a lo largo del año, y los objetivos son establecer la agenda sobre las diversas áreas a desarrollar en el campo de la investigación de la artritis psoriásica.

En conjunto la reunión del GRAPPA está permitiendo establecer agendas de trabajo en áreas importantes de desarrollo de la enfermedad, destacando el enfoque global de la enfermedad tanto desde el punto de vista reumatológico como dermatológico. Es de esperar que en los próximos años, fruto de este esfuerzo de colaboración y coordinación internacional, se establezcan todas las medidas apropiadas para el diagnóstico, evaluación y tratamiento, tanto de la APs como la psoriasis.

No existe de momento un consenso acerca de cuáles son las medidas más apropiadas para la evaluación de las formas axiales de la APs

POTENCIAR EL DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS

Se revisaron aspectos importantes para establecer el diagnóstico y el screening de pacientes que puedan presentar una APs. En este sentido están estableciéndose protocolos y formularios para identificar la presencia de artritis en los pacientes que presenten psoriasis cutánea.

En el área de evaluación y medidas de desenlace, se sigue valorando la pertinencia de la utilización del DAS para la evaluación de la artritis periférica en la

APs. En este sentido el desarrollo de nuevos índices, más simplificados, en la artritis reumatoide hace necesaria la evaluación de nuevas medidas en la APs. No existe de momento un consenso acerca de cuáles son las medidas más apropiadas para la evaluación de las formas axiales de la APs. Sin embargo empiezan a surgir datos que permitirán en un futuro próximo definir cuáles son las medidas a utilizar en esta forma de afectación espinal.

En cuanto a las medidas de calidad de vida se siguen intentando desarrollar las apropiadas para la evaluación del impacto de los tratamientos en la calidad de vida de los pacientes, sobre todo en Estados Unidos.

En conjunto estas tres áreas de debate constituyen el "core set" central de la agenda de los aspectos debatidos y votados en la última reunión de OMERACT, estando actualmente en una fase de desarrollo de los mismos.

Se evaluaron los medios de imagen en la APs, radiología, ecografía y RMN en la valoración de la artritis psoriásica, y se discutió el papel de la afectación de la entesis y su valoración en la APs.



ESTUDIO DE BIOMARCADORES

Uno de los aspectos más importantes fue el estudio de los biomarcadores en la APs, con una revisión de los datos existentes en la literatura, no sólo de marcadores en suero sino también en la sinovial de los pacientes. Actualmente se está intentando realizar grupos de colaboración internacionales, y si esto no se consiguiera, al menos protocolizar la estandarización de la recogida de muestras para que los diversos estudios que se realicen por los diversos grupos sean lo más homogéneos posibles.

Se presentaron diversos estudios en modelos animales de psoriasis, que puedan permitir estudiar el papel de diversos genes y citocinas en la patogenia de la psoriasis y la APs en humanos. Se hizo una valoración de los estudios genéticos que se están realizando, y se está intentando establecer grupos de trabajo en colaboración internacional para el desarrollo de amplios estudios genéticos en la APs.

FÁRMACOS Y SU SEGURIDAD

El papel de los fármacos y su seguridad en el tratamiento de la APs, fue otro de los temas trata-

dos. Ya en la reunión previa del GRAPA, celebrada en Boston en septiembre, existió una cierta controversia con los dermatólogos con respecto a la toxicidad del metotrexato. Existen datos contradictorios con la experiencia en reumatología y dermatología con su utilización. Por lo general los dermatólogos relatan diversos problemas con el uso de éste fármaco; sin embargo, esta no parece ser la opinión general de los reumatólogos. Para resol-

propondrá la creación de grupos específicos interesados en las diversas áreas diseñadas.

PROPUESTAS DE INVESTIGACIÓN

Se estableció la creación de un grupo acerca de la investigación a desarrollar en biomarcadores en la psoriasis y en la APs, y se debatió si se deben evaluar aquellos que tengan interés en la respuesta al tratamiento o se deben estudiar analizando también su relación con el daño radiológico.

Se realiza una revisión profunda de la literatura para conocer la seguridad del metotrexato

ver este tema se está realizando actualmente una revisión profunda de la literatura y en los próximos meses se conocerán los resultados.

Otro aspecto debatido previamente en Boston en septiembre fue la creación de registros tanto clínicos como genéticos. Actualmente se está en una fase de debate acerca de la creación de un registro mínimo de datos en estas áreas. Posteriormente se

Se estableció otro grupo dedicado al diagnóstico, evaluación y manejo, en concreto al desarrollo de instrumentos que permitan realizar el diagnóstico en diversos escenarios, dermatología, reumatología y atención primaria, estableciéndose una agenda para la validación de diversos instrumentos en la APs. Finalmente un tercer grupo se centró en la seguridad de los tratamientos utilizados en la APs.

DR. JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ SUEIRO

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. H. U. JUAN CANALEJO. A CORUÑA

Grupo ASAS:

hacia una clasificación internacional para la funcionalidad, incapacidad y salud

La reunión del grupo ASAS (Assessments in Ankylosing Spondylitis) presentó en este caso una agenda menos abundante, debido a que previamente en septiembre se celebró en Suiza una reunión dedicada exclusivamente a la clasificación internacional para la funcionalidad, incapacidad y salud (ICF).

Inicialmente se presentaron los estatutos del grupo así como los requisitos para ser miembro. Los estatutos tendrán que ser aprobados en la próxima reunión del grupo. Tiene importancia este tema, ya que en este grupo como en otros constituidos entorno a una patología determinada, no sólo sirve manifestar la disposición a pertenecer al mismo, sino que además deberá refrendarse con trabajos en la patología a la que se dedica el grupo.

Se hizo una puesta al día del trabajo realizado por el Dr Rudwaleit (Berlín) y promovido por el propio grupo ASAS. Este trabajo multicéntrico consiste en la identificación y seguimiento de espondiloartritis precoces. El estudio cuenta con la participación de un número importantes de centros a nivel internacional, siendo un trabajo que permitirá evaluar la historia natural de las espondiloartritis desde su inicio.



INFORMACIÓN SOBRE FUNCIONALIDAD GLOBAL

Posteriormente se realizó un breve resumen de la reunión del ICF. Este es un apartado con especial interés no sólo en la espondilitis anquilosante sino también en la reumatología en general. Si tenemos en cuenta que uno de los objetivos del manejo de las enfermedades reumáticas es el mantener la funcionalidad, el ICF permitirá obtener información sobre áreas que son importantes para la funcionalidad global de los pacientes: estructuras y funciones corporales, activida-

des (acciones desarrolladas por un individuo), y participación (implica participación en actividades diarias). Actualmente se está en la fase de desarrollo de instrumentos que permitan medir esta funcionalidad.

Se estableció una agenda para el desarrollo de diversos estudios sobre biomarcadores, y se realizó un breve resumen acerca de las diversas asociaciones de pacientes, y establecer una comunicación en la que se tengan en cuenta sus perspectivas sobre la enfermedad. La próxima reunión del ASAS se celebrará en enero.

“SER solidarios”

una campaña por los más desfavorecidos en el ámbito de la Reumatología

SE CONVOCAN 5 BECAS PARA COLABORAR EN EL PROYECTO “BANCO DE ADN PARA LA INVESTIGACIÓN EN FIBROMIALGIA Y SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA” DE LA FUNDACIÓN DE AFECTADOS DE FIBROMIALGIA Y SÍNDROME DE FATIGA CRÓNICA

La SER/FER han elaborado una ambiciosa campaña de colaboración y ayuda a los más desfavorecidos en el ámbito de la Reumatología, denominada "SER Solidarios". Para ello se destinarán una parte de los recursos de la FER para contribuir a solucionar problemas concretos en cada área de actuación.

Esta campaña se ha concretado en estos momentos en REUMASEM (REUMAtología Solidaria España-Marruecos), que dirige el Dr. José Vicente Moreno Muelas y coordina el Dr. Manuel Tenorio. En una primera fase se realizará un curso de actualización en Reumatología, para médicos generales marroquíes de asistencia primaria del área de Tetuán, que se desarrollará desde el mes de marzo de 2008 hasta su finalización, un fin de semana de cada mes durante 10 meses (con la intención de que se repita cada año), en el Hospital Español de Tetuán. Se impartirán 10 módulos lectivos, con ocho unidades didácticas cada uno, que, en líneas generales, versarán sobre las patologías que se contemplan en el Manual de la SER.

Los profesores que impartirán el curso son Reumatólogos españoles, que trabajaran de forma desinteresada.

ALICANTE TAMBIÉN CUENTA CON ESCUELA DE ECOGRAFÍA

La Escuela de ecografía de la SER ha ampliado sus sedes con una nueva en Alicante.

Los profesores Dres. Enrique Batlle y Agustín Martínez, del Servicio de Reumatología del Hospital General de Alicante, serán los encargados de la nueva Escuela. Y ya se han establecido las fechas para los primeros 4 cursos:

- Introducción general: 21-25 de enero de 2008.
- Básico General: 4-8 febrero 2008.
- Básico Residentes: 5-9 mayo 2008.
- Introducción Residentes: 6-10 octubre 2008.

I REUNIÓN NACIONAL DE REUMATOLOGÍA Y DERMATOLOGÍA

La I Reunión Nacional de Reumatología y Dermatología tendrá lugar

del 21 al 23 de febrero en Sevilla.

El encuentro tiene como objetivo fomentar el contacto entre dos especialidades que presentan bastantes puntos en común en muchas de sus parcelas. Enfermedades como la psoriasis, las colagenosis y las vasculitis muestran manifestaciones que afectan tanto a la piel como a las articulaciones.

5 BECAS SOBRE FIBROMIALGIA

Se convocan 5 becas para colaborar en el proyecto “Banco de ADN para la investigación en Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica” de la Fundación de Afectados de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica (Fundación FF), para realizar en el ámbito geográfico de Barcelona (3 becas) y en el ámbito geográfico de Madrid (2 becas).

- Duración: 1 año, prorrogable a 18 meses.
- Dedicación: 3-4 horas/día (compatible con otras actividades).
- Dotación económica: 12.000 ó 18.000 euros (según la duración de la beca).
- Para más información visite www.fundacionff.org



DR. JUAN ANGEL JOVER JOVER
HOSPITAL CLÍNICO SAN CARLOS. MADRID

Calidad asistencial: ofrecer mejor resultado al paciente sobre una base científica sólida

En los últimos años el concepto de calidad asistencial ha ido abriéndose paso entre los distintos componentes de los sistemas de salud, incluyendo los profesionales sanitarios, las sociedades científicas, los gestores, la administración sanitaria, los pacientes y sus asociaciones.

El término calidad viene "heredado" del entorno industrial, donde ha sido profusamente empleado en las últimas dos décadas en ámbitos como la industria de automóviles, electrodomésticos o el transporte aéreo de viajeros. El término calidad supone la implantación de métodos de trabajo que facilitan el análisis y la mejora continua de los procesos, teniendo como resultado un producto mejor para los clientes.

En el campo de la salud una de las mejores definiciones de calidad asistencial sería la "provisión de servicios de salud a individuos y poblaciones, que incremente la posibilidad de obtener los resultados deseados y que sea consistente con el conocimiento profesional actual". Es decir, todo aquello que conlleve un mejor resultado para los pacientes y que tenga una base científica sólida.

La calidad asistencial implica el empleo de una serie de herramientas de evaluación clínica, que deben de ser monitorizadas de manera más o menos permanente, y que constituyen lo que se suele denominar como "indicadores de calidad". Estos indicadores nos permiten identificar potenciales áreas de mejora y, en su caso, nos permiten evaluar si los cambios introducidos suponen una mejoría en dichos indicadores y por tanto en la salud de los pacientes.

En ciertas enfermedades como la diabetes mellitus o la hipertensión arterial los indicadores son fácilmente obtenibles, pero en el caso de las enfermedades reumáticas estas mediciones suelen ser laboriosas y complicadas de extraer en condiciones de la asistencia sanitaria que se lleva a cabo en la vida real.

En países como Estados Unidos la calidad asistencial se ha ligado indisolublemente a la seguridad de los pacientes, que deberían ser capaces de aproximarse a los proveedores de servicios sanitarios con la confianza de que dicho acercamiento no resulte en un empeoramiento de su propia

salud. Los problemas de seguridad ocurren con una cierta frecuencia, y suelen tener relación con el pobre diseño y la naturaleza fragmentaria del sistema de provisión de cuidados de salud.

Casi todas las iniciativas más recientes de calidad asistencial se basan en la mejora de los sistemas de información y comunicación y en el compromiso de todos los integrantes del sistema.

INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN Y HCE

Existe un nivel de evidencia cada vez más consistente de que la aplicación de las tecnologías de la información y comunicación tienen un enorme potencial para mejorar la calidad y la eficiencia de los sistemas de salud en todo el mundo, considerándose la historia clínica electrónica (HCE) un elemento crítico para crear una infraestructura tecnológica para el cuidado de salud. Se trata de que la información y los datos relevantes de los pacientes estén disponibles y sean usables de manera inmediata en cualquier punto de contacto del paciente son el sistema de salud, lo que a su vez permite la utilización de herramientas de calidad y de

apoyo en la toma de decisiones.

A día de hoy, la implantación de la HCE es desigual en todo el mundo y, sobre todo, dista mucho de dar respuesta a las funciones arriba mencionadas, estando con frecuencia dirigida a solucionar las necesidades de administración, facturación, archivo, y gestión de actividad. Por ello se considera extremadamente relevante que todos los estamentos de los sistemas de provisión de cuidados participen en el desarrollo de soluciones específicas a las necesidades de cada entorno. La visión actual es que la inherente complejidad de los sistemas asistenciales hace altamente improbable que se llegue a desarrollar una "solución única", capaz de satisfacer las necesidades de todos los actores implicados, incluyendo los pacientes. Esta visión se ve sustentada por las nuevas Tecnologías de la Información, que permiten la interoperatividad de sistemas distintos en aras de la consecución de un objetivo común.

CALIDAD ASISTENCIAL EN REUMATOLOGÍA

Sorprende el escaso número de iniciativas a nivel mundial dirigidas a garantizar la calidad asistencial en el entorno extrahospitalario, que es donde se desarrolla el mayor número de contactos de los

Casi todas las iniciativas más recientes de calidad asistencial se basan en la mejora de los sistemas de información y comunicación y en el compromiso de todos los integrantes del sistema

Las enfermedades reumáticas representan el paradigma de la complejidad actual de la asistencia extrahospitalaria, ya que muchos de los pacientes atendidos en Reumatología requieren de una toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas relativamente compleja, con un potencial de desarrollo de eventos adversos muy elevado, debido a las características de las propias enfermedades, de los pacientes y de las terapias empleadas. Esta toma de decisiones se ha de llevar a cabo con agilidad en un entorno de gran actividad asistencial

que mantienen la misma estructura física y organizativa que en décadas anteriores. Llama especialmente la atención la desconexión funcional entre primaria y especializada y entre las distintas especialidades médicas y quirúrgicas, la ausencia de sistemas de clasificación diagnóstica y de complejidad de pacientes de consulta externa, la falta de sistemas de medición de resultados utilizables rutinariamente y la carencia de Tecnologías de la Información y Comunicación adecuadas al entorno.

Esta situación está probablemente incidiendo de manera negativa en la calidad asistencial, como reflejan recientes publicaciones en las que se identifican serios problemas de seguridad tanto en el entorno ambulatorio como en pacientes institucionalizados. Además, también parece que dichos problemas de seguridad son relativamente específicos y por tanto diferentes de los encontrados en pacientes hospitalizados.

El reto de manejar a nuestros pacientes con unas ciertas garantías de continuidad en los cuidados, evaluación longitudinal y seguridad asistencial, hace especialmente importante el desarrollo de una HCE propia que nos permita avanzar hacia un entorno que haga más fácil para los clínicos atender a sus pacientes de una

El reto de manejar a nuestros pacientes con ciertas garantías de continuidad en los cuidados, evaluación longitudinal y seguridad asistencial, hace especialmente importante el desarrollo de una historia clínica electrónica propia

pacientes con el sistema de salud, y donde se acumulan un elevado número de pacientes con patologías de difícil manejo, de edad avanzada, que son atendidos por distintos proveedores de servicios y que hace apenas unos años eran con frecuencia ingresados "para estudio y tratamiento".

que debería ser sometido a un proceso de análisis y mejora, en aras de incrementar la calidad y seguridad del proceso asistencial.

Paradójicamente, el citado acúmulo de pacientes complejos no ha ido acompañado de un desarrollo paralelo de los sistemas de trabajo empleados en consultas externas,

manera adecuada. La HCE es, además, una herramienta imprescindible para introducirnos con garantías de éxito en el "círculo virtuoso" de la calidad asistencial que, no lo olvidemos, tiene como principal objetivo que los pacientes obtengan el mejor nivel de salud posible tras acudir a nosotros.



DR. ALEJANDRO BALSA
HOSPITAL LA PAZ. MADRID

XI CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE REUMATOLOGÍA DE LA COMUNIDAD DE MADRID

No está claro el concepto de remisión en artritis reumatoide

La remisión tiene que ser el objetivo terapéutico del tratamiento de la artritis reumatoide; el problema es que todavía no tenemos muy claro el concepto de remisión”, señalaba el doctor Alejandro Balsa (Hospital La Paz, Madrid), en su intervención “Objetivos deseables y alcanzables en práctica clínica en AR”, durante el XI Congreso de la SORCOM. La remisión, según este especialista, “se puede entender como una curación de la enfermedad -en ese caso estaríamos muy lejos de conseguirlo-, como una actividad muy baja o como una falta de actividad incluso temporal”. Señaló que hay muchas dificultades para valorarla, porque hay distintos métodos para hacerlo: americano, europeo, según recomendaciones de agentes de salud...

“Se puede entender como una curación de la enfermedad, como una actividad muy baja o como una falta de actividad incluso temporal”

Además de las diferencias en el método utilizado, no se especifica el tiempo que ha de permanecer esa remisión. “Es un concepto que habría que añadir, al igual que el concepto de daño estructural. La remisión debe tener implícito que no hay deterioro articular.”

FRECUENCIA DE REMISIONES DESCRITA

El doctor Balsa expuso una revisión de la frecuencia de remisiones en distintos estudios. “Hay un caso en el que se llega al 60%, pero en la mayoría está entre el 30 y el 40%. La frecuencia de remisión es más alta cuando la artritis reumatoide es de corta evolución, frente a las que llevan más tiempo”.

Se refirió también en su intervención al concepto de actividad mínima, “poco preciso, pero que se puede aplicar a la práctica clínica. Se trata de una situación en la que tanto el médico como el paciente -opinión que ha de tenerse en cuenta- están satisfechos porque razonablemente se puede conseguir una situación buena con unos riesgos que ambos sean capaces de asumir”.

“La remisión siempre es más alta cuando la artritis reumatoide es de corta evolución, frente a las que llevan más tiempo”

DRA. PIEDAD LEÓN RUBIO

SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA. H.U. PUERTA DEL MAR, CÁDIZ

XVIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ANDALUZA DE REUMATOLOGÍA

Evidencias sobre el tratamiento precoz en la artritis reumatoide

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, caracterizada por una poliartritis simétrica y destructiva, asociada a menudo a un factor reumatoide positivo en el suero. Afecta al 1 % de la población y se asocia a una mayor mortalidad y morbilidad que la población general. El inicio de tratamientos con fármacos modificadores de la enfermedad y biológicos ha supuesto una revolución en el curso de la enfermedad, con un mejor control de la misma. Sin embargo, cuando la AR está establecida, es difícil obtener una remisión completa de la enfermedad. Ello es debido a un retraso en el diagnóstico y en el inicio de una terapia agresiva, a que el daño radiológico aparece en los dos-tres primeros años y es de carácter irreversible. En cambio, en la enfermedad diagnosticada y tratada de manera precoz, las remisiones se obtienen más frecuentemente. Por lo tanto, ante una AR de inicio se recomienda eliminar diagnósticos definitivos (LES, EA...), determinar el riesgo de desarrollar erosiones o un daño estructural irreversible, mediante la identificación de factores de mal pronóstico (tabaquismo, lesiones radiológicas basales (RMN, Eco, presencia FR y PCC en suero...) e iniciar el tratamiento en las primeras 12 semanas.

Los glucocorticoides son agentes antirreumáticos potentes, que parecen tener efectos modificadores de la enfermedad incluso a dosis bajas,

pero los resultados son controvertidos. Están indicados para inducir remisión en aquellas formas no persistentes de artritis, también como tratamiento puente, a la espera de que el FAME sea efectivo, y se pueden utilizar dosis bajas para maximizar el

Las terapias combinadas han demostrado ser más eficaces que la monoterapia

efecto de un FAME. Una vez conseguida una baja actividad de la enfermedad hay que reducir o retirar los GC y usarlos sólo en la forma interarticular en aquellas articulaciones con actividad persistente.

Son muchas las investigaciones que han revelado las ventajas del tratamiento precoz con un FAME en la AR, comparado con el retraso en el inicio del tratamiento. Los estudios realizados han demostrado la eficacia de los distintos FAME. En cuanto a los realizados en monoterapia se observa una alta proporción de remisión si el tratamiento se inicia en los primeros cuatro meses desde el inicio de los síntomas, pero esta eficacia sólo se mantiene en un 15% de los casos. Los

estudios realizados con terapias combinadas han demostrado ser más eficaces que la monoterapia. Tanto la terapia combinada como la monoterapia se pueden beneficiar del uso de dosis moderadas de corticoides para el control de la enfermedad.

BENEFICIOS DE LOS ANTI-TNF

Los inhibidores del TNF han demostrado su eficacia en la AR de larga evolución, aunque en cuanto a AR precoz los datos son más limitados. Pero, en general, los estudios realizados con cada anti-TNF como el estudio PREMIER para adalimumab, el estudio ERA para etanercept, y ASPIRE para infliximab, han demostrado los beneficios del inicio precoz del tratamiento con biológicos, obteniendo mayor porcentaje de remisiones y menor progresión radiológica, con un perfil de seguridad similar al obtenido en AR evolucionada.

Dentro de las nuevas terapias que se están utilizando, el estudio realizado con ácido zoledrónico, ha mostrando un menor número de lesiones radiológicas, aunque por ahora los resultados no son estadísticamente significativos.

Es necesario recalcar la importancia de un control estrecho del paciente, como muestran los resultados del estudio TICORA. De esta forma se pueden alcanzar los objetivos del tratamiento en la AR.

Doce mujeres con osteoporosis, en el calendario 2008 dedicado a esta enfermedad

Doce mujeres con osteoporosis han presentado su imagen desinteresadamente en el calendario 2008 sobre esta enfermedad, para motivar a todas las mujeres que la padecen a no abandonar su tratamiento. Es una iniciativa que repiten por segundo año la Fundación Hispana de Osteoporosis y Enfermedades Metabólicas Óseas (FHOEMO) y la Asociación Española contra la Osteoporosis (AECOS) para mentalizar sobre la importancia de cumplir el tratamiento prescrito y contribuir a reducir el alto grado de abandono terapéutico que se produce entre las pacientes que tienen esta enfermedad. Según la FHOEMO, a pesar de los tratamientos efectivos y cada vez más cómodos, la realidad es que 2 de cada 3 pacientes españolas abandonan su tratamiento antes de un año incrementando el riesgo de sufrir fracturas.

MODELOS A SEGUIR

Estas 12 mujeres fueron seleccionadas -entre 120- bajo los siguientes criterios: que fuesen mujeres con osteoporosis, activas, con un estilo de vida saludable y muy comprometidas con su tratamiento. En definitiva, verdaderos modelos a seguir.

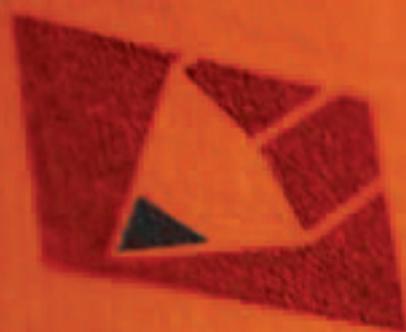
Este calendario es el resultado de una campaña llevada a cabo durante el 2007 por FHOEMO y AECOS, con la colaboración de Roche y GlaxoSmithKline

(GSK). Bajo el lema "Cada mes cuida tu osteoporosis" Bilbao, Coruña, Barcelona, Valencia, Madrid y Sevilla acogieron, respectivamente, una jornada dedicada a informar sobre esta enfermedad,

prevenirla y concienciar acerca de la importancia de mantenerse en tratamiento.

El calendario se distribuirá a través de las dos asociaciones, FHOEMO y AECOS.





ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA
Y COMUNICACIÓN

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

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

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

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



ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN



DRA. ESPERANZA PATO
HOSPITAL CLÍNICO DE MADRID

DR. SANTIAGO MUÑOZ
HOSPITAL UNIVERSITARIO LA PAZ. MADRID

Uveítis: ojo al diagnóstico diferencial

PROTOSCOLOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN UVEÍTIS Y ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Muchas de las enfermedades sistémicas se acompañan de inflamación en alguna de las estructuras oculares. En diversas ocasiones es la sintomatología ocular la que nos lleva a un diagnóstico de enfermedad sistémica, por lo que el conocimiento de las diferentes formas de afectación ocular puede ser de gran utilidad en el diagnóstico diferencial de las enfermedades reumatológicas. De todas las formas de afectación ocular que se pueden asociar a enfermedades reumáticas, las uveítis son las que presentan una mayor dificultad en el diagnóstico diferencial.

En general, cada enfermedad se suele asociar a un tipo de afectación ocular lo suficientemente característica como para permitir una aproximación diagnóstica y terapéutica racional. Es muy importante la caracterización clínica del proceso inflamatorio ocular porque si no se corre el riesgo de realizar un protocolo extenso de pruebas diagnósticas que no suelen llevar más que a confusión⁽¹⁾.

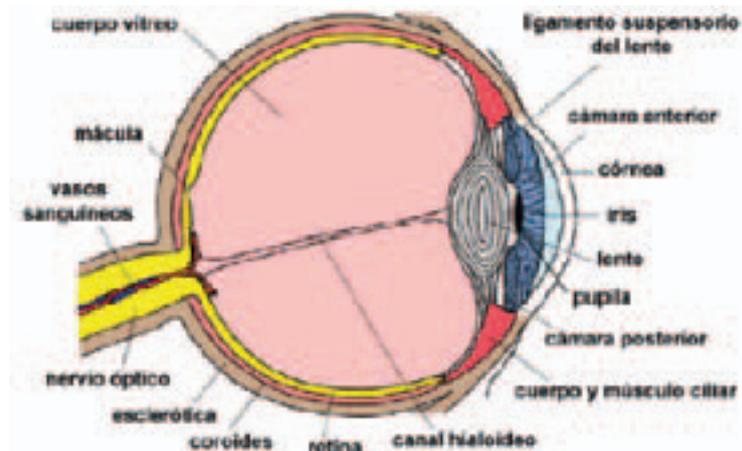


Figura 1. Estructura del globo ocular

TRABAJO CONJUNTO CONTRA LA CEGUERA

En las unidades multidisciplinarias de uveítis que se han creado, oftalmólogos y reumatólogos trabajan conjuntamente y están obteniendo avances importantes, tanto en la unificación del «lenguaje» -apartado en el que las tradicionales interconsultas no siempre consiguen el «entendimiento de las partes»-, como en la aproximación diagnós-

tica y terapéutica. El objetivo es conseguir el mejor resultado para el paciente y evitar la ceguera.

Uveítis es la inflamación de la capa media del ojo que afecta al iris, cuerpo ciliar, la pars plana y/o la coroides y por extensión a la retina. (Figura 1).

La incidencia de la uveítis es de 52,4 casos por 100.000 habitantes/año⁽²⁾ y su pico máximo es entre los 20-44 años. Hay que desta-

Hasta en un 40% de los pacientes con uveítis es posible identificar una enfermedad sistémica, generalmente reumática

car que es la tercera causa de ceguera en pacientes en edad laboral en países desarrollados. En cuanto a la patología reumática un alto porcentaje de enfermedades, más del 50% de las espondiloartropatías de la consulta de uveítis, se diagnostican después del primer brote de uveítis⁽³⁾.

CLASIFICACIÓN DE LAS UVEÍTIS

La clasificación de las uveítis⁽⁴⁾ se realiza según la localización anatómica en: anteriores, cuando afectan al iris o al cuerpo ciliar (y reciben también el nombre de iritis o iridociclitis); intermedias, cuando afectan a la pars plana o al vítreo (pars planitis); posteriores, cuando afectan a la coroides y en ocasiones por extensión a la retina (coroiditis, coriorretinitis, vasculitis retiniana), y panuveítis, cuando afectan a la totalidad de la úvea. La localización anterior es la forma de presentación más frecuente (hasta un 60%), seguida de las panuveítis (20%), uveí-

tis posteriores (15%) y uveítis intermedias (5%). La clasificación anatómica combinada con el curso evolutivo, duración y lateralidad del brote, tipo de afectación posterior (tabla 1) y parámetros clínicos (grado de inflamación en cámara anterior y en vítreo, sinequias...) van a caracterizar 12 patrones de afectación⁽⁵⁾ (tabla 2) que se van a relacionar con alguna de las distintas etiologías (tabla 3) y permite hacer una aproximación diagnóstica dirigida.

ETIOLOGÍA

Las uveítis pueden clasificarse según su etiología en cinco grandes grupos⁽¹⁾: 1) idiopáticas, 2) enfermedades de etiología autoinmune, 3) infecciones, 4) síndromes primariamente oculares y 5) síndromes de enmascaramiento que abarcan multitud de procesos. Aproximadamente en la mitad de los pacientes con uveítis no es posible llegar a un

diagnóstico etiológico después de una evaluación exhaustiva, y son diagnosticados de uveítis idiopáticas. Hasta en un 40% de los pacientes con uveítis es posible identificar una enfermedad sistémica, generalmente reumática. En el resto, la uveítis se debe a cuadros puramente oftalmológicos. La probabilidad de encontrar una enfermedad sistémica asociada a una uveítis, es mayor en uveítis anteriores y en panuveítis (alrededor de un 40% en ambos grupos). En la mayor parte de uveítis posteriores el diagnóstico final se corresponde con cuadros infecciosos (toxoplasmosis ocular sobre todo) y en las uveítis intermedias con cuadros idiopáticos.

SÍNTOMAS

La uveítis anterior aguda suele cursar con dolor, enrojecimiento ocular y fotofobia de aparición más o menos brusca; pocas veces

Tabla 1. Clasificación de las uveítis según el grupo SUN⁴

Clasificación	Descripción	Comentario
Anatómica	Anterior	Afecta iris y/o cuerpo ciliar
	Intermedia	Afecta vítreo y/o pars plana
	Posterior	Afecta coroides y retina
	Panuveítis	Afecta cámara anterior, vítreo, coroides y/o retina
Duración	Limitada	3 meses
	Persistente	3 meses
Curso	Agudo	Inicio brusco y duración limitada
	Recidivante	Nuevo episodio tras recuperación completa del previo con inactividad clínica durante más de 3 meses
	Crónico	Inflamación más de 3 meses o nuevo episodio en menos de 3 meses tras las suspensiones del tratamiento del episodio previo
Lateralidad	Unilateral	Afecta a un solo ojo, aunque las recurrencias pueden ocurrir en el ojo contrario
	Bilateral	Afecta a los dos ojos en el mismo brote

existe disminución de la agudeza visual y, si aparece, suele ser leve. Las uveítis anteriores crónicas pueden tener, sin embargo, un mínimo de síntomas, y ponerse de manifiesto en exploraciones rutinarias o por la existencia de complicaciones. En la uveítis posterior existe disminución de la agudeza visual, visión de “moscas volantes” y ocasionalmente fotofobia; no suelen existir dolor ni enrojecimiento ocular.

APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA

La exploración oftalmológica permite establecer el diagnóstico de los llamados síndromes primariamente oculares, en los que no suele ser necesario realizar otros procedimientos. En los casos no diagnosticados, el patrón de afectación, con la anamnesis dirigida y la exploración física (baja rentabilidad), va a orientar el diagnóstico. En todo paciente con uveítis se debe realizar una radiografía de tórax y una serología luética para descartar sarcoidosis o sífilis, que son las patologías que pueden producir cualquier patrón de uveítis y se pueden acompañar de anamnesis y exploración normales. También se debe realizar siempre un hemograma, bioquímica y análisis básico de orina. El resto de las exploraciones complementarias se eligen de acuerdo al patrón de

afectación o la sospecha clínica (Tabla 4). Esta orientación al diagnóstico es muy importante para poder establecer un tratamiento precoz y eficaz.

TRATAMIENTO DE LA UVEÍTIS NO INFECCIOSA IDIOPÁTICA O ASOCIADA A ENFERMEDAD AUTOINMUNE

Para establecer el tratamiento correcto es fundamental determinar lo más claramente posible el patrón de afectación ocular, según lo expuesto anteriormente, y la etiología de la uveítis.

■ Tratamiento de la uveítis anterior

La uveítis anterior es un proceso que generalmente tiene buen pronóstico con una excelente respuesta a los corticoides tópicos y midriáticos o ciclopéjicos. A pesar de ello, se debe considerar una verdadera urgencia médica y no debe diferirse el tratamiento por la posibilidad de complicaciones si no se realiza correctamente. Es importante retirar gradualmente el tratamiento tópico en 4 a 8 semanas, dependiendo de la respuesta.

Tabla 2. Patrones de presentación de las uveítis⁵

Uveítis anteriores	Aguda unilateral recidivante Aguda unilateral no recidivante Aguda bilateral Crónica
Uveítis posteriores	Coriorretinitis unilateral Coriorretinitis bilateral Vasculitis retiniana
Uveítis intermedias	
Panuveítis	Con coriorretinitis Con vasculitis retiniana Con desprendimiento Exudativo Con vitritis

Tabla 3. Asociación de patrones de uveítis con diagnósticos

Patrón	Diagnóstico
Uveítis anterior aguda recidivante unilateral	Espondiloartropatía
Uveítis anterior aguda no recidivante unilateral	Uveítis idiopática
Uveítis anterior aguda bilateral	Uveítis idiopática
Uveítis anterior crónica	Artritis Idiopática Juvenil (AIJ) u oftálmicas
Uveítis intermedia	Esclerosis múltiple o sarcoidosis
Coriorretinitis unilateral	Toxoplasmosis
Panuveítis con coriorretinitis	Toxoplasmosis
Coriorretinitis bilateral	Coriorretinitis oftálmológicas
Vasculitis retiniana	Behçet
Panuveítis con vasculitis retiniana	Behçet
Panuveítis con vitritis	Panuveítis idiopática
Panuveítis con desprendimiento exudativo	Vogt-Koyanagi-Harada

Ocasionalmente son necesarias las infiltraciones perioculares de corticoides depot para controlar algún proceso inflamatorio especialmente intenso⁽⁶⁾.

Existe un número reducido de pacientes que presentan un problema importante con las continuas recidivas de su uveítis anterior. Aunque el pronóstico de cada brote sea bueno, si éstos son muy repetidos, la visión no es normal mientras dura el tratamiento con midriáticos o mientras persiste el problema inflamatorio. Además, los corticoides tópicos presentan también efectos secundarios. En estos casos se puede plantear un tratamiento "de fondo" con salazopirina que ha demostrado en pequeños estudios disminuir el número de recidivas tanto en pacientes con uveítis anterior aguda recidivante idiopática, asociada a HLA-B27 o a espondiloartropatías. De manera arbitraria se ha establecido que este tratamiento "de fondo" merecería la pena si el paciente tiene más de 3 brotes al año⁽⁷⁾.

Otra opción para estos casos podría ser el metotrexato, que ofrecería algunas ventajas sobre

la salazopirina como, por ejemplo, una mayor comodidad de uso. Sin embargo esta posibilidad está menos contrastada. Otros tratamientos más potentes como la ciclosporina o los fármacos

longado, por lo que es imprescindible recordar que es obligado realizar una correcta prevención de osteoporosis.

En los casos refractarios se añaden los inmunosupresores

La uveítis es la tercera causa de ceguera en pacientes en edad laboral en países desarrollados

que bloquean el TNF- α podrían ser otra opción en casos refractarios, pero su uso se debe limitar en estos pacientes con uveítis anterior aguda recidivante.

■ Tratamiento de la uveítis posterior e intermedia

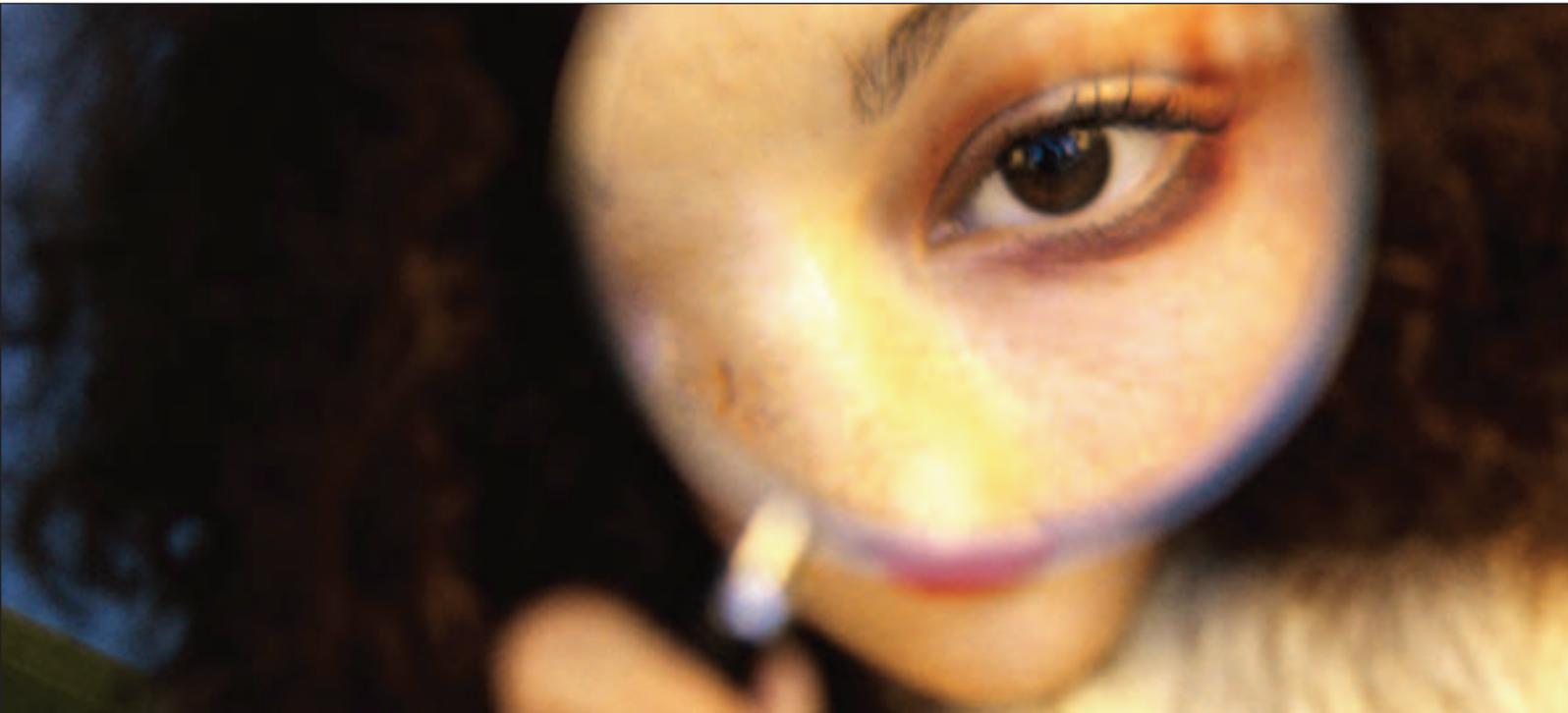
Este cuadro conforma un tipo de uveítis más grave, con posibilidad de ceguera si no se trata con premura. Generalmente, tras descartar causa infecciosa o maligna, se inicia el tratamiento con corticoides a dosis equivalentes a 1 mg/kg/día de prednisona con reducción gradual al controlar el brote⁽⁶⁾. Es importante señalar que el tratamiento puede ser pro-

con el fin de ahorrar corticoides y controlar la enfermedad. El único que tiene la indicación de tratamiento en la uveítis, y que por lo tanto podemos considerar de elección, es la ciclosporina A⁽⁸⁾. La dosis habitual es de 5 mg/kg/día fraccionada en dos dosis. Tras el control del proceso, se comienza a bajar la dosis de corticoides y posteriormente se ajusta la de ciclosporina gradualmente hasta llegar a la mínima que controla el proceso.

También existen casos refractarios a la ciclosporina en los que se puede usar la azatioprina o el metotrexato⁽³⁾. Aunque hay muchas otras posibilidades terapéuticas que se

Tabla 4. Pruebas complementarias en el diagnóstico de uveítis¹

Prueba	Comentarios
Pruebas indicadas en todos los casos de uveítis de etiología desconocida	
Radiografía de tórax	Para descartar sarcoidosis. Para valorar tuberculosis activa o antigua
Serología luética	La sífilis puede asociarse a cualquier patrón de uveítis
Hemograma, bioquímica, VSG y análisis de orina	Poco rentables para llegar a un diagnóstico etiológico pero útiles de cara al tratamiento
Pruebas complementarias indicadas en casos específicos	
Tipificación de HLA	Puede apoyar el diagnóstico en el caso de las espondiloartropatías (B27) o retinocoroidopatía en perdigonada (A29)
Radiografía sacroilíacas	En uveítis anteriores agudas recidivantes unilaterales
Anticuerpos antinucleares	Rara vez son diagnósticos. Útiles en el caso de AIJ, síndrome de Sjögren o lupus sistémico en presencia de otros hallazgos clínicos
Mantoux	No útil para diagnóstico. Útil si se va a iniciar inmunosupresor o si el aspecto y la clínica indican tuberculosis



Para establecer el tratamiento correcto es fundamental determinar lo más claramente posible el patrón de afectación ocular y la etiología de la uveítis

han usado anecdóticamente en pacientes muy refractarios, los corticoides junto con estos tres fármacos, en monoterapia o en combinación, suelen controlar a la mayoría de los pacientes.

No obstante, se siguen comunicando casos de pacientes refractarios a los tratamientos señalados. En estos casos se han comunicado en un número notable de artículos con series no controladas y limitadas de casos una mejoría espectacular con infliximab⁽⁸⁾.

También se ha comunicado la mejoría de niños con uveítis asociada a artritis idiopática juvenil en tratamiento con adalimumab⁽⁹⁾. Sin embargo, etanercept es un fármaco que no ha demostrado tanta eficacia como los dos anteriores para el tratamiento de la uveítis⁽¹⁰⁾. Estos tratamientos que bloquean el TNF-alfa se administrarían a pacientes en los que hayan fracasado los corticoi-

des y, al menos, dos inmunosupresores. Hoy por hoy aún no son una opción de primera elección

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández-García C, Bañares A, Jover JA. Aproximación diagnóstica al paciente con inflamación ocular. *Rev Esp Reumatol* 1997;24:168-78.
2. Gritz DC, Wong IG. Incidence and prevalence of uveitis in Northern California; the Northern California Epidemiology of Uveitis Study. *Ophthalmology* 2004;111:491-500.
3. Pato E, Bañares A, Jover JA, Fernandez-Gutierrez B, Godoy F, Morado C, Mendez R, Hernandez-García C. Undiagnosed spondyloarthropathy in patients presenting with anterior uveitis. *J Rheumatol* 2000;27:2198-202.
4. Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT, Standardization of Uveitis Nomenclature (SUN) Working Group. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. *Am J Ophthalmol* 2005;140:509-16.

5. Bañares A, Jover JA, Fernandez-Gutierrez B, Benitez del Castillo JM, Garcia J, Vargas E, Hernandez-García C. Patterns of uveitis as a guide in making rheumatologic and immunologic diagnoses. *Arthritis Rheum* 1997;40:358-70.
6. Bañares A, Hernández-García C, Fernández-Gutierrez B, Jover JA. Eye involvement in the spondyloarthropathies. *Rheum Dis Clin N Am* 1998; 24: 771-84.
7. Muñoz-Fernández S, Martín-Mola E. Uveitis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2006;20: 487-505.
8. Muñoz Fernández S, Martín Mola E. Cómo, cuándo y qué del tratamiento de la uveítis. *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología* 2004; 5 (4): 169-79.
9. Biester S, Deuter C, Michels H, Haefner R, Kuemmerle-Deschner J, Doycheva D, Zierhut M. Adalimumab in the therapy of uveitis in childhood. *Br J Ophthalmol*. 2007;91: 319-24.
10. Lim LL, Fraunfelder FW, Rosenbaum JT. Do tumor necrosis factor inhibitors cause uveitis? A registry-based study. *Arthritis Rheum*. 2007;56: 3248-52.

Suscríbese a LOS Reumatismos

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

LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Particulares

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

Suscripción por 6 números

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

Fecha: __ / __ / 200__

Firmado:

Forma de pago

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

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

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

LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Empresas/Asociaciones

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

Persona de contacto Cargo

Suscripción por 6 números

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

Fecha: __ / __ / 200__

Firmado:

Forma de pago

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

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

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

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

- ARTRITIS REUMATOIDE
- OSTEOPOROSIS
- ARTROSIS
- SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO
- ESCLERODERMIA
- OTRAS COLAGENOPATIAS
- ESPONDILOARTROPATIAS
- MISCELANEA

EN ESTE NÚMERO LOS RESPONSABLES DE LA SECCIÓN REPRODUCEN, COMENTANDO LA MAYORÍA DE ELLOS, LOS RESÚMENES DE AUTORES REUMATÓLOGOS ESPAÑOLES DE LA SER ACEPTADOS Y PRESENTADOS EN EL CONGRESO AMERICANO DE REUMATOLOGÍA (ACR), BOSTON, NOVIEMBRE 2007.

ARTRITIS REUMATOIDE

Nº 334. REACCIONES A LA INFUSIÓN DE INFLIXIMAB: INFUSIÓN RÁPIDA FRENTE A LA DE 2 HORAS.

Pérez-Pampin E., Arca-Barca B., Fernández-Aguado S., et al. Hospital Clínico Universitario, Santiago

La incidencia de reacciones a la infusión (RI) de infliximab es del 20%, generalmente durante las 2 horas de la infusión. El objetivo del estudio fue: 1) investigar si se producían más RI durante la infusión rápida frente a la infusión habitual de 2 horas; 2) valorar si existía relación entre los índices de actividad y la tasa de RI.

El estudio se realizó en 201 pacientes consecutivos (65% con AR; 15% con EA; 13% artritis psoriática y el 7% otras enfermedades reumáticas) que recibieron 3257 infusiones de infliximab desde abril-00 hasta diciembre-06. El 44% recibieron la infusión rápida.

La incidencia general de RI fue



del 1.1%, afectando al 18% de los pacientes. El 24% de las RI ocurrieron en los pacientes con pauta de infusión rápida frente al 75% en la pauta habitual de 2 horas.

Los autores concluyen que la infusión rápida de infliximab no se

asocia con mayor número de reacciones infusionales. No se encontró relación entre la tasa de RI con la actividad de la enfermedad, ni con el tratamiento combinado con metotrexato.

Nº 1.029. TUBERCULOSIS TARDÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON TRATAMIENTO ANTI-TNF. CUATRO CASOS EN UN CENTRO.

A. Sellas, E. Beltrán, Y. León, et al. Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona.

El tratamiento anti-TNF se ha asociado con un incremento de incidencia de tuberculosis (TBC). Los autores presentan 4 pacientes con artritis reumatoide (edad media 61 años) que desarrollaron TBC pulmonar después de más de 18 meses de tratamiento anti-TNF (media 26 meses). En todos los casos, la radiografía de tórax era normal y las prueba de mantoux y booster, negativas.

Los autores llaman la atención en este aspecto y aconsejan realizar controles de mantoux y booster, quizás anuales, en pacientes en tratamiento prolongado con fármacos anti-TNF.

Nº 1.797. ANTI-PÉPTIDOS CÍCLICOS CITRULINADOS Y NIVELES ELEVADOS DE IL-15 SON MEJORES PREDICTORES QUE EL FACTOR REUMATOIDE PARA TRATAMIENTO INTENSIVO EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS PRECOZ.

A. M. Ortiz, I. González-Álvaro, R. García-Vicuña, et al. Reumatología del Hospital de la Princesa y del Sanatorio Nuestra Señora del Rosario, Madrid.

Estudios previos de este grupo demostraron que los pacientes con AR que presentan niveles elevados de IL-15 reciben mayor número de FAMES comparado con los que presentan niveles bajos.

Los autores comparan de forma prospectiva en 114 pacientes de una consulta de artritis precoz (a los 2 años el 65% se clasificaron como AR), si los niveles de IL-15, factor reumatoide (FR) y anti-péptidos citrulinados (anti-PCC) pueden ser marcadores pronósticos de la enfermedad y señalar qué pacientes precisan de tratamiento más agresivo.

Los pacientes se estratificaron en grupos: monoterapia; terapia combinada; tratamiento anti-TNF y un último grupo en que se aplicaba un factor corrector a los FAMES.

Del 36.5% de pacientes en remisión a los 2 años, el 35% eran FR (+), 29% PCC (+) y 20% IL-15 (+). Sin embargo, el porcentaje de pacientes con altos niveles de actividad, el 5%

eran FR (+), 6% PCC (+) y 10% IL-15 (+). Aunque se apreció una tendencia mayor de actividad en IL-15, esta no fue significativa.

Los autores concluyen que los anti-PCC y niveles de IL-15 en pacientes con artritis precoz, puede seleccionar pacientes que precisen tratamiento más agresivo.

Nº 1.898. ANTI-PÉPTIDOS CITRULINADOS CÍCLICOS (ANTI-PCC) Y ANTI-VIMENTÍN CITRULINADOS EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS SISTÉMICAS DISTINTAS A LA ARTRITIS REUMATOIDE (AR).

E. González-Díaz, F. J. López-Longo, I. De la Torre, et al. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Los anticuerpos anti-PCC y los anti-vimentín citrulinados son más específicos que el factor reumatoide en el diagnóstico de AR; sin embargo, también pueden ser detectados en otras enfermedades reumáticas inflamatorias.

Los autores evalúan la presencia de estos anticuerpos en 1467 pacientes con diversas enfermedades reumáticas. El punto de corte para la positividad de los anti-PCC fue de 25 U/ml, con método ELISA y para los Ac anti-vimentín 20 U/ml. Los resultados en % se describen en la siguiente tabla.

Los autores concluyen que ambos tipos de Ac se presentan en un número similar de pacientes con AR, RP, PMR y ECTI. Sin embargo, los Ac anti-vimentín citrulinados se detectaron de forma significativa en un nivel más alto en los pacientes con AIJ, LES y APS.

Nº 1.901. ANTICUERPOS ANTI PÉPTIDOS CITRULINADOS HUMANOS SINTÉTICOS CON FIBRINA: VALOR DIAGNÓSTICO EN ARTRITIS REUMATOIDE.

I. Haro, M. L. Pérez, M. Gomara1, et al. Departament of Peptide and Protein Chemistry, IIQAB-CSIC, Rheumatology Service. Hospital Clínic, Barcelona.

Los autores evalúan el valor diagnóstico para AR de un nuevo test de ELISA para péptidos citrulinados utilizando como sustrato los PCC derivados de las cadenas alfa y beta de fibrina humana.

	AR	RP	AIJ	PMR	LES	EITC	APS
Anti-PCC	71.6	55.5	16.2*	13.8	13.6**	13.5	8.5***
Anti-Vimentín	78.6	51.2	45*	20.7	69.6**	23.1	47.7***

RP: reumatismo palindrómico. AIJ: artritis idiopática juvenil. PMR: polimialgia reumática. EITC: enfermedad indiferenciada del tejido conectivo. APS: artritis psoriásica

(*p < 0,0005; OR: 6,4; CI 95%: 3,38-12,11; **p < 0,0005; OR: 16,4; CI 95%: 9,26-29,02; *** p < 0,0005; OR: 9,9; CI 95%: 6,18-15,85).

Tras analizar 114 pacientes y 80 controles, demuestran que el uso de estos péptidos quiméricos de fibrina, muestran una buena sensibilidad (82% vs 66%) y especificidad (93%) para el diagnóstico de AR y pueden identificar pacientes que tenían resultados negativos con los ELISA convencionales. En el 35% de los casos con ELISA convencional (-), utilizando estos péptidos quimérico fue (+).

Nº 287. ANTAGONISTAS DEL TNF- α Y RIESGO DE INFECCIONES GRAVES EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS SECUNDARIA A ARTROPATÍAS INFLAMATORIAS.

R. García-Vicuña, A. Olivé, M^a. C. Castro, et al. Hospital de La Princesa, Madrid. Hospital Universitario Germans Triás i Pujol, Barcelona. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Los autores realizan un estudio prospectivo observacional en 36 pacientes (edad media 55 años) con artropatías inflamatorias y amiloidosis secundarias, tratados con anti-TNF, para investigar la tasa de infecciones graves y compararlo con un grupo control de 130 pacientes con AR sin amiloidosis.

De forma basal, los pacientes con amiloidosis tenían mayores elevaciones de la VSG, PCR y tiempo de evolución de la artropatía inflamatoria y habían recibido

menos metotrexato y corticoides que el grupo control.

El grupo con amiloidosis presentó mayor incidencia de efectos adversos graves, incluyendo infecciones, sepsis y fallecimientos.

Este estudio destaca un aumento del riesgo de infecciones graves en los pacientes con artropatías inflamatorias y amiloidosis tratados con fármacos anti-TNF.

Nº 333. VARIACIÓN EN LA PROPORCIÓN DE PACIENTES EN SEGUIMIENTO ESTÁNDAR EN 58 CENTROS CLÍNICOS DE 21 PAÍSES QUE PRESENTAN DAS28 > 5.1. CRITERIOS DE GRAN ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD. DATOS PROCEDENTES DEL GRUPO QUEST-RA.

T. Sokka¹, et al On Behalf of the QUEST-RA Group.

Nº 1040. PEPTIDO INTESTINAL VASOACTIVO (PIV) Y EXPRESION DE RECEPTORS DE PIV EN SINOVIOCIOS REUMATOIDE.

I. Gutiérrez-Cañas¹, Y. Juarranz, B. Santiago, et al. Hospital 12 de Octubre, Madrid, Universidad Complutense, Madrid.



Nº 1.795. GENOTYPES CODING FOR HIGH-AFFINITY VARIANTS OF FC GAMMA RECEPTORS IIA (CD32A) Y IIIA (CD16A) ARE ASSOCIATED WITH POORER ACR RESPONSE TO THERAPY WITH INFlixIMAB IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS.

J. D. Cañete, B. Suárez, MV. Hernández, et al. Unidad de Artritis. Servicio de Reumatología y de Inmunología, Hospital Clinic de Barcelona; Servicio de Reumatología Hospital Juan Canalejo, Coruña.

Nº 1.887. USEFULNESS OF MULTIPLE SINGLE NUCLEOTIDE POLYMORPHISMS DETECTION BY A DNA ARRAY IN THE PREDICTION OF FUNCTIONAL IMPAIRMENT AND REMISSION STATUS IN RHEUMATOID ARTHRITIS.

José-Luis Andreu, J. del Amo, A. Balsa, et al. Reumatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid; Progenika Biopharma SA, Derio; Reumatología. Hospital Universitario La Paz, Madrid; Reumatología. Hospital Universitario Juan Canalejo, A Coruña; Reumatología. Hospital Clinic, Barcelona; Reumatología. Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; Inmunología. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Nº 391. LA ACTIVIDAD DE LA APOPTOSIS ESTÁ MODULADA DE FORMA DIFERENTE POR TNF- α Y LA IL-1₁ EN LOS SINOVIOCIOS DE FIBROBLASTOS HUMANOS. UN MECANISMO INDEPENDIENTE DE LAS PROSTAGLANDINAS.

B. Caramés, M. Lires-Deán, B. Cillero-Pastor, et al. Osteoarticular and Aging Research Laboratory. Biomedical Research Center, CHU "Juan Canalejo", A Coruña.

ARTROSIS

Nº 847. DIFFERENTIAL PROTEOME OF MESENCHYMAL STEM CELLS FROM OSTEOARTHRITIS PATIENTS.

R. Rollín, J. A. López, E. Camafeita, et al. Hospital Clínico San Carlos, Madrid. Unidad de Proteómica. CNIC, Madrid.

Nº 1.445. CHANGE OF A CONSERVED GLUTAMIC ACID FOR GLYCINE IN THE ADAMTS14 PROTEASE ASSOCIATED WITH SUSCEPTIBILITY TO PRIMARY KNEE OSTEOARTHRITIS.

A. González, Z. Mustafa, K. N. Malizos. Hospital Clínico Universitario de Santiago, University of Oxford, United Kingdom, University of Thessaly, Larissa, Greece.

Nº 1.446. TUMOR NECROSIS FACTOR _ BUT NOT INTERLEUKIN 1 _ POTENCIATE CELL DEATH INDUCED BY RO 31-8220, A PROTEIN KINASE INHIBITOR, IN NORMAL HUMAN ARTICULAR CHONDROCYTES.

MJ. López-Armada, B. Caramés, M. Lires-Deán, et al. Osteoarticular and Aging Research Laboratory. Biomedical Research Center, CHU Juan Canalejo, A Coruña.

Nº 1.451. CELL DEATH IN CHONDROCYTES: APOPTOSIS OR AUTOPHAGOCYTOSIS?

M. C. De Andrés, E. Maneiro, A. Bonilla, et al. Osteoarticular and Aging Research Laboratory. Biomedical Research Center. Rheumatology Division. C.H.U. Juan Canalejo. A Coruña.

Nº 1.471. MITOCHONDRIAL PROTEOMIC DIFFERENTIAL EXPRESSION ANALYSIS OF OSTEOARTHRITIS-RELATED PROTEINS IN HUMAN ARTICULAR CHONDROCYTES.

C. Ruiz-Romero, V. Carreira, S. Remeseiro, et al. Osteoarticular and Aging Research Lab, Proteomics Unit. Biomedical Research Center, CH Universitario Juan Canalejo, A Coruña.



ESCLERODERMIA

Nº 6. FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON ESCLEROSIS SISTÉMICA Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL.

B. E. Joven, R. Almodóvar, P. E. Carreira. Hospital 12 Octubre, Madrid.

La evolución de los pacientes con esclerosis sistémica (ES) y enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es muy variable. Desde formas leves con escasa repercusión y evolución clínica a casos con progresión rápida que determinan la supervivencia.

Los autores estudian de una serie de 220 pacientes con ES los 79 (36%) que presentaron EPI durante la evolución. Las características principales fueron: úlceras isquémicas (53%), gastrointestinal (70%), cardíaca (39%), muscular (19%) y renal (8%). El 38% tenían scl70, el 11% anti-RNP y el 14% anti-centrómero. Cincuenta pacientes (63%) fueron tratados con inmunosupresores (32 con AZA y 21 con CFM).

La supervivencia a los 5 y 10 años fue del 86% y 70% respectivamente. La mortalidad se asoció con edad mayor de 30 años al inicio de los síntomas de ES (OR 7.59), FVC<80%(OR 6.7), afección cardíaca (OR 3.1) y VSG elevada en la primera consulta (OR 6.07). Sin embargo, la detección de scl70 no confiere peor pronóstico en los pacientes con EPI.

En el análisis multivariable tanto la afectación difusa cutánea como la VSG elevada en la primera consulta se comportan como factores independiente para mortalidad, por lo que parecen señalar a pacientes con mayor riesgo y por tanto subsidiarios de tratamiento más agresivo.

Nº 7. AFECTACIÓN ARTICULAR CRÓNICA EN LA ESCLEROSIS SISTÉMICA.

B. E. Joven, R. Almodóvar, E. Enríquez, P. Carreira. Hospital 12 Octubre, Madrid.

En un grupo de 180 pacientes con esclerosis sistémica (ES), el 50% presentaban afectación articular crónica. Los autores estudian en esta serie el patrón articular junto con las características clínicas y radiológicas.

El 91% presentaban ANA, Anti-centrómero 34%, Scl70 el 8% y el 13% factor reumatoide positivo. El 43% presentaron artritis crónica y el 18% erosiones radiológicas. La presencia de artritis se asoció a afectación del colon, síndrome seco, VSG elevada, pero no se asoció con la presencia de anti-centrómero, factor reumatoide o de anti-péptidos citrulinados.

Los autores concluyen que la afectación articular además de ser frecuentes en los pacientes con ES, es menos severa radiológicamente y no se asocia con la presencia de factor reumatoide.

Nº 10. VALOR PREDICTIVO DE LOS HALLAZGOS DE LA CAPILAROSCOPIA PERIUNGUEAL EN PACIENTES CON FENÓMENO DE RAYNAUD.

A. Movasat, B. Joven, P. E. Carreira. Reumatología, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Con objeto de conocer el valor predictivo de la capilaroscopia periungueal en el fenómeno de Raynaud (FR), los autores analizaron 477 pacientes con un diagnóstico (18% de los pacientes tenían esclerosis sistémica) y seguimiento de más de 2 años. En el 29% de los pacientes la capilaroscopia fue normal. El diagnóstico final fue de FR primario en el 33% y esclerosis sistémica (ES) en el 29% de los pacientes. Entre los pacientes estudiados por FR la capilaroscopia fue patológica en el 18%, siendo el diagnóstico final: FR primario en el 46% y de ES en el 15%.

En el análisis univariante con regresión logística del grupo estudiado por FR mostró que la posibilidad de desarrollar ES u otra enfermedad del colágeno era muy baja (OR=0.03; 95% CI 0.02-0.07). El diagnóstico de ES se asoció con mayor edad, hipertensión arterial, ANA, anti-scl70, anti-centrómero y esclerodactilia. El estudio multivariante confirmó que la hipertensión arterial, capilaroscopia alterada, calcinosis, esclerodactilia y ANA son factores de riesgo independientes para la ES.

Los autores concluyen que la capilaroscopia es una técnica útil y de bajo costo para el estudio del FR y que junto con la presencia de ANA pueden predecir el diagnóstico de ES.

Nº 1.221. AUTOANTICUERPOS EM LA ESCLEROSIS SISTÉMICA: SIGNIFICADO CLÍNICO.

B.E. Joven, E. Enríquez, R. Almodóvar, et al. Hospital 12 Octubre, Madrid.

Los autores analizan la correlación entre las manifestaciones clínicas y el perfil de diversos autoanticuerpos en 220 con esclerosis sistémica (ES).

Los anti-Scl70 (24%) se correlacionaron con la ES difusa, úlceras isquémicas, alteración de la motilidad esofágica y la afectación pulmonar, aunque no con la hipertensión pulmonar. La presencia de anti-RNP (21%) se detectó con más frecuencia en los casos no diferenciados, afectación articular, muscular y renal. Los anti-Ro (8%) no se correlacionaron con ninguna característica, aunque había una tendencia a la afección articular y la miopericarditis. La presencia de factor reumatoide (125) o de anti-péptidos citrulinados (1%) no se relacionaba con afectación articular o síndrome seco.

Los autores concluyen que aunque en la ES se pueden encontrar anticuerpos que se detecten en otras enfermedades autoinmunes, su significado no parece ser el mismo.



Nº 1.661. AFECTACIÓN PULMONAR EN LAS MIOPATÍAS INFLAMATORIAS.

M^a. P. Ahijado-Guzmán, B. E. Joven, C. Torres, et al. Hospital 12 Octubre, Madrid.

Los autores evalúan en 48 pacientes (media: 42 años; rango: 2-85 años) de una serie de 119 pacientes (40%) con miopatía inflamatoria (MI), los factores de riesgo asociados con el desarrollo de enfermedad pulmonar intersticial (EPI).

Tras 11 ± 7 años de seguimiento, 29 pacientes habían muerto y 13 se habían perdido para el seguimiento. En el análisis de regresión univariabe, EPI fue más frecuente con la presencia de anticuerpos antisintetasa (OR=9.2), pacientes mayores (OR: 1.05; 95% CI 1.02-1.07; $p < 0,0001$) siendo raro por debajo de los 18 años fenómeno Raynaud. (OR=2.4), artritis (OR=2.3) y con afectación cardíaca (OR=4.5) especialmente disfunción ventricular e hipertensión pulmonar. En el análisis de regresión de Cox, la mortalidad no se afectaba por la presencia de EPI.

Se estudiaron 6 pacientes con EB y 7 con APs, en todos los pacientes se obtuvieron las muestras de sinovial por artroscopia. Se observó que la inflamación en el líquido sinovial fue similar en ambos grupos en cuanto al número de células. Se observaron diferencias en la inmunohistopatología, los neutrófilos CD15 y los linfocitos CD3+ fueron más abundantes de forma significativa en la EB en las distintas capas de la sinovial. Por otro lado los mastocitos fueron más abundantes en la APs. No se observaron diferencias en el perfil Th1/Th2 ni en el desenlace de la enfermedad durante el seguimiento.

Los autores sugieren la presencia de una inmunopatología distinta en ambas enfermedades al inicio; sin embargo la presencia de neutrófilos y mastocitos sugiere un papel importante de la inmunidad innata en ambas enfermedades. Por otro lado, a pesar de las diferencias inmunopatológicas no parecen existir diferencias en las enfermedades en cuanto al desenlace.

ESPONDILOARTROPATIAS

Nº 561. CARACTERÍSTICAS DE LA INMUNOHISTOPATOLOGÍA EN LA SINOVITIS DE INICIO EN LA ENFERMEDAD DE BEHCET COMPARADA CON LA ARTRITIS PSORIÁSICA.

J. Cañete et al. Hospital Clínico de Barcelona & Universidad de Amsterdam.

La enfermedad de Behcet (EB) comparte algunas características clínicas con las espondiloartritis y en particular con la artritis psoriásica (APs), por lo tanto los autores se proponen en el estudio evaluar la inmunopatología sinovial y el perfil Th1/Th2 en ambas enfermedades en su debut, sin tratamiento y estudiar su relación con el desenlace en la evolución de la enfermedad.

Nº 595. PREVALENCIA DE LA ENTESITIS Y UTILIDAD DE DOS ÍNDICES DE ENTESITIS EN LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE Y LA ARTRITIS PSORIÁSICA.

J.L. Fernández Sueiro et al. Hospital Universitario Juan Canalejo, La Coruña.

El objetivo del estudio fue evaluar la prevalencia de la entesitis en la espondilitis anquilosante (EA) y la APs, estudiar su relación con respecto a la actividad clínica y la correlación entre el ítem 4 del BASDAI y el índice MASES de entesitis.

El estudio se realizó en las cohortes de seguimiento del hospital, todos los pacientes se evaluaron de acuerdo a las medidas recomendadas en la EA y en la APs.

Se estudiaron 115 pacientes con EA y 100 pacientes

con APs, la prevalencia de entesitis en la EA fue del 12,2% y en la APs fue del 43%, la entesis más frecuentemente afectada fue la del tendón aquileo en ambas enfermedades. Se observó que la prevalencia de entesitis fue mayor si la enfermedad estaba activa en ambas enfermedades; además aquellos pacientes que presentaban entesitis tenían datos clínicos de actividad. Cuando se evaluó el ítem 4 del BASDAI comparándolo con el índice MASES, se observó que este índice no era tan útil para evaluar las entesitis como el índice MASES.

Los autores concluyen que las entesitis son un componente importante de la actividad de la enfermedad; por lo tanto se sugiere su evaluación rutinaria en la clínica diaria.

mediante el SF12. los pacientes se estratificaron en los siguientes pares de grupos; a) trabajadores versus no trabajadores, b) trabajadores potenciales versus no trabajadores potenciales.

Se estudiaron 160 pacientes con EA y 143 con APs. En la EA se observó que la edad y el BASFI se asociaban de forma independiente a la pérdida de empleo en ambos pares de grupos. En la APs se obtuvieron los mismos resultados, en el grupo a pero no en el b, con respecto al HAQ. Con respecto a la calidad de vida medida por el SF12, en la EA se observó en ambos grupos una diferencia significativa en el componente físico en los no trabajadores. En la APs no se observaron estas diferencias.

Los autores concluyen que la edad, la función



Nº 596. FACTORES ASOCIADOS AL EMPLEO EN LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE Y LA ARTRITIS PSORIÁSICA.

J.L. Fernández Sueiro et al. Hospital Universitario Juan Canalejo. La Coruña, Hospital Cristal Piñor, Orense.

Tanto la EA como la APs son artritis crónicas que pueden ocasionar un impacto importante en la capacidad de trabajo de los pacientes. La función física y la calidad de vida son importantes medidas de desenlace en estas enfermedades. Por lo tanto los autores en este trabajo estudian su relación con la capacidad de trabajo en la EA y la APs.

Para realizar el estudio los pacientes realizaron un cuestionario para evaluar la función física mediante el BASFI, ASQoL y HAQ. La calidad de vida se evaluó

física medida por el BASFI y el HAQ están asociados en la EA y la APs a una pérdida de función y por lo tanto a una incapacidad para trabajar. Sin embargo este impacto parece más severo en la EA que en la APs.

Nº 600. INFLAMACIÓN ENTESÍTICA EN LA UVEITIS AGUDA ANTERIOR RECURRENTE SIN ESPONDILOARTRITIS.
Santiago Muñoz et al. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

El 50% de la uveitis aguda anterior (UAA) asociada o no al HLA-B27 son idiopáticas. Algunos autores con-

sideran que la UAA recurrente puede ser una parte del espectro clínico de las espondiloartritis aunque estas no tengan manifestaciones que permitan realizar un diagnóstico de espondiloartritis.

Los autores estudian la posibilidad de que los pacientes con UAA recurrente presenten alteraciones entesíticas comparables a las espondiloartritis.

Se realizó un estudio transversal en 5 grupos: a) 20 pacientes con espondiloartritis, b) 20 controles sanos, c) 19 con UAA recurrente HLA-B27+ sin criterios de espondiloartritis, d) 19 con UAA recurrente HLA-B27- sin criterios de espondiloartritis, e) 20 pacientes con otras formas de uveítis. Los autores utilizan el índice MASEI desarrollado previamente en su servicio.

En los resultados los autores observan que el grupo b, HLA-B27+ presenta un índice de entesitis similar a los pacientes con espondiloartritis. Este índice es más bajo si los pacientes son HLA-B27-. Los autores sugieren que los pacientes con UAA recurrente HLA-B27+ podrían ser formas decapitadas o incompletas de espondiloartritis.

Nº 603. ESTUDIO PILOTO DE LOS PACIENTES REMITIDOS QUE PRESENTAN ESPONDILOARTRITIS DE INICIO: RESULTADOS DEL ESTUDIO ESPIDEP.

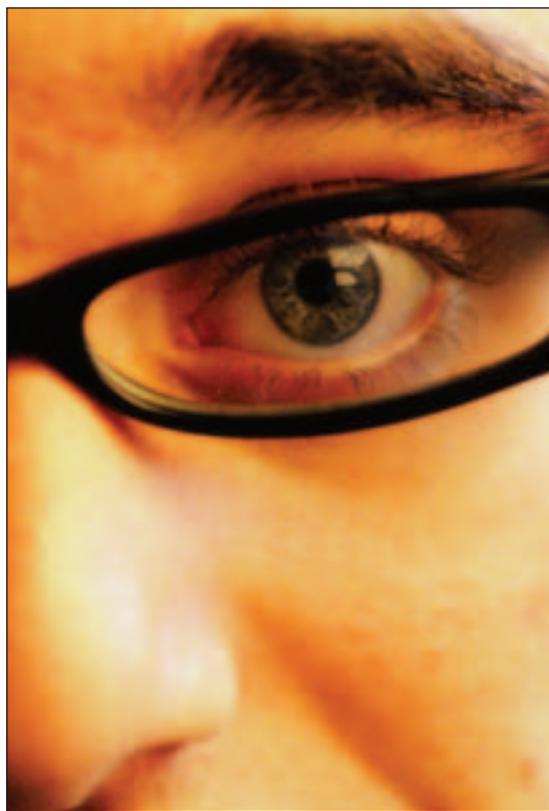
M Steinerova et al. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

El objetivo del estudio fue disminuir los tiempos de espera para realizar el diagnóstico de espondiloartritis.

Este es un estudio piloto para evaluar pacientes con espondiloartritis de inicio. En este estudio los pacientes se remiten de los centros de salud de acuerdo a los siguientes criterios: edad menor de 45 años, duración de los síntomas 3-24 meses, y al menos una de las siguientes: artritis asimétrica de las extremidades inferiores, dolor inflamatorio lumbar. El periodo de reclutamiento fue de 6 meses y los criterios utilizados para el diagnóstico fueron los del ESSG y los criterios de diagnóstico precoz de EA del grupo de Berlin.

Se remitieron 52 pacientes. De estos 43 cumplieron los criterios de referencia, de los cuales 34 fueron diagnosticados de alguna forma de espondiloartritis. 25 formas indiferenciadas, 4 EA, 2 APs, 2 artritis reactivas y una artritis asociada a la enfermedad de Crohn.

En las conclusiones los autores observan un alta tasa de derivación de los centros de referencia. Además se realizó un número importante de diagnóstico de espondiloartritis. Los autores sugieren que la coordinación con la atención primaria es una estrategia adecuada para el diagnóstico de las espondiloartritis al inicio.



Nº 604. LA VELOCIDAD DE SEDIMENTACIÓN GLOBULAR PREDICE LA PROGRESIÓN DE LAS LESIONES ENTESÍTICAS EN LAS ESPONDILOARTRITIS.

E. de Miguel, et al. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

El objetivo de este estudio fue evaluar la capacidad de la VSG para predecir la sensibilidad al cambio del índice entesítico ecográfico de Madrid (MASEI) en las espondiloartritis.

Se realizó un estudio longitudinal en 33 espondiloartritis de inicio, los pacientes cumplían para su diagnóstico los criterios ESSG. La VSG se determinó al inicio y la ecografía se realizó al inicio y a los 6 meses.

La VSG no se correlacionó al inicio del estudio con el índice MASEI. Sin embargo, a los 6 meses sí se observó una correlación tanto con el índice MASEI como con un subíndice de actividad del MASEI. Los autores realizan un subanálisis en los pacientes que no recibieron FAMES, observando que aquellos pacientes que mejoraban mediante el MASEI presentaban una VSG más baja que aquellos que no mejoraban. Este efecto fue particularmente importante en los pacientes que presentaban artritis periférica.

Los autores concluyen que la VSG podría predecir la presencia de entesitis y daño estructural en las espondiloartritis de inicio.

Nº 610. PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD POR EL PACIENTE Y EL MÉDICO EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA.
Estudio multicéntrico del GRAPPA y OMERACT. GRAPPA y OMERACT (J.L. Fernández Sueiro entre otros autores).

Nº 613. ECOGRAFÍA EN EL ALGORITMO DE BERLIN PARA EL DIAGNÓSTICO DE LAS ESPONDILOARTRITIS DE INICIO.
T Cobo-Ibáñez et al. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Los objetivos del estudio fueron evaluar la utilidad del algoritmo de Berlín para el diagnóstico de las espondiloartritis al utilizar un índice ecográfico de entesitis.

Basándose en los pacientes del ESPIDEP, que permite realizar el diagnóstico de espondiloartritis de inicio, los autores utilizan el índice ecográfico MASEI integrado en el algoritmo de Berlín utilizado para el diagnóstico temprano de espondiloartritis. El punto de corte del MASEI estimado para diferenciar las espondiloartritis de los controles fue establecido en 18 puntos. Se utilizaron 20 controles.

Treinta y cinco pacientes fueron diagnosticados de espondiloartritis de inicio. Utilizando el MASEI con el punto de corte en 18 puntos, 28 pacientes cumplieron

este criterio mientras que sólo se observó en 4 controles. El MASEI presentó una sensibilidad y especificidad del 80%. Aplicando el algoritmo de Berlín, 7 pacientes con espondiloartritis fueron incorrectamente clasificados; sin embargo, al utilizar el MASEI se capturaron 6.

Los autores concluyen que el índice ecográfico de entesitis puede mejorar el diagnóstico temprano de espondiloartritis. Añadiéndolo al algoritmo de Berlín, puede ser útil para mejorar el diagnóstico en las fases de inicio de las espondiloartritis.

Nº 1.175. DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES CON ESPONDILOITIS ANQUILOSANTE HLA-B27+ Y NEGATIVOS: RESULTADOS DERIVADOS DE UN AMPLIO REGISTRO DE PACIENTES.

Luisa M. Rojas Vargas et al. Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

El objetivo del estudio fue evaluar las diferencias en diversas características de los pacientes con EA de acuerdo a la presencia o no del HLA-B27

Se utilizaron para el presente estudio 1235 pacientes del registro nacional español REGISPONSER. Se realizó un análisis para evaluar diversas características de la enfermedad y se realizaron comparaciones



de acuerdo al daño estructural medido por el BASRI.

El 83,3% de los pacientes fueron HLA-B27 positivos. La edad de presentación de la enfermedad fue mayor en los pacientes B27-, así como artritis de las extremidades superiores, dactilitis, psoriasis y enfermedad inflamatoria intestinal. Los pacientes B27+ presentaron más frecuentemente historia familiar positiva. La actividad de la enfermedad medida por el BASDAI fue mayor en los B27-.

En las conclusiones los autores resaltan las diferencias al inicio de la enfermedad entre los pacientes B27- y +, así como la actividad de la enfermedad. Esta fue mayor en los B27-.

Nº 1.187. IMPACTO DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE Y LA ARTRITIS PSORIÁSICA EN LA CAPACIDAD DE TRABAJAR, FUNCIÓN FÍSICA CALIDAD DE VIDA.

J.L. Fernández Sueiro et al. Hospital Universitario Juan Canalejo, La Coruña. Hospital Cristal Piñor, Orense. Hospital Montecelo, Pontevedra.

El objetivo del estudio fue evaluar el impacto de la EA y la APs en la capacidad laboral, la función física y la calidad de vida.

Se realizó un estudio con los pacientes de 3 hospitales gallegos. Para medir la incapacidad se utilizaron las medidas actuales del Sistema Nacional de Salud, esto es, incapacidad laboral parcial, total, absoluta y gran invalidez. En todos los pacientes se realizaron las mediciones de la enfermedad de acuerdo a los estándares actuales.

Se analizaron 160 pacientes con EA y 143 con APs. El 46,2% de los pacientes con EA y el 28% de los pacientes con APs presentaron algún tipo de incapacidad. Sin embargo, en un modelo de regresión logística no se encontraron diferencias en la prevalencia de incapacidad. La edad y el tiempo de evolución se asociaron de forma independiente a la incapacidad. Los pacientes con EA discapacitados presentaron un peor BASFI y ASQoL, mientras que los de APs presentaron un peor HAQ.

El impacto en vida laboral de la EA es alto, siendo la edad y el tiempo de evolución factores determinantes para este impacto. La función física se encuentra deteriorada en estos pacientes.

Nº 1.188. ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS FORMAS AXIALES DE ARTRITIS PSORIÁSICA CON LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE PRIMARIA. ¿SON IGUAL DE ÚTILES LOS PARÁMETROS DE ACTIVIDAD DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE EN LAS FORMAS AXIALES DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA?

J.L. Fernández Sueiro, et al. Hospital Universitario Juan Canalejo. La Coruña.

El objetivo del estudio fue evaluar si las medidas de actividad utilizadas en la EA son útiles para definir la actividad en las formas axiales de la APs.

Se realizó una comparación de las formas primarias de la EA con las formas axiales de la APs. Estas formas fueron clasificadas de acuerdo a un criterio radiológico, al menos sacroilitis unilateral grado II.



Se estudiaron 103 pacientes con EA y 46 pacientes con formas axiales de Aps. Al realizar la comparación entre ambos grupos de enfermedades no se encontraron diferencias sustanciales con respecto a la metrología, obteniéndose unos resultados similares al utilizar el BASDAI ≥ 4 como punto de corte.

En las conclusiones los autores sugieren que las formas axiales de la artritis psoriásica deben evaluarse con las mismas medidas de la EA. Además el BASDAI es un instrumento útil para evaluar la actividad de la enfermedad.

Nº 1.189. UTILIDAD DE UN CRITERIO RADIOLÓGICO PARA LA CLASIFICACIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS FORMAS AXIALES DE LA ARTRITIS PSORIÁSICA.

J.L. Fernández Sueiro, et al. Hospital Universitario Juan Canalejo. La Coruña.

En este trabajo los autores se proponen evaluar la radiología para realizar la clasificación de las formas axiales de la artritis psoriásica

Se realizó una valoración de forma consecutiva de 100 pacientes con Aps. En todos ellos se realizaron las mediciones estándares para la artritis periférica y la afectación axial. Además se realizó un análisis mediante el BASRI de la columna vertebral. Para clasificar las formas axiales se utilizó el criterio de sacroilitis radiológica unilateral grado II.

En los resultados se obtuvieron diferencias significativas en todos los parámetros metrología entre las formas axiales y periféricas de la artritis psoriásica.

Los autores concluyen que el criterio radiológico es útil para realizar la clasificación de la enfermedad. Además las formas axiales de la APs deben evaluarse con las recomendaciones utilizadas en la EA primaria.

OSTEOPOROSIS

Nº 1.184. DENSIDAD MINERAL ÓSEA Y PREVALENCIA DE OSTEOPOROSIS Y FRACTURAS EN LA ARTRITIS PSORIÁSICA.

N. Busquets et al. Hospital Universitario de Bellvitge. Barcelona.

El objetivo fue evaluar la DMO y la prevalencia de osteoporosis y fracturas en los pacientes con APs.

La DMO se evaluó mediante DEXA excluyéndose los pacientes con enfermedad axial. Se recogieron variables demográficas y test de calidad de vida en todos los pacientes estudiados.

Se estudiaron 155 pacientes (64 mujeres postmenopáusicas, 26 premenopáusicas y 65 hombres). La forma clínica articular fue mayoritariamente poliarti-

cular. Se observó que los pacientes con APs, fundamentalmente las mujeres postmenopáusicas, presentan una alta prevalencia de osteoporosis. La DMO se correlacionó con la edad, el IMC y la actividad de la enfermedad. Se encontró un porcentaje no despreciable del número de fracturas. Los factores asociados a fracturas fueron iguales que en la población general.

Nº 1.444. RISK FACTORS OF NEW FRACTURES AFTER VERTEBROPLASTY.

E. Docampo, J. Calvet, J. Serra, et al. Servei De Reumatologia Hospital Del Mar i Hospital De L'Esperança Imas, Barcelona. CRC, Barcelona.

Los autores evalúan los factores de riesgo de nuevas fracturas durante 6 meses después de vertebroplastia (VP), en una serie prospectiva no randomizada de 43 pacientes (edad media 74.5 años) con fractura vertebral reciente, realizando VP en 82 vértebras.

Aparecieron 12 nuevas fracturas vertebrales en 9 pacientes (8 de ellas adyacentes donde se inyectó el cemento), con una media en su aparición de 57 días para las adyacentes y 98 días para las no adyacentes (no significativa). De las variables estudiadas sólo se encontró correlación para la aparición de nueva fractura entre la filtración del cemento al disco.

La vertebroplastia es un tratamiento analgésico efectivo que persiste a lo largo del tiempo. La fuga de cemento al disco, aumenta el riesgo de nuevas fracturas.

Nº 1.549. BONE METABOLISM IN PRIMARY SENILE OSTEOPOROSIS. EFFECTS OF TWO DIFFERENT CALCIUM SUPPLEMENTATION.

M. Ciria, Ll. Pérez-Edo, J. Blanch, et al. Hospital del Mar, Barcelona. Hospital de Mataró, Barcelona.

Los autores comparan durante 3 años, el efecto en los marcadores del metabolismo óseo y los cambios en la densitometría ósea, de 115 mujeres postmenopáusicas con osteoporosis sin fracturas, tratadas con bien con osseín-hidroxiapatita o con carbonato cálcico. Ambos grupos recibían además 800 UI de Vitamina D.

A nivel de los marcadores de metabolismo óseo se demostró un aumento significativo de la concentración de osteocalcina durante el segundo y tercer año de tratamiento. No hubo diferencias en el resto de marcadores ni en la densitometría ósea.

Los autores concluyen que la osseín-hidroxiapatita muestra una mayor capacidad de estimular la osteoformación que el carbonato cálcico.

SÍNDROME ANTIFOSFOLIPIDICO

Nº 2.057. CAMBIOS EN LOS PATRONES DE LAS PROTEÍNAS DE LOS MONOCITOS DE PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO TRATADOS CON ESTATINAS.

M. J. Cuadrado, Ch. López-Pedrerá, A. Aguirre, et al. St. Thomas' Hospital, London, United Kingdom; Hospital Hospital Reina Sofía, Córdoba.

Las estatinas pueden tener efectos antitrombóticos, aunque los mecanismos son actualmente desconocidos. En este trabajo se intenta conocer dichos mecanismos realizando análisis proteómicos en monocitos de pacientes con síndrome antisfosfolípido primario, abriendo nuevos caminos de investigación.

Nº: 1399. INNATE IMMUNITY AND ANTIPHOSPHOLIPID SYNDROME: PREVALENCE AND CLINICAL SIGNIFICANCE OF POLYMORPHISMS OF MANNANOSE-BINDING LECTIN (MBL) AND TOLL-LIKE RECEPTORS (TLR) 2 AND 4.

P. Brito-Zerón, R. Belenguer, D. Tassies, et al. Laboratory of Basic Research in Autoimmune Diseases, IDIBAPS, Hospital Clinic, Barcelona; Rheumatology Unit, Hospital 9 d'Octubre, Valencia; Department of Hemotherapy and Hemostasis, Hospital Clinic, Barcelona; Department of Immunology, Hospital Clinic, Barcelona.

OTRAS COLAGENOPATIAS

Nº 646. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES.

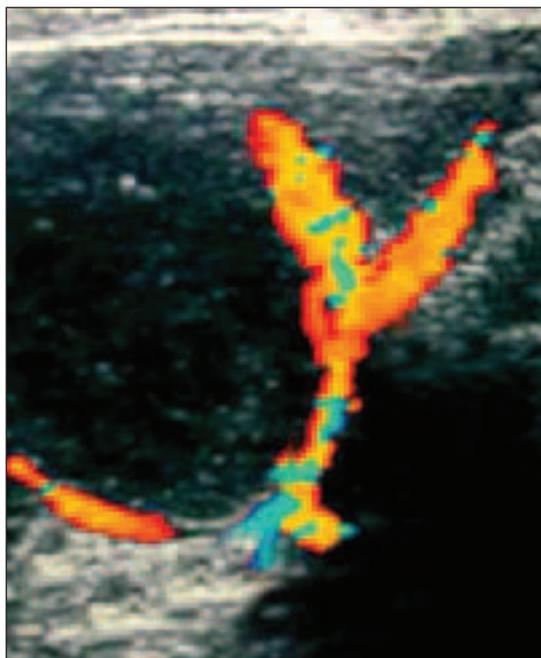
E. De Miguel, C. Castillo, E. Martín Mola. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Aunque la biopsia de la arteria temporal se recomienda para confirmar el diagnóstico de la arteritis temporal (AT), presenta falsos negativos (5-45%) y es una técnica invasiva. Los autores evalúan de forma prospectiva la utilidad de la ecografía con color Doppler, técnica no invasiva, en 66 pacientes con sospecha de AT.

Los criterios ecográficos utilizados fueron: presencia de halo alrededor del flujo arterial, estenosis o la oclusión de la arteria. El patrón oro para el diagnóstico de AT fueron el diagnóstico clínico, el resultado de la biopsia y la respuesta clínica a los corticoides.

En 37 de los pacientes se realizó biopsia y fue positiva sólo en 7 casos y en todos ellos la ecografía demostraba signos de arteritis. Los resultados principales fueron para la ecografía con color Doppler: sensibilidad: 100%; especificidad: 95.5%; valor predictivo positivo y negativo: 91.3% y 100% respectivamente.

Los autores concluyen que la ecografía con color



Doppler es una técnica no invasiva y útil para el diagnóstico de AT, e incluso puede ser usada como técnica diagnóstica alternativa.

Nº 1.245. LA VARIANTE GENÉTICA CD24 A57V CONFIERE SUSCEPTIBILIDAD PARA LA ARTERITIS DE CÉLULAS GIGANTES.

J. Martín, B. Rueda, M. A. González-Gay. Instituto Biomedicina. CSIC, Granada. Hospital Xeral-Calde, Lugo.

Nº 1.090. CLINICAL AND IMMUNOLOGICAL EXPRESSION OF THE EPIDEMIOLOGIC SUBSETS OF PRIMARY SJÖGREN'S SYNDROME. MULTICENTER STUDY OF 1000 PATIENTS.

M. Ramos-Casals, R. Solans, J. Rosas, et al, del grupo del estudio GEMESS. Servicio enfermedades Autoinmunes, Hospital Clinic, Barcelona; Servicio Medicina Interna, Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona; Sección Reumatología, Hospital de Villajoyosa, Alicante; Servicio Medicina Interna, Hospital Carlos Haya, Málaga; Servicio Medicina Interna, Hospital La Paz, Madrid; Servicio Medicina Interna y Reumatología, Hospital Universitario de Salamanca; Sección Reumatología, Hospital de Sierrallana, Torrelavega; Servicio Medicina Interna, Hospital Virgen de las Nieves, Granada; Servicio Medicina Interna, Hospital La Fe, Valencia; Sección Reumatología, Hospital General de Castellón; Sección Reumatología, Hospital 9 d'Octubre, Valencia; Servicio Medicina Interna, Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca.

Los autores presentan las características clínicas e inmunológicas respecto a los casos de edad mayor de 70 años y en 74 varones, de una cohorte de 1000 pacientes con síndrome de Sjögren primario.

Los varones presentaban menor frecuencia de pruebas oculares positivas, fenómeno de Raynaud y de tiroiditis autoinmune y mayor frecuencia de anti-Ro, C3 y C4 bajo.

Los pacientes mayores de 70 años tenían menor prevalencia de ANA, artralgias y leucopenia, aunque tenían mayor frecuencia de afectación pulmonar, neuropatía y anemia. Los casos incidentes presentaban mayor prevalencia de parotidomgalia y anti-Ro.

El síndrome de Sjögren es una enfermedad sistémica que puede expresarse de diversas formas dependiendo del perfil epidemiológico.

Nº 1.934. FACTORES PRONÓSTICOS DE RECAÍDA DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN EN EL PRIMER EPISODIO DE NEFRITIS.

E. Salgado, J. García, R. Belmonte, et al. Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Los autores analizan los factores predictivos para la recaída después del tratamiento de inducción en el primer episodio de nefritis en una cohorte de 118 pacientes con LES y que incluye diversos tipos de nefropatía.

La recaída tras el tratamiento de inducción del primer episodio de nefritis fue más frecuente en los pacientes con anti-DNA persistente y C4 bajo, así como en los que mantenían proteinuria residual por encima de 0.5 g/día. Ni la histología, tipo, duración del tratamiento de inducción, función renal o la respuesta, fueron capaces de predecir recaída en esta serie de pacientes.

Nº 1.973. ANALYSIS OF GENETIC VARIATION IN PDCD1: A NEW REGULATORY 5' SNP AS THE UNIQUE SLE ASSOCIATED POLYMORPHISM IN EUROPEAN CAUCASIANS.

A. González, I. Ferreiros-Vidal, E. Alonso-Pérez, et al. Hospital Clínico Universitario de Santiago, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. Hospital Evangelismos, Athens, Greece; Segunda Universidad de Nápoles, Italy; Athens University Medical School, Athens, Greece, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla; Eastern Piedmont University, Novara, Italy, Instituto de Parasitología y Biomedicina López-Neyra, Granada, Ospedale S. Camillo -

Forlanini, Roma, Italy, Institute of Rheumatology, Prague, Czech Republic, Hospital 12 de Octubre, Madrid, University of Szeged, Szeged, Hungary, Hannover Medical School, Hannover, Germany, University of Milan and Fondazione IRCCS Ospedale Maggiore Policlinico, Milan, Italy.

Nº 1.974. QUESTIONING THE FUNCTIONAL RELEVANCE OF THE PD1.3 SNP, A PUTATIVE REGULATORY SNP OF PDCD1 ASSOCIATED WITH SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS.

A. González, M. Suárez-Gestal, I. Ferreiros-Vidal, J. A. Ortiz, J. J. Gómez-Reino. Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. Instituto de Neurociencias de Alicante.

MISCELANEA

Nº 121. PRECISIÓN DE LA EXPLORACIÓN FÍSICA EN LA EVALUACIÓN DEL SÍNDROME DE IMPINGEMENT DIAGNOSTICADO POR RM.

L. Silva, P. Muñoz, M. Fernández-Castro, et al. Servicio de Reumatología, Radiología y de Bioestadística del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid.

La exploración física del hombro incluye diversas maniobras que evalúan el espacio subacromial. La resonancia magnética (RM) nos da con precisión la imagen anatómica del espacio subacromial y del manguito de los rotadores. Los autores estudian en 29 pacientes (edad media: 55 años) con síntomas (media 83 días) la precisión de la exploración física en el diagnóstico del síndrome de impingement confirmado por RM.

De las maniobras utilizadas, la de Yocum obtuvo la mejor sensibilidad (71%) y precisión (65%).

Nº 1.574. TUBERCULOSIS ESQUELÉTICA. ESTUDIO DE 53 CASOS.

E. García-Melchor, L. Mateo, E. García-Casares, et al. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Los autores presentan las características de 58 pacientes con infección osteoarticular por tuberculosis: 71% con afectación axial, 21% periférica y en el 8% en ambas localizaciones. La cirugía se requirió en el 27% de los casos axiales y en el 56% de las localizaciones periféricas. La curación se alcanzó en el 62% de los casos.

Nº 1.626. EL DIAGNÓSTICO DE GOTA EN REUMATOLOGÍA HOSPITALARIA ESTÁ MUY ALEJADO DE LAS RECOMENDACIONES: RESULTADOS DEL ESTUDIO GEMA (GOUT EVALUATION OF MANAGEMENT).

F. Pérez-Ruiz, E. Pascual, L. Carmona, et al y el grupo de estudio GEMA. Hospital de Cruces, Baracaldo; Hospital General de Alicante, Fundación Española de Reumatología, Madrid, Hospital de Lugo. Hospital La Paz, Madrid, Hospital Carlos Haya, Málaga.

Las recomendaciones EULAR aconsejan que el diagnóstico definitivo de gota debe estar basado en la observación de los cristales en el líquido sinovial. Las manifestaciones clínicas y radiológicas pueden ser de ayuda pero no diagnósticas. Por otra parte la comorbilidad, especialmente el síndrome metabólico, debe ser evaluada en los pacientes con gota.

Los autores analizan los resultados de un estudio transversal nacional, en el que se revisan los datos para el diagnóstico de gota y su comorbilidad recogida en 20 pacientes de 50 centros de Reumatología españoles (1.000 pacientes).

El diagnóstico de gota fue clínico en el 65% de los casos; se basó en la demostración de cristales en el 26%; se basó en la clínica y la radiología en el 8% de los casos. Se evaluó el líquido sinovial para la búsqueda de cristales en el 76% de las artritis agudas, 15% de los tofos y en el 10% de articulaciones asintomáticas que previamente habían estado inflamadas. Respecto a la comorbilidad, el peso estaba recogido en menos del 50%, la tensión arterial en un 30% y el aclaramiento de creatinina en menos del 20% de los casos.

Por tanto, el diagnóstico de gota en los servicios hospitalarios de Reumatología rara vez se basa en la demostración de cristales y, si ocurre, lo hace en el contexto de un episodio de artritis aguda.

Nº 1.646. EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE LA INFILTRACIÓN CON CORTICOIDES VS CIRUGÍA EN EL SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO. UNA EXTENSIÓN OBSERVACIONAL DE UN ENSAYO CLÍNICO RANDOMIZADO.

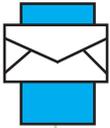
D. Ly-Pen, J.L. Andreu, I. Millán, et al. Centro de Salud Gandhi, Madrid, Unidad de Reumatología y Bioestadística, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Madrid, Unidad de Neurofisiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal., Madrid, Unidad de Cirugía Plástica. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Los autores ya habían demostrado previamente que la infiltración con corticoides es tan efectiva como la cirugía descompresiva en el síndrome del túnel carpiano (STC) después de 1 año de seguimiento. En este estudio evalúan el resultado de ambas técnicas a largo plazo (media de 5.9 años) en 148 de los 163 pacientes originales randomizados.

En una estimación a los 7 años, la incidencia acumulada de fallo terapéutico en el grupo de cirugía fue del 11% frente al 48% en el grupo infiltración. En el análisis de regresión múltiple de Cox mostró un riesgo de fallo asociado a infiltración de 4.5 (CI 95%: 2,09-9,86; $P < 0.0001$).

Los autores concluyen que, a largo plazo, la cirugía parece más efectiva que la infiltración con corticoides en el STC primario, aunque más del 50% no necesitarán cirugía.





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

LOS PACIENTES PREGUNTAN

¿Son adecuadas las dosis de metotrexato en el tratamiento de la artritis reumatoide?

Soy una mujer de 50 años y me han diagnosticado una artritis reumatoide. Mi reumatólogo me ha recetado metotrexato en inyecciones subcutáneas a una dosis de 25 mg a la semana. El enfermero, cuando voy a pincharme, y otras veces el personal de la farmacia me dicen que la dosis es demasiado alta y que este medicamento se lo dan a pacientes con cáncer. Tengo miedo de los efectos secundarios y no sé qué hacer.

P. García. Torrent
(Valencia)

El metotrexato es el medicamento que se utiliza con más frecuencia para el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide. Ahora se utilizan dosis más altas que las que se usaban hace 10 años, porque con ello se consigue controlar mejor la enfermedad sin que aumenten mucho los efectos secundarios. Es verdad que el metotrexato forma parte del tratamiento de algunos cánceres; sin embargo, las dosis utilizadas son mayores.

Por ello, las dudas que le puedan insinuar, tal y como las cuenta, creo que son fruto del desconocimiento profundo del tratamiento actual de la artritis reumatoide. Mi consejo es que si su reumatólogo le ha recetado esa dosis, debe tener la seguridad de que ha valorado el beneficio que le puede aportar para conseguir un control adecuado de su enfermedad, y que es una dosis habitual. Sí que debe acudir a las visitas con las analíticas correspondientes que le indique su reumatólogo, porque son importantes para evitar los posibles efectos adversos

Dr. José Ivorra Cortés

Neuroma de Morton del pie: causa frecuente de dolor

Tengo 49 años y trabajo de electricista. Desde hace un año me duele el pie derecho, especialmente los dedos y últimamente me he preocupado porque siento como calambres. He ido a mi médico y me he quedado preocupado. Me ha dicho que es probable que tenga un problema de un nervio del pie que se llama neuroma de Morton. Me ha

aconsejado unas plantillas y me ha enviado al reumatólogo para ver si me pone una inyección y si no funciona, me operarían. Me gustaría saber si hay alguna prueba para demostrarlo y tener más información.

Juan S. (Alicante)

La aparición de dolor en los dedos del pie puede deberse a múltiples causas. El hecho de que en su caso se acompañe de sensación de tipo calambre, indica que la causa más probable esté en relación con un proceso que implique a un nervio. El más frecuente es el llamado neuroma de Morton, que se caracteriza por dolor plantar y hormigueo o parestesias en los dedos, especialmente entre el tercero y cuarto. Otras causas podrían estar en relación con la presencia de diabetes, que usted no comenta.

Este cuadro predomina en trabajos que exigen estar de rodillas y que mantienen flexionado el pie.

El diagnóstico de sospecha es habitualmente clínico y como le ha dicho su médico se suele intentar una infiltración local porque en ocasiones hay una bursitis a ese nivel y puede responder bien a dicha infiltración.

Para confirmar el diagnóstico se puede realizar una ecografía y, si hay dudas, una resonancia magnética. También se aconseja llevar una plantilla de descarga y evitar posturas forzadas de flexión del pie señaladas. Sólo si todo fracasa, se plantea la cirugía, que suele ser eficaz. Por tanto, estamos plenamente de acuerdo con la actitud de su médico.

Dr. José Rosas

La hepatitis C como posible causa de enfermedades reumáticas

Tengo 52 años y hace 10 años me diagnosticaron una hepatitis por el virus C. Desde hace meses tengo dolores en las articulaciones, a veces se me hincha la rodilla o un tobillo y me salen manchas en las piernas. Me han dicho que tengo una enfermedad reumática relacionada con el virus, creo que se llama crioglobulinemia. Me han propuesto empezar con un tratamiento para intentar matar el virus. ¿Es verdad que la enfermedad la provoca el virus? ¿Es posible que me cure?

L. Bermejo. (Valencia)



La infección crónica por el virus de la hepatitis C puede dar lugar a diversas enfermedades reumáticas, una de ellas es la que usted parece tener y se llama crioglobulinemia. La característica de esta enfermedad es la presencia de dolores articulares e inflamación, así como lesiones cutáneas que suelen aparecer en brotes como pequeñas manchas rojas sobre elevadas sobre todo en las piernas.

Esta enfermedad se produce por una respuesta anómala de nuestras defensas (sistema inmune) al virus. Es decir, al responder al virus C nuestras defensas atacan a nuestro propio organismo, provocando inflamación en diversos órganos, en su caso a nivel de piel y articulaciones. Los tratamientos para eliminar el virus, como es el caso del interferón alfa y la rivabirina, consiguen la mejoría o desaparición de todos esos síntomas con frecuencia, porque el virus era el factor inductor de la respuesta.

Sin embargo, esto no ocurre en todas las ocasiones y entonces se utilizan fármacos que disminuyen la respuesta inmune (inmunosupresores), sobre todo corticoides.

Dr. José Ivorra Cortés

El ejercicio es beneficioso en la fibromialgia

Tengo 43 años y desde hace 4 años padezco de fibromialgia. Hay épocas en que las paso muy mal a pesar del tratamiento con relajantes, antidepresivos y antiinflamatorios. Intento mantener hacer ejercicio, especialmente yoga, pero hay días que me cuesta un esfuerzo sobrehumano. Aunque no me disgusta el yoga, realmente me gustaría saber cuál es el mejor ejercicio para mi enfermedad y de qué manera debo hacerlo.

Antonia A. (Altea)

El ejercicio en los pacientes con fibromialgia se considera uno de los pilares del tratamiento. A largo plazo los pacientes que hacen ejercicio, están globalmente mejor que lo que no lo hacen. Se aconseja especialmente el ejercicio aeróbico (aquel que estimula el sistema cardiovascular. Ejemplos: caminar o la bicicleta estática). Sin embargo, el mismo ejercicio en estos pacientes puede presentar riesgos. La gran mayoría de estos pacientes se encuentran desentrenados y por tanto más predispuestos a presentar pequeñas lesiones o microtraumatismos, que puede provocar fatiga muscular y por tanto dolor, inicialmente local pero posteriormente puede desencadenar un circuito de dolor generalizado, característico.

Lo primero que se debería intentar es individualizar y supervisar

el tipo de ejercicio teniendo en cuenta factores como la edad del paciente, el nivel de forma física, la intensidad del ejercicio planeado o los procesos asociados a la propia fibromialgia, sin olvidar las preferencias de los pacientes. En el programa de ejercicios se deben incluir pautas de estiramientos y de flexibilidad, que ayudarán a aliviar el dolor y las contracturas musculares.

Se aconseja iniciar el ejercicio de forma progresiva, comenzando de baja intensidad, con aumentos a lo largo de semanas o meses. El objetivo debe ser que al cabo del tiempo lo mantenga.

En su caso, además de los comentarios generales aportados, creemos que debería combinar el yoga con algún ejercicio más aeróbico en el que se encuentre a gusto realizándolo.

Dr. José Rosas

Los parámetros de eficacia y seguridad de Humira mejoraron a lo largo de 7 años de tratamiento

La eficacia y seguridad de Humira (adalimumab) a 7 años se refleja en los datos de un amplio ensayo clínico, expuestos en el congreso de la ACR en Boston⁽¹⁾. De acuerdo con dichos datos, los parámetros de eficacia y seguridad mejoraron a lo largo de 7 años de tratamiento mantenido con este anticuerpo monoclonal, único totalmente humano y autoadministrable en jeringa ó pluma precargada.

Los pacientes del estudio (n=1.469) tratados con Humira más metotrexato, experimentaron una progresiva reducción en el índice de acontecimientos adversos graves.

Además, se observó que un elevado porcentaje de pacientes alcanzó remisión clínica, aumentando con el tiempo de tratamien-

to. Por último, se concluyó que un 58 % de los pacientes mantendrán el tratamiento con Humira durante, al menos, 7 años.

EFICACIA RADIOLÓGICA Y FUNCIONAL

Estos datos están en línea con los ya presentados⁽²⁾, tras 5 años de tratamiento con Humira más metotrexato, observándose:

- En el 58% de los pacientes se inhibió la progresión del daño estructural.
- Se alcanzaron tasas de respuesta ACR/20/50/70 del 86%, 72% y 41%, respectivamente.
- El 26,6% de los pacientes presentaron ausencia de discapacidad funcional (HAQ=0).
- El 46,7% de los pacientes se encontraba en remisión clínica (DAS28<2,6).

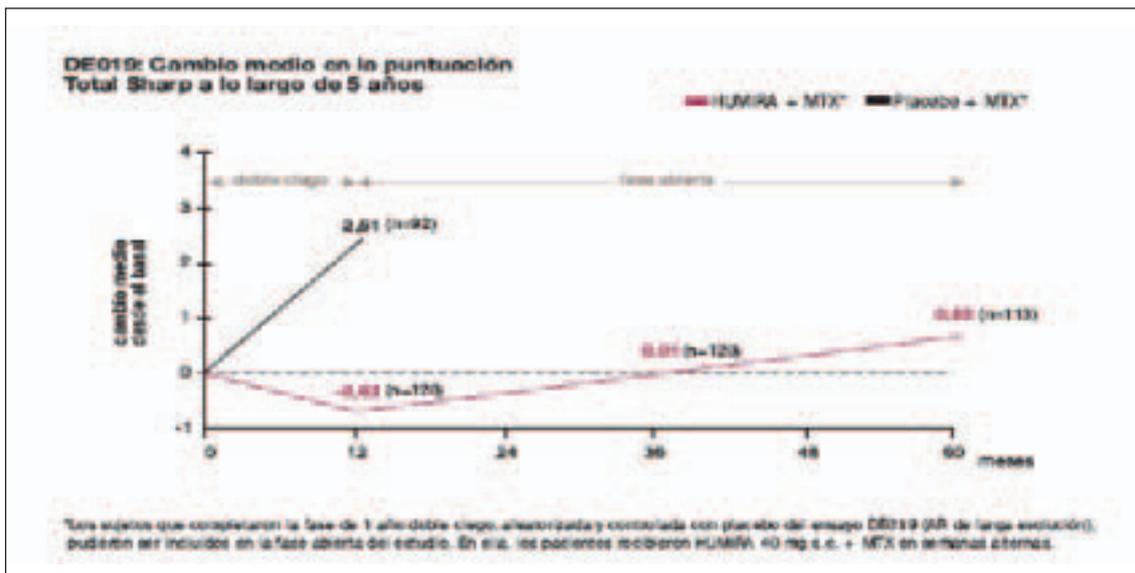
Dichos resultados a 5 años destacan la importancia de un tratamiento precoz y efectivo para prevenir una discapacidad irreversible en los pacientes con AR.

En la actualidad, Humira es el único fármaco biológico que tiene estos resultados de inhibición radiológica incluidos en su ficha técnica.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) "Change over time in the safety, efficacy and remission profiles of patients with rheumatoid arthritis receiving Adalimumab for up to 7 years." ME Weinblatt et al. . Presentado en el Congreso ACR, noviembre 2007, Boston, EEUU.
- (2) "Factors influencing functional disability in patients with RA who are in remission following 5 years of treatment with Adalimumab plus Methotrexate." EC Keystone et al. Presentado en el Congreso ACR, noviembre 2007, Boston, EEUU.

Humira es el único fármaco biológico que tiene los resultados de inhibición radiológica incluidos en su ficha técnica



Diferencias en el acceso a cirugía de los pacientes con AR según residencia

■ LR.- Dr. José Ivorra

Loza y colaboradores han publicado en un número reciente del *Journal of Rheumatology* (2007; 34: 1485-90) un interesante estudio en el que analizan cómo influyen diferentes factores sociodemográficos y clínicos en la utilización del tratamiento quirúrgico ortopédico en los pacientes con artritis reumatoide españoles. Entre los datos más relevantes que observan destaca que al 26% de los pacientes estudiados se les ha practicado una intervención ortopédica. Aproximadamente la mitad corresponde a colocación de

prótesis. La tasa de intervenciones desde el inicio de la enfermedad se sitúa en 5,6 intervenciones por 100 personas-año, y la de colocación de prótesis en 3,2 por 100 personas-año.

Un dato llamativo es la gran variabilidad entre diferentes áreas geográficas españolas, de tal forma que el porcentaje de colocación de prótesis varía entre el 5% y el 40% dependiendo del lugar de residencia. Tras analizar los resultados en un modelo de regresión multivariante, los autores encuentran que los factores que se relacionan con la colocación de prótesis son el sexo

femenino, la mayor duración de la enfermedad, encontrarse en una clase funcional III ó IV, la persistencia de la actividad inflamatoria, las complicaciones extraarticulares y vivir en una zona geográfica con mayor riqueza per cápita.

Estos datos hacen pensar que puede haber diferencias de prestaciones reales en el sistema sanitario español entre las diferentes áreas geográficas. Por ello, es necesario que se creen los mecanismos adecuados de información, para preservar la equidad del sistema en todo el territorio del estado.

El ácido zoledrónico disminuye la mortalidad en pacientes con fractura de cadera

■ LR.- Dr. José Ivorra

Las fracturas de cadera se asocian a un aumento de la mortalidad y de la discapacidad de los pacientes que las sufren. En un estudio reciente, publicado en el mes de septiembre en el *New England Journal of Medicine*, Lyles KW y colaboradores presentan los resultados de un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego en el que comparan la administración de una infusión anual de ácido zoledrónico frente a placebo,

en pacientes que han sufrido una fractura de cadera. La administración de 5 mg de ácido zoledrónico en los primeros 90 días tras la fractura disminuyó la incidencia de nuevas fracturas, tanto vertebrales como no vertebrales, respecto a los pacientes que recibieron placebo. Pero además durante el seguimiento, que fue de 1,9 años de mediana, la mortalidad en el grupo de pacientes tratados disminuyó un 28%.

Estos datos deben hacernos

tomar conciencia de la importancia de tratar a los pacientes que han sufrido una fractura de cadera. Muchas veces se olvida prevenir nuevas fracturas en estos pacientes, tal vez porque el tratamiento está centrado en la intervención quirúrgica y en la rehabilitación. Por otra parte algunos de estos pacientes tienen dificultades en la ingesta de bifosfonatos orales por la comorbilidad asociada. El ácido zoledrónico supone un claro avance en estas situaciones.

DATOS PRESENTADOS EN EL CONGRESO DE LA SOCIEDAD AMERICANA DE REUMATOLOGÍA

Etanercept más metotrexato en las primeras fases de AR logran la remisión clínica en la mitad de los pacientes

Los estudios presentados en el marco del Congreso de la Sociedad Americana de Reumatología celebrado en Boston corroboran que la combinación de etanercept y metotrexato optimiza la respuesta al tratamiento de la artritis reumatoide, al incrementar el número de pacientes que experimentan una remisión de la enfermedad. Además se ha visto que la respuesta perdura en el tiempo. Estos son los resultados del estudio COMET, que analizó el porcentaje de pacientes que conseguían una remisión clínica de la enfermedad con ambos fármacos. Asimismo, una nueva fase del estudio TEMPO, que analizó la respuesta mantenida a la terapia a las 24 y las 52 semanas de tratamiento, ratifica estas conclusiones. COMET es un estudio multicéntrico, doble ciego y randomizado, llevado a cabo con pacientes con artritis

reumatoide de moderada a severa en sus primeras fases y cuyo principal objetivo era medir la remisión de la enfermedad basándose en la escala DAS28, un parámetro que mide la inflamación y el dolor de 28 articulaciones. Además tiene en cuenta la evaluación general del paciente y un marcador del nivel de inflamación (sedimentación de eritrocitos).

Según este análisis, la combinación de etanercept (Enbrel) y metotrexato consiguió que la mitad de los enfermos experimentara una remisión clínica de la enfermedad en el primer año, frente al 28 por ciento entre los que sólo tomaron metotrexato. En todos los pacientes la enfermedad se había activado durante los dos años anteriores. La media era de siete meses.

"La remisión clínica, medida con el DAS28, puede ser una meta impor-

tante en la práctica clínica, y es probablemente lo más relevante en la vida diaria de los enfermos que están luchando a diario con sus síntomas", aseguró el Dr. Paul Emery, profesor de Reumatología de la Universidad de Leeds (Reino Unido). En opinión de este experto, estos datos "quizá supongan un importante punto de partida para pacientes y médicos, puesto que marcan un nuevo modelo en el tratamiento precoz de la artritis reumatoide".

Federico Navarro, jefe del servicio de Reumatología del Hospital Virgen de la Macarena de Sevilla cree que los datos de este estudio demuestran que es más efectivo apostar por una terapia más agresiva como la que supone añadir el biológico etanercept a metotrexato desde las fases iniciales de la enfermedad, que dar únicamente metotrexato y "esperar a ver qué pasa".

■ LR.- Redacción

Con el fin de ayudar a los pacientes a sobrellevar su enfermedad a través de una atención multidisciplinar y personalizada durante todo el proceso de la enfermedad, se ha creado la Sociedad Española de Fractura Osteoporótica (SEFRAOS). Una de las consideraciones que ha dado origen a esta iniciativa es el hecho de que cerca del 80% de los pacientes que reciben el alta tras una fractura osteoporótica no recibe ninguna recomendación que le ayude a prevenir la aparición de una nueva fractura, según señala la SEFRAOS.

Nace la Sociedad Española de Fractura Osteoporótica

Para el profesor Antonio Herrera, jefe de servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología del hospital Miguel Servet de Zaragoza, y presidente de SEFRAOS, "el proceso de la fractura osteoporótica no consiste exclusivamente en operarla, sino en lograr la completa rehabilitación del paciente y en prevenir nuevas fracturas".

Según el profesor Adolfo Díez Pérez, jefe de Servicio de Medicina

Interna del Hospital del Mar de Barcelona, y vicepresidente de esta nueva sociedad científica, "un flujo asistencial organizado y armónico conseguirá mejorar la atención hospitalaria y extrahospitalaria y elevar la calidad de vida del paciente, facilitando su reintegración a la vida social activa". Actualmente, "menos de un 50% de los pacientes fracturados puede volver a llevar la vida que llevaba antes".

50 años de reumatología:

desde la era de la cortisona a la era de las terapias biológicas

Pocas personas pueden hallarse con la experiencia y documentación del Prof. Dr. Antonio Castillo-Ojugas para analizar la reumatología en visión retrospectiva, y aún menos para comentarla con la amenidad que a él le caracteriza. La presente obra, que ha realizado con la colaboración del Dr. Javier García González, y que prologa el Dr. Luis Carreño Pérez y patrocina Wyeth, lo avala una vez más.

El profesor Castillo-Ojugas, habitual colaborador de "Los Reumatismos" justifica sobradamente el tópico de que "no necesita presentación" en el ámbito médico y especialmente en el de la Reumatología. Sin embargo, no estará de más recordar que fue jefe del Servicio de Reumatología del Hospital 12 de Octubre de Madrid, y, entre otros títulos, ostenta los de profesor emérito de Reumatología de la Universidad Complutense, presidente de honor de la SER y miembro de la Real Academia de Medicina y de la del Principado de Asturias.

"La Reumatología es una ciencia joven -leemos en el prólogo de la obra-, a pesar de que algunas enfermedades reumáticas han sido padecidas por el hombre desde los albores de su existencia, hallándose lesiones en esqueletos prehistóricos y, desde luego, padecimientos reumáticos perfectamente documenta-

dos en momias egipcias y precolumbinas(...). Durante los últimos siglos se han ido haciendo descripciones de distintas variantes del genérico nombre de "reumatismo", pero podemos asegurar que el auténtico avance de la especialidad ha tenido lugar en el siglo XX y mucho más en los últimos cincuenta años, lo que nos permite hablar "de la era de la cortisona", allá por los años 50, "a la era de las terapias biológicas", comenzando el siglo actual."

Como señala el Dr. Carreño Pérez en su prólogo, "de la lectura de este libro extraordinariamente ameno se desprende que la mayoría de los avances en el diagnóstico y tratamiento de los reumatismos inflamatorios durante los últimos cincuenta años han evolucionado a partir de otros precedentes".

Conocer ese pasado fructífero es la oportunidad que nos ofrece esta obra, cuyo índice es expresión elocuente de los hitos escogidos por los autores como puntos de inflexión en el progreso de la reumatología: "La cortisona y los inflama-

torios. Las espondilartrosis y los antígenos B27. Vuelven a estar de moda las infecciones. La vieja gota y las jóvenes pseudogotas. El factor reumatoide, las células LE y todo lo que trajeron después el laboratorio y la inmunología. Los "Faral", los inmunosupresores y los inmunomoduladores. Una nueva era: las terapias biológicas."



CARLOS BELISARIO

2008: año de la rata y de la patata, buen augurio para la convivencia



Año de la rata y Año de la patata. Así es como designan a 2008, respectivamente, el horóscopo chino y la FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura).

Puestos a buscarle cinco pies al gato (que no a la rata), podemos establecer un paralelismo positivo entre esos dos seres tan familiares: el horóscopo chino atribuye a la rata y a las personas que nacen bajo su signo la cualidad de la convivencia; en lo que respecta a la patata, sabemos que se trata de un alimento que hace buenas migas con todo lo que se le pone por delante: verduras, ensaladas, legumbres, purés, carnes, pescados...

¿Será 2008 un buen año para la convivencia? Falta le hace a este mundo convulso y crispado.

De entrada, y de acuerdo con la tradición popular, podría pensarse que la calidad de bisiesto no parece

buen augurio para 2008, por aquello de "año bisiesto, año siniestro". Si añadimos la circunstancia de que 2008 comienza en martes y que el refranero aconseja que "en martes ni te cases ni te embarques", la conclusión es que convendría estar al loro, es decir, contemplar con recelo el desarrollo de este año peculiar.

Pero no hagamos demasiado caso al refranero, que es esencialmente contradictorio y para cualquier refrán negativo siempre ofrece otro positivo y viceversa. Confiemos más bien en que el año chino de la rata nos traiga salud, prosperidad, convivencia y buen humor

"RATAS FAMOSAS"

Y AGENDA IMPRESCINDIBLE

No en vano hay que recordar, como "ratas" famosas (es decir, nacidos en años de la rata), a personajes de la categoría humana e intelectual de William Shakespeare, Charlotte Brontë, Marlon Brando, Lauren Bacall,

Tchaikovsky, Tolstói, Strauss, Jimmy Carter, Vanessa Redgrave, Mozart y Lawrence de Arabia, por citar algunos mundialmente conocidos.

Por último, si usted es "rata" (con perdón y sólo de acuerdo con el horóscopo chino), sepa que los números de su suerte son: 1,4,5,10,11,14,41,45,51 Y 54. (Por cierto se me olvidaba recordarle que los años de la rata, desde 1900, han sido los siguientes: 1900, 1912, 1924, 1936, 1948, 1960, 1972, 1984, 1996 y 2008).

Y, por si quiere tenerlo en cuenta, le recordaré que este año 2008 se celebran, entre otras, los siguientes acontecimientos y efemérides:

- Elecciones generales en España.
- Juegos Olímpicos en Pekín.
- Apertura de la Exposición Internacional de Zaragoza, bajo el lema "Agua y desarrollo sostenible".
- 200 años del nacimiento de José de Espronceda y del Levantamiento del 2 de mayo en Madrid.