

DOLOR

Asignatura pendiente



ENTREVISTA

Dra. Paloma Vela Casasempere:
"Ser mujer no creo que influya de ninguna manera especial en mi profesión"



SOCIEDADES AUTONÓMICAS

Una valiosa ayuda para el diagnóstico precoz
Gammagrafía en infecciones osteoarticulares

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.

losreumatismos@ser.es
www.ser.es



Sociedad Española
de Reumatología

Edita:

Sociedad Española de Reumatología
C/ Marqués de Duero, 5 - 1º
28001 Madrid
Tel: 91 576 77 99
Fax: 91 578 11 33

Editor:

Dr. Víctor Martínez Taboada

Consejo Asesor:

Dra. Rosario García de Vicuña, 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

Publicidad:

Raúl Frutos Hernanz



www.ibanezyplaza.com

ibáñez & Plaza Asociados, S.L.
REPRESENTACIÓN GENERAL DE REUMATISMOS

Coordinación Editorial,

Diseño y Maquetación:

Ibáñez&Plaza Asociados

C/ Bravo Murillo, 81 - 4º C
28003 Madrid
Tel: 91 553 74 62
Fax: 91 553 27 62

ediciones@ibanezyplaza.com

Redacción:

Gabriel Plaza Molina,
Carmen Salvador López,

Dirección de Arte:

GPG

Administración:

Concepción García García

Impresión:

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

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

- Abbott ■ Bristol Myers Squibb
- Gebro ■ Pfizer ■ Schering Plough
- UCB

Tratamiento del dolor, asignatura pendiente

Que el dolor es una asignatura pendiente de la Sanidad ha sido una de las constataciones más drásticas expuestas en el II Simposio del Dolor de la SER. De acuerdo con la Dra. Rosario García de Vicuña, presidenta de la SER, se calcula que más de 15 millones de españoles lo sufren.

La llamada de atención de la Dra. García de Vicuña está suficientemente avalada por los datos de sobra conocidos procedentes de estudios realizados por la SER. Por fortuna, en el mismo simposio se han expuesto aportaciones de distinta índole para avanzar en el tratamiento del dolor.

En el mismo sentido se ha expresado el Dr. Víctor Martínez-Taboada, vicepresidente de la SER, quien afirma que uno de los problemas que puede presentarse a la hora de tratar a determinados pacientes reumáticos con dolor radica en la dificultad de discernir si el dolor del paciente es debido a un control incompleto de la enfermedad de base, una causa orgánica no identificada o a otros mecanismos.

En el aspecto técnico cabe citar la experiencia del Dr. Reig respecto a la radiofrecuencia y sus distintas aplicaciones de manera individualizada en función de los casos. Por otra parte, el arsenal farmacológico ofrece ya un amplio abanico de posibilidades para tratar los diversos tipos de dolor. Como es lógico de poco servirán todos estos medios si no son utilizados de la manera más conveniente.

Otro de los aspectos tratados en el simposio ha sido el psicológico, que sin duda tiene mucho que ver en este complejo campo del dolor y la analgesia. Según el Dr. Javier García Campayo, los individuos que catastrofizan desarrollan una visión muy negativa sobre su dolor, piensan mucho en él y se sienten incapaces de controlarlo, por lo que presentan un peor pronóstico ante cualquier tratamiento. De hecho, los sujetos sin dolor que muestran altas puntuaciones de catastrofismo, padecerán en el futuro de dolor crónico con más facilidad y demandarán servicios de salud relacionados con el dolor.

Una vez más, queda patente que la medicina no puede abordarse únicamente como un conjunto de técnicas y conocimientos científicos. Nunca debemos olvidar las emociones y la percepción del paciente ante la enfermedad.

**Los individuos que
catastrofizan
desarrollan una
visión muy negativa
sobre su dolor y
presentan un peor
pronóstico ante
cualquier
tratamiento**

**Por fortuna, en el
mismo simposio
se han expuesto
aportaciones de
distinta índole
para avanzar en
el tratamiento
del dolor**



Nuestra Portada

El II Simposio del Dolor de la SER es principal protagonista en este número y en su portada, con un mensaje claro acerca de la necesidad de avanzar tanto en el incremento de medios como, sobre todo, en el conocimiento del propio dolor y su etiología, especialmente en el ámbito de la atención primaria.

El escaparate se completa con el testimonio de la Dra. Vela Casasempere, coordinadora del Comité de Educación y Formación de la SER, y una aportación del simposio de la SVR sobre infección y patología reumática.

1 Editorial
Tratamiento del dolor,
asignatura pendiente

3 Entrevista
"Ser mujer no creo que influya de ninguna manera especial en mi profesión"

9 II Simposio Dolor
Casi la totalidad de los pacientes que acuden a la consulta presenta DOLOR
11 "La lumbalgia ha pasado a ser un grave problema de salud en las sociedades industrializadas"
12 Aspectos cognitivos y emocionales del dolor
15 Aplicaciones clínicas de la radiofrecuencia en Reumatología
18 Opioides en la artrosis: de las guías a la práctica clínica

20 Sociedades Autonómicas
Gammagrafía en infecciones osteoarticulares

27 Bibliografía
Epidemiología, espondiloartropatías...

32 Reumaconsult:
Artritis infecciosa, artritis reumatoide, artrosis

37 Proyectos SER
El proyecto europeo "Fit for Work" analizará el impacto...

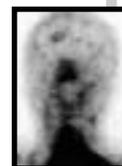
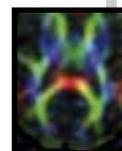
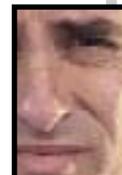
39 Reuma Update
Actualización bibliográfica en Reumatología inicia su andadura

41 Los pacientes preguntan
Infiltraciones continuas y artritis de rodilla

43 Noticias
Cada vez más cerca de los marcadores de respuesta al tratamiento en AR...

44 Noticias SER
El gasto sanitario anual de la artrosis de rodilla y cadera supera los 4.000 millones...

47 Noticias
El doctor Francisco J. Blanco, nuevo presidente del Comité de Investigación...



DRA. PALOMA VELA CASASEMPERE

COORDINADORA DEL COMITÉ DE EDUCACIÓN Y FORMACIÓN DE LA SER

“Ser mujer no creo que influya de ninguna manera especial en mi profesión”



Por Carmen Salvador

La Dra. **Paloma Vela Casasempere**

nació en Madrid, pero se siente palentina, ya que desde la edad de 1 año y hasta los 11 estuvo en Palencia, “ciudad preciosa a la que adoro”. Desde esa edad vive en Alicante, donde se licenció en Medicina, hizo la especialidad y es reumatóloga en el Hospital General Universitario de Alicante. Por enfermedad actual del jefe de sección de Reumatología, ocupa el cargo de jefatura de sección en funciones. Está casada hace 20 años y tiene dos hijos varones (18 y 16 años). También es profesora honoraria del Departamento de Medicina de la Universidad Miguel Hernández.

Desde la entrada de la junta actual, con la presidencia de la Dra. García de Vicuña, la Dra. Vela Casasempere se ha incorporado como coordinadora del comité de Educación y Formación junto al doctor Javier de Toro.

Hizo la especialidad de Reumatología en el Hospital General de Alicante, en el servicio donde actualmente trabaja, y que dirige el Dr. Eliseo Pascual. Obtuvo la calificación cum laude por la tesis doctoral "Influencia de los cambios hormonales inducidos por la ooforectomía en el desarrollo de manifestaciones musculoesqueléticas", Universidad de Alicante (1995).

Actualmente participa en varios ensayos clínicos en pacientes con artritis reumatoide, "que es la patología a la que hoy día dedico más tiempo, y tengo en marcha un proyecto multidisciplinar en mi hospital, en coordinación con Ginecología y con participación de otras unidades, para el manejo de las pacientes con enfermedades del tejido conectivo que desean quedar embarazadas o que ya lo están".

-¿Por qué eligió la especialidad de Reumatología?

-Durante mi formación pregrado, en 5º de medicina la Reumatología era impartida por el doctor Eliseo Pascual, y además me correspondieron las prácticas de la asignatura de Patología Médica en la unidad de Reumatología del doctor Pascual. Me gustó tanto que estuve durante 5º y 6º curso como alumna interna de dicha unidad.

-¿Había muchas mujeres que estudiaran la especialidad entonces?

-Éramos muy pocas en general en el país (en los congresos había un evidente predominio masculino). Durante mi residencia, mis cuatro adjuntos eran varones, y los compañeros de residencia también, si bien esto empezó a cambiar en la genera-

"Tengo en marcha un proyecto multidisciplinar en mi hospital para el manejo de las pacientes con enfermedades del tejido conectivo que desean quedar embarazadas o que ya lo están"

ción que entró tres años después de mi: a partir de ahí llegaron muchas más mujeres.

-Hizo la tesis sobre osteoporosis y menopausia; ¿alguna razón en particular?

-En realidad el tema de estudio abarcaba mucho más que simplemente la osteoporosis: pretendía valorar otros aspectos como la aparición de cuadros dolorosos crónicos (tipo fibromialgia), síndromes del túnel carpiano... Pero por desgracia mi trabajo coincidió con la aparición de los análogos del GnRH y ello me impidió recoger los casos que hubiera deseado. Por otra parte, en aquella época la patología metabólica ósea empezaba a tener relevancia en España, fue el inicio de la SEIOMM, y uno de mis adjuntos de entonces (el doctor Esteban Salas) me transmitió su entusiasmo por ese tema. Sigue pareciéndome un aspecto de la reumatología de lo más interesante, aunque no es el área a la que hoy día me dedico más.

OSTEOPOROSIS, UN CAMPO INTERDISCIPLINAR

La Dra. Vela considera que la osteoporosis es un campo que atañe a muchas especialidades, y de forma prioritaria a atención primaria: es esencial una buena colaboración

interdisciplinar para el manejo correcto de los pacientes y la gestión más eficiente de recursos. "Las formas primarias de la osteoporosis obviamente son más frecuentes en la mujer, ya que la menopausia juega un papel fundamental. Pero hoy día cada vez debemos estar más alerta en el diagnóstico y especialmente en la prevención de osteoporosis secundarias, inducidas por fármacos como los corticoides, o en el contexto de enfermedades crónicas como las hepatopatías, o secundarias a los trasplantes."

Señala que, "aunque el doctor Pascual nos ha transmitido a todos sus "pupilos" el entusiasmo por las enfermedades microcristalinas, y he participado con él en algún trabajo de investigación en años anteriores, no tengo especial interés en investigar en este tema; lo que sí sigo compartiendo con él es el convencimiento de la importancia del diagnóstico correcto de estos pacientes, y la necesidad inexcusable de realizar el examen microscópico de todo líquido sinovial que seamos capaces de obtener".

EMBARAZO Y ENFERMEDADES DE TEJIDO CONECTIVO

Como ya hemos apuntado, en estos momentos la doctora Vela está implicada en un proyecto "que está resultando de enorme utilidad, y desde luego estoy aprendiendo muchísimo gracias a ello". Se encarga de evaluar a las pacientes con enfermedades del tejido conectivo (sobre todo lupus, síndrome de Sjögren y síndrome antifosfolípido) que quieren quedarse embarazadas, "con la finalidad de asegurar el mejor momento para el embarazo (que la enfermedad no esté activa, la medicación no sea perjudicial, etc), y hago el seguimiento en coordinación con el equipo de alto riesgo obstétrico de mi hospi-

"Sigo compartiendo con el Dr. Eliseo Pascual el convencimiento de la importancia del diagnóstico correcto en las enfermedades microcristalinas"



tal. Mi fuente de pacientes es sobre todo nuestra propia sección de Reumatología, pero también me van llegando desde Ginecología, Hematología o Nefrología. Incluso me ha llegado alguna diagnosticada a raíz de haber tenido un bebé con lupus neonatal”.

-¿Qué dificultades presenta el manejo de estas pacientes?

-Quizás lo más complicado hasta el momento ha sido la coordinación entre los diferentes servicios, evitar a las pacientes duplicidad de visitas, que todo el mundo

en Ginecología esté al tanto de las complicaciones que estas pacientes pueden tener, sobre todo si ocurre alguna incidencia por las tardes o en fines de semana y el equipo de alto riesgo no está presente. Aunque hemos tenido algún caso complicado, la verdad es que en el año largo de funcionamiento que llevamos los resultados han sido muy satisfactorios. En el proyecto también colabora de cerca el servicio de Pediatría, que tiene una sección de Neonatología muy importante.

EDUCACIÓN Y FORMACIÓN, UNA EXPERIENCIA APASIONANTE

-¿Cómo ve su experiencia en el Comité de Educación y Formación de la SER?

-Lo que puedo decir es que está siendo una experiencia realmente interesante y agradable. Todas las personas que trabajan en la SER son excelentes profesionales, además de gente encantadora, y trabajar con el Dr. de Toro es un placer por su valía tanto profesional como personal. Buena parte del trabajo ya está

“Hoy día cada vez debemos estar más alerta en el diagnóstico y especialmente en la prevención de osteoporosis secundarias”

organizado, ya que muchos de los cursos llevan varios años en funcionamiento. Hemos incorporado algunos nuevos, basándonos en la encuesta que se realizó en mayo pasado a los socios, y que de momento están resultando un éxito. La SER es una sociedad científica que cuenta entre sus socios con profesionales de altísimo nivel. Yo estoy procurando ir a todos los cursos, y salgo encantada de todos y cada uno de ellos. Animo desde aquí a aquellos socios que aún no se hayan decidido a participar en ellos a que lo

hagan. Además, los coordinadores de formación participamos en los comités científicos de simposios y congresos, otra actividad igualmente interesante. Si hubiera que decir algo negativo, únicamente diría que te consume un poco de tiempo, del cual nunca vamos sobrados, pero en conjunto podría decir que es una oportunidad de adquirir conocimientos, y de conocer a gente, que compensa con mucho.

-¿Cuáles son sus aficiones?

Procuro hacer ejercicio regularmente (al menos 2 ó 3 días a la

semana voy a un gimnasio, y hago ejercicio aeróbico). Con mi familia he hecho mucho senderismo, la montaña nos encanta, especialmente la de Aragón, aunque nos conformamos con la montaña alicantina que es también preciosa y muy poco conocida. Y otra actividad que procuramos hacer en familia es viajar por España; tenemos unos paisajes increíbles, y una hostelería y una gastronomía que ya las quisieran en muchos otros países, Este verano toca Navarra, que la conocemos muy poco.

DE TODO UN POCO

¿De no ser reumatóloga, qué le hubiera gustado?

Arquitecto.

¿Qué le gustaría hacer, de verdad, en su tiempo libre?

Leer novelas policíacas.

¿Ser mujer en Reumatología le ha beneficiado, perjudicado o no ha encontrado diferencia con respecto a los reumatólogos varones?

Ser mujer es estupendo, pero no creo que influya de ninguna manera especial en mi profesión.

¿Qué películas le gustan, si es que le gusta el cine?

Sobre todo las de acción.

¿Dentro de su entorno, en qué está notando la crisis?

Hay más pacientes con problemas económicos y sociales. En mi vida privada no la noto mucho.

¿Si pudiera elegir un Ministerio..?

Obras Públicas.

¿Qué es lo que menos le gusta del ser humano?

Su capacidad de hacer el mal.

¿El recuerdo más agradable de su infancia?

Las Navidades en Madrid con mi familia.

¿Y el más triste?

Mi llegada a Alicante. Añoraba los árboles, el río Carrión, la catedral de Palencia y, sobre todo, a mis amigas.

¿Se considera pesimista u optimista?

Optimista.

¿Un personaje histórico que admire?

No se me ocurre ninguno en concreto, pero siempre he tenido admiración y cierta envidia de los misioneros,

que son capaces de renunciar a todo por hacer el bien a la humanidad, con lo cómodo que se está en casa.

¿Hablan en casa de reumatología?

Sí, probablemente más de lo deseable: aunque mi marido no es médico y mis hijos no tienen ningún interés en seguir ese camino, conocen bien a qué me dedico y son muy "defensores" de mi especialidad.

¿Se ve jubilada o piensa seguir ejerciendo?

Desde luego tengo claro que me jubilaré, ahora pienso que en cuanto me dejen (a los 65 espero); porque el trabajo me encanta, pero hay muchas cosas que aún no he hecho y no me pienso morir sin hacerlas (dominar la guitarra española, por ejemplo, es uno de mis proyectos).

¿Algún vicio del que le gustaría desprenderse?

El peor vicio es comer lo que no debo; conseguí dejar de fumar hace 10 años, pero con los dulces no puedo.

¿Y alguno que le gustaría conservar?

Beber cerveza me encanta.

¿Un libro que le haya dejado huella?

Hace unos años una paciente me regaló "El librero de Kabul" de Asne Seierstad; me descubrió un mundo en el que jamás me había fijado, me dio mucho qué pensar.

¿Se podría definir en pocas palabras?

Soy muy trabajadora, me ilusiono con facilidad y es difícil hacer que me rinda. Adoro a mi familia y a mis amigos, intento ver el lado positivo. También diré algunas cosas negativas: tengo mucho carácter, soy bastante orgullosa y no soporto a la gente vaga y caradura. Tampoco soporto a los "blandengues" (al final voy a decir más cosas malas que buenas, así que ya está bien).



Dr. Manuel Tirado, miembro del comité científico del II Simposio de Dolor; Dra. Rosario García de Vicuña, presidenta de la SER, y Dr. Víctor Martínez Taboada, vicepresidente de la SER

Casi la totalidad de los pacientes que acuden a la consulta del reumatólogo presenta

DOLOR

El dolor musculoesquelético es un síntoma extremadamente frecuente, y se calcula que más de 15 millones de españoles lo sufren, según afirmó la Dra. Rosario García de Vicuña, presidenta de la SER, en la presentación del II Simposio de Dolor de esta sociedad científica, celebrado en Huelva.

Las enfermedades reumatólogicas se han ligado desde sus orígenes a la presencia de dolor, que constituye el principal moti-

vo de consulta por estos procesos. Es un motivo frecuente de incapacidad laboral y en consecuencia de los costes sociosanitarios derivados

Según el estudio EPIDOR ("Estudio epidemiológico del dolor en reumatología", 2003) el 99% de los pacientes que acuden al reumatólogo por primera vez y el 95% de los que asisten a revisión, refieren haber padecido dolor en la última semana.

"Estas cifras nos muestran que un buen manejo del dolor resulta

imprescindible en los pacientes con patologías musculoesqueléticas. El dolor en las enfermedades reumáticas puede tener origen diverso y con frecuencia debe abordarse desde una perspectiva biopsicosocial. Es necesaria una correcta valoración diagnóstica, para poder abordar de forma adecuada este síntoma, bien a través del tratamiento de la enfermedad de base o mediante estrategias dirigidas específicamente al síntoma dolor. Su tratamiento sigue presentando controversias, por lo

**“Es necesaria una correcta valoración diagnóstica, para poder abordar de forma adecuada este síntoma”
(Dra. Rosario García de Vicuña)**

que la actualización de conocimientos es demandada, tanto por parte de los pacientes como de los profesionales”, ha añadido la Dra. García de Vicuña.

¿TRATAR EL DOLOR O LA ENFERMEDAD?

En opinión del Dr. Víctor Martínez-Taboada, vicepresidente de la SER, uno de los problemas que puede presentarse a la hora de tratar a determinados pacientes reumáticos con dolor radica en la dificultad de discernir si el dolor que presenta el paciente es debido a un control incompleto de la enfermedad de base, una causa orgánica no identificada o a otros mecanismos, ya que, por ejemplo, algunos pacientes con procesos inflamatorios en los que la inflamación está suprimida siguen presentando dolor. “En ocasiones esto dificulta la decisión terapéutica acerca de aumentar el tratamiento de la enfermedad de base, subir la escala analgésica o introducir otras estrategias no farmacológicas.”

Asimismo, durante el encuentro en Huelva, los expertos realizaron un acercamiento a los mecanismos que están detrás de la producción de este síntoma tan complejo en Mecanismos moleculares en el dolor musculoesquelético. “En las patologías reumáticas, añadió el Dr. Martínez-Taboada, puede encontrarse tanto dolor originado por causas somáticas o viscerales como dolor neuropático o idiopático. Las vías por las que se produce el dolor involucran a múltiples moléculas y sus receptores, que con frecuencia tienen alterado su comportamiento cuando el dolor deja de ser un signo útil de alarma y se convierte en enfermedad”.

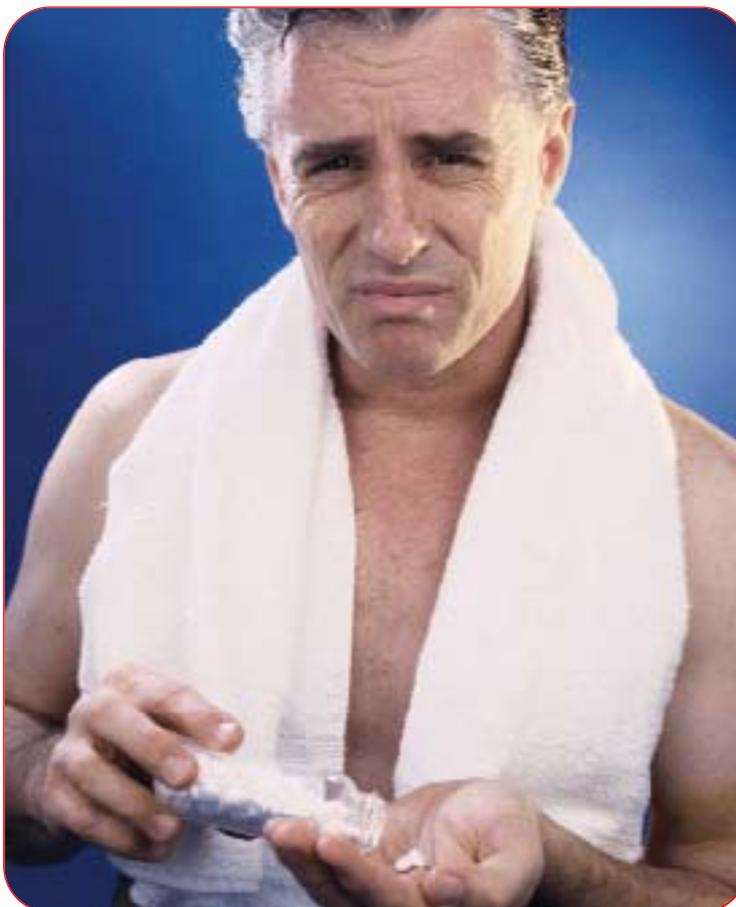
ANDALUCÍA, MAYOR NÚMERO DE ENFERMOS REUMÁTICOS

Andalucía es, según explicó el Dr. Manuel Tirado, reumatólogo de Huelva y miembro del comité científico del II Simposio de Dolor de la SER, la Comunidad con mayor número de enfermos reumáticos, con cerca de un millón y medio de pacientes con artrosis de rodilla, mano o cadera, aproximadamente un millón de afectados por cervicalgia y más de un millón de personas con lumbalgia, “lo que provoca que las consultas de nuestros reumatólogos mantengan una gran

afluencia de pacientes y hace imprescindible que nuestros especialistas estén lo mejor formados posible, sobre todo a través de iniciativas como este II Simposio de Dolor de la SER”

“Es importante recordar –añadió el doctor Manuel Tirado– que el dolor crónico en el aparato locomotor es en nuestra comunidad el primer motivo de consulta en atención primaria, el primer motivo de baja laboral definitiva y la segunda causa de incapacidad laboral transitoria después de la gripe, por lo que su impacto social y económico es enorme”.

Debido al exceso de originales, en el siguiente número completaremos la publicación de los escogidos del II Simposio de Dolor de la SER



DR. JOAQUÍN INSAUSTI

CLÍNICA DEL DOLOR, HOSPITAL SEVERO OCHOA DE LEGANÉS

“La lumbalgia ha pasado a ser un grave problema de salud en las sociedades industrializadas”

La lumbalgia es una patología muy prevalente. La prevalencia de la lumbalgia puntual estimada en la población española adulta es del 14,8%, mientras que la de la lumbalgia crónica se sitúa en el 7,7%.

“La causa de esta alta prevalencia se debe en parte a la postura erguida del ser humano, que provoca que la fuerza de la gravedad actúe sobre la columna lumbar, produciendo degeneración de los discos y la estructura de la columna, lo que, además, provoca dolor”, señaló el Dr. Joaquín Insausti, de la Clínica del Dolor, Hospital Severo Ochoa de Leganés (Madrid), en su ponencia.

El experto destacó que la prevalencia de la lumbalgia está experimentando un importante aumento, “y de un problema al que no se prestaba gran atención, se ha pasado a una epidemia, sobre todo en los países desarrollados”. La causa de esta “epidemia” es, para el Dr. Insausti, los hábitos de vida que se mantienen en la actualidad. “Hacemos poco ejercicio, mantenemos una vida sedentaria, sobrepeso... lo que provoca que la columna esté sobrecargada”. Para evitarlo, el especialista recomienda reducir el peso, mantener una vida activa y cuidar la columna y la higiene postural.

DOLOR, ASIGNATURA PENDIENTE

Otro de los grandes retos en lumbalgia radica en el diagnóstico y el abordaje, señaló el

especialista en dolor. “Hasta hace poco tiempo, sólo el 15% de los pacientes con dolor lumbar tenía un diagnóstico, mientras que en el resto de afectados el dolor lumbar se consideraba inespecífico y no se podía ofrecer un tratamiento a los pacientes, porque no se sabía lo que les dolía. Hoy, en las unidades del dolor intentamos eliminar esa etiqueta de inespecífico para poder ofrecer un abordaje concreto. Y la situación ha mejorado tanto que, por ejemplo, en mi unidad sólo un 10-15% de los pacientes continúa con el diagnóstico de dolor

“El dolor sigue siendo una asignatura pendiente para la Sanidad”

lumbar de causa desconocida, lo que supone un paso muy importante.”

Sin embargo, pese a este avance en el diagnóstico, el Dr. Insausti ha insistido en que “el dolor sigue siendo una asignatura pendiente para la Sanidad”. En su opinión, se lleva trabajando desde hace 10 ó 15 años en este campo “y aún no se ha tomado ninguna medida significativa para mejorar el tratamiento de los pacientes con dolor”. “Las unida-

des del dolor son caras y en ellas no se cura a nadie; se trata, alivia y mejora la calidad de vida de los pacientes, pero no se les cura, y eso aún no lo entienden bien las Administraciones”.

Para mejorar este tipo de unidades, ha explicado, se deberían convertir en más intervencionistas y menos farmacológicas. “A ellas sólo deberían llegar aquellos pacientes que no han respondido al tratamiento farmacológico que se debe llevar a cabo en atención primaria.”

TENER DOLOR NO ES NORMAL

En relación a los pacientes, el Dr. Insausti también ha abogado por un cambio de situación. “El dolor, al ser un síntoma muy prevalente, no se aborda. Hasta hace poco se pensaba que tener dolor era normal y no había que tratarlo, y se sigue pensando así. Ése es el problema, hay gente resignada a tener dolor y eso hay que cambiarlo. Hoy se está viendo que el dolor lumbar no es una patología benigna, que hay pacientes con crisis repetidas y otros con dolor persistente, que pueden deteriorar su calidad de vida. Además, hay que seguir centrando nuestros esfuerzos en reducir aún más el número de pacientes con dolor inespecífico, porque este adjetivo provoca desconcierto tanto en los pacientes como en los médicos, que no saben cómo tratar a los pacientes.”

JAVIER GARCÍA CAMPAYO*, BALTASAR RODERO**, BENIGNO CASANUEVA***, RIE KASAHARA****

*PSIQUIATRA Y PROFESOR ASOCIADO. HOSPITAL MIGUEL SERVET Y UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA.

PSICÓLOGO Y **TERAPEUTA OCUPACIONAL. CENTRO RODERO. CLÍNICA DE NEUROCIENCIAS. SANTANDER.

***REUMATÓLOGO. CLÍNICA DE ESPECIALIDADES CANTABRIA. SANTANDER

Aspectos cognitivos y emocionales del dolor

La influencia de las variables cognitivas y emocionales en la percepción del dolor se encuentra, en el momento actual, fuera de toda duda. El catastrofismo y la aceptación parecen ser los constructos psicológicos que mejor explican los resultados del tratamiento aplicado en patologías que cursan con dolor (ej.: fibromialgia), siendo más importantes, incluso, que la intensidad del dolor.

Los individuos que catastrofizan desarrollan una visión muy negativa sobre su dolor, piensan mucho en él y se sienten incapaces de controlarlo, por lo que presentan un peor pronóstico ante cualquier tratamiento. El catastrofismo está asociado con mayor intensidad y sensibilidad al dolor, así como mayor incapacidad y depresión. El catastrofismo se mide con la Pain Catastrophizing Scale (PCS), que ha sido validada en español por nuestro grupo. Aunque los individuos han sido dicotomizados como catastrofizadores y no catastrofizadores, la mayoría de los autores consideran que es una variable continua que se distribuye normalmente, incluso en sujetos sanos y sin dolor.

De hecho, los sujetos sin dolor que muestran altas puntuaciones de catastrofismo, padecerán en el futuro de dolor crónico con más facilidad y demandarán servicios de salud rela-

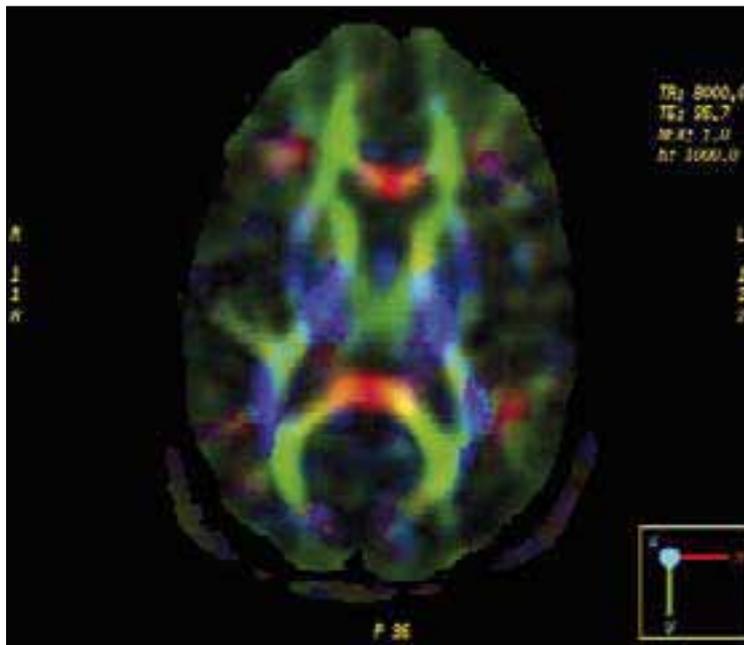


Figura 1. Espectrometría de una paciente con fibromialgia.

cionados con el dolor. Respecto a los mecanismos mediante los que actúa el catastrofismo, los principales serían: asociación a estilos de afrontamientos pasivos e inadecuados y amplificación del procesamiento del dolor en el sistema nervioso central, produciendo una mayor actividad en el procesamiento afectivo del dolor (cortex del cíngulo anterior e insular) durante la experiencia de dolor agudo (Figura 1).

ACEPTACIÓN

Puede ser entendido como un dominio conductual con dos componentes. El primero haría referencia al compromiso del sujeto para la realización de "mis" actividades cotidianas a pesar de estar sufriendo dolor. El segundo factor correspondería al reconocimiento de que las estrategias basadas en la evitación y el control son ineficaces.

La aceptación implica tener

El catastrofismo está asociado con mayor intensidad y sensibilidad al dolor, así como mayor incapacidad y depresión

contacto con experiencias desagradables o dolorosas sin que eso influya en nuestra conducta, particularmente las relacionadas con evitaciones innecesarias, una participación limitada en la vida o el impedimento de conseguir importantes objetivos en la vida. Aunque la idea de que los individuos con dolor crónico consigan vivir una vida plena pueda resultar extraña, cada vez hay más resultados que avalan la eficacia de las intervenciones que potencian la aceptación.

Se han llevado a cabo estudios de aceptación del dolor en diversas patologías como osteoartritis o fibromialgia. Las personas con una mayor aceptación del dolor refieren menos dolor, menos ansiedad y depresión, menor discapacidad, mayor nivel de actividad y mejor estatus laboral. Y, lo que es más importante, el nivel de aceptación no estaba en función del dolor. Otros estudios muestran que los sujetos que presentan una mayor aceptación son los que menos uso hacen de los centros de salud, toman menos medicación y presentan una mejor calidad de vida. Por último, parece también que la aceptación es una variable que se relaciona con una mejor adaptación a la respuesta del dolor, sin importar las influencias que pudieran tener variables tales como la depresión, la intensidad del dolor o la ansiedad, y con una predicción superior que las estrategias de afrontamiento ante variables como el dolor, la depresión, la incapacidad, la ansiedad o el funcionamiento físico y psíquico.

TRATAMIENTOS BASADOS EN LA ACEPTACIÓN

Hasta la aparición del constructo de la aceptación, muchas de las intervenciones psicológicas se proponían como objetivo terapéutico reducir el nivel de catastrofismo. Para ello se empleaba el tratamiento psicológico por excelencia aplicado hasta la fecha, el cognitivo conductual, el cual a pesar de contar con datos contrastados sobre su eficacia ha recibido diversas críticas. La aceptación requiere que un individuo mantenga su funcionamiento y participe en actividades agradables y reforzantes del día a día a pesar de continuar refiriendo dolor.

Tanto el catastrofismo como la aceptación, se consideran constructos cognitivos determinantes para pronosticar la evolución del paciente dado que son dos robustos mediadores en donde ninguno parece prevalecer sobre el otro. Sin embargo, centrarse en el constructor de la aceptación de cara al tratamiento contribuye a reducir el catastrofismo significativamente, y a obtener unos resultados positivos tanto en dolor crónico, como en problemas tan diversos como la depresión, esquizofrenia, ansiedad, epilepsia o diabetes. Todos estos estudios nos aclaran la forma en la que los pensamientos influyen en nuestro funcionamiento físico, social y emocional. Teniendo en cuenta estos resultados prometedores, es posible que aumente el interés de los tratamientos basados en la aceptación, reduciendo nuestro énfasis en reestructurar pensamientos y fomentando una flexibilidad psicológica que le permita al paciente actuar según sus objetivos vitales.



DR. ENRIQUE REIG
CLÍNICA DEL DOLOR DE MADRID

Aplicaciones clínicas de la **radiofrecuencia** en Reumatología

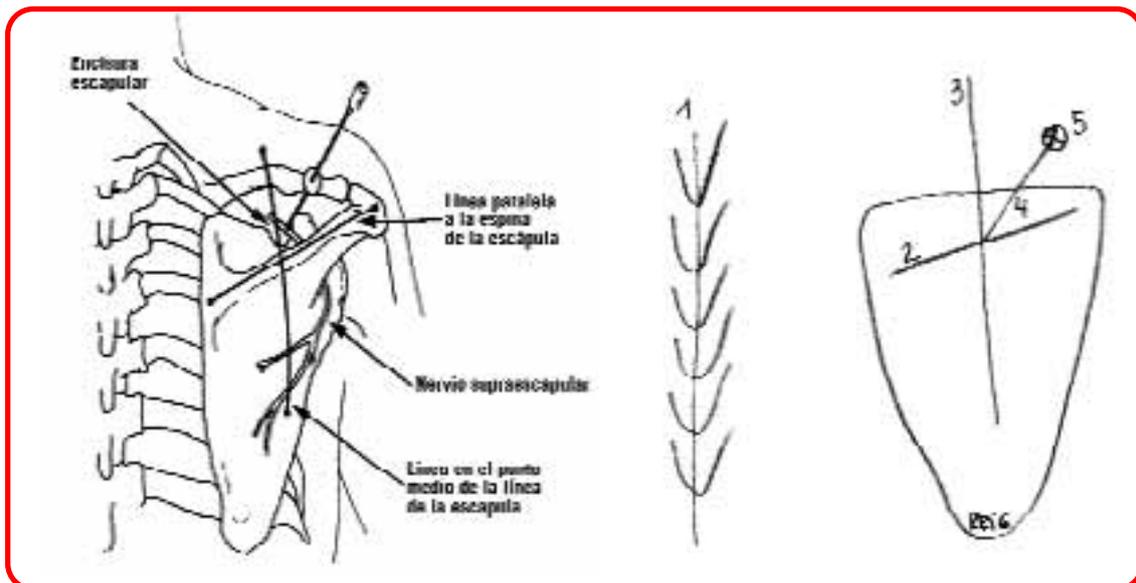
La radiofrecuencia (RF) es un tratamiento que se utiliza desde hace años en las clínicas del dolor en pacientes con dolor crónico. Consiste en el empleo de corriente de una altísima frecuencia -unos 500.000 Hz- para bloquear o producir una lesión en un territorio nervioso. Hay dos tipos de radiofrecuencia: la convencional (RF-C) y la pulsada (RF-P). Para la RF-C se utiliza un generador que produce alta frecuencia y que la

transmite a través de unas agujas percutáneas. Se produce un aumento de la temperatura del tejido y de la punta del electrodo que en contacto con la raíz nerviosa es destruida.

Este tipo de RF-C está indicada en la neuralgia del trigémino y en las rizolisis (síndrome facetario, cervical, lumbares y más raramente dorsal). El objetivo de la RF-C es aliviar el dolor preservando la función motora. En el caso de la rama

medial de la raíz posterior (rizolisis), se produce una termocoagulación de un nervio que no tiene ninguna otra función en el organismo que la de transmitir dolor. Es un proceso ambulatorio que tiene efectividad elevada si el diagnóstico es correcto.

La RF-P es un concepto completamente diferente y una técnica más reciente. En este caso no se aumenta la temperatura, no se calienta la punta del electrodo y por



RF pulsada del nervio supraescapular.

lo tanto no se produce lesión tisular. No es destructiva: su acción es generar un campo electromagnético muy amplio, con un ciclo activo muy pequeño (20 milisegundos) con 480 milisegundos de silencio eléctrico. Durante ese tiempo se descarga un campo electromagnético en la zona de la punta de la aguja. Se puede utilizar en cualquier tipo de nervio que sufre alguna alteración, incluidos los puntos trigger. Está indicada especialmente en el dolor crónico de hombro (el más frecuente: la tendinitis del supraespinoso), por rotura del manguito y por cualquier alteración de la dinámica del hombro, y que muchas veces no se solucionan con analgésicos y fisioterapia. También está indicada en el síndrome dolor regional complejo o en la capsulitis retráctil.

En el caso del nervio supraescapular hay que situar la aguja en la fosita supraescapular, donde se encuentran el nervio, la arteria y la vena supraescapular. Hay que repetir este tipo de tratamiento cada 2-3 semanas hasta que el paciente tiene un alivio completo del dolor. Tiene una eficacia cercana al 80%. En todos los casos hay que hacer una estimulación motora con 2 Hz para comprobar que se ha localizado el nervio de una forma correcta (con 0,3-0,6 voltios) y un tratamiento durante varios minutos emitiendo un campo electromagnético de frecuencia pulsada en ese nervio. Se puede suplementar el tratamiento con una pequeña dosis de un analgésico de larga duración (bupivacaína).

PUNTOS DOLOROSOS DE LAS PARTES BLANDAS

Otro tratamiento útil en Reumatología es la RF-P de los puntos trigger, aplicable en todas las partes blandas del aparato locomotor, músculos, tendones, ligamentos, bursas..., sobre todo en el trapecio, en el hombro y en la rodilla. Todos estos puntos dolorosos pueden ser tratados con la RF-P, localizando con la aguja el punto doloroso y aplicándola entre 2-8 minutos.

Un tratamiento más novedoso y con escasas publicaciones es la RF-P intraarticular, indicada en pequeñas y grandes articulaciones (coxartrosis, gonartrosis) en aquellas situaciones en las que después de los bloqueos con anestésico local y esteroides o tras tratamientos con ácido hialurónico el dolor no se ha aliviado. Muchas veces estos pacientes están pendientes de colocación de una prótesis.

En conclusión, la indicación más frecuente de la RF-C en Reumatología es el síndrome facetario. En cuanto a la RF-P puede realizarse en cualquier nervio periférico y en el ganglio de la raíz dorsal (dolor raquídeo).



DOCTOR ALBERTO ALONSO RUIZ

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL DE CRUCES. BARAKALDO. VIZCAYA

Opioides en la artrosis: de las guías a la práctica clínica

Los opioides están indicados en pacientes con artrosis de rodilla y cadera que tienen dolor moderado o grave, si cumplen alguna de las siguientes condiciones: contraindicación con AINEs (por ejemplo insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca, hipertensión mal controlada y anticoagulación), riesgo gastrointestinal alto, mala tolerancia a los AINEs, respuesta incompleta a antiinflamatorios y analgésicos no opioides y necesidad de analgesia en pacientes con contraindicación a la cirugía."

Éstas eran algunas de las conclusiones de la ponencia del doctor Alberto Alonso Ruiz sobre "Opioides en la artrosis. De las guías a la práctica clínica", después de evaluar la guía clínica americana (publicada en el 2.000), la europea del EULAR (2.003) y los documentos de consenso de la SER sobre el tratamiento de la artrosis de rodilla y sobre el tratamiento del dolor reumático con opioides, entre otros estudios. "Aunque en estas guías no se refieren sólo a la artritis de rodilla y de cadera, sí se encuentra un apartado que se refiere al tratamiento con opioides en estos casos concretos."

EVALUACIÓN DE LAS PAUTAS ACTUALES

Las guías americanas recomiendan, según señaló, la administración de tramadol en pacientes que tienen

contraindicación para el tratamiento con AINEs, o bien al fracaso de estos fármacos. Recomiendan el uso del tramadol conjuntamente con antiinflamatorios y la posibilidad de opioides mayores en el caso de que el dolor sea refractario a tratamientos habituales.

Las guías EULAR destacan que los analgésicos opioides con o sin paracetamol son una alternativa útil cuando los AINEs están contraindicados, cuando son ineficaces o cuando son mal tolerados, y hacen referencia a que los opioides tienen una evidencia escasa de su eficacia, pero que sin embargo son fármacos muy utilizados por los médicos, y que la mayor evidencia es en pacientes que tienen una mala respuesta a AINEs y también recomiendan ser cuidadoso con sus efectos adversos.

Evaluó también el documento de consenso sobre el tratamiento de la artrosis de rodilla de la SER, publicado en el 2005. Es un documento con una revisión sistemática de la literatura, recogiendo fundamentalmente ensayos clínicos y metaanálisis y elaborando unas tablas de evidencia, con un grupo de expertos que redactan unas recomendaciones. Dice el documento que la combinación de tramadol y paracetamol o bien tramadol 50 mg cada 6 horas, añadido a AINEs resulta eficaz para el alivio del dolor en pacientes que tienen

una artrosis con dolor grave. Y también recomienda el uso de tramadol en dosis hasta 200 mg día, que permite reducir un antiinflamatorio como el naproxeno. Recomienda también la posibilidad de utilizar morfina de liberación lenta en dosis de 30 mg día en pacientes con dolor grave en artrosis de rodilla o de cadera.

El consenso de la SER realiza algunos comentarios con respecto a la metodología de los ensayos clínicos insistiendo en que muchos de ellos tienen un diseño no muy adecuado, que son grupos heterogéneos de pacientes, que los opioides se utilizan conjuntamente con AINEs, y que ello dificulta a veces la interpretación de los resultados.

Se refirió también al documento de la SER para el uso de opioides para el tratamiento del dolor reumático, publicado en el 2006. Este documento no se refiere únicamente a la artrosis de rodilla, sino al tratamiento de opioides en el dolor reumático. Señala que los fármacos opioides son los más potentes analgésicos, que pueden ser eficaces en monoterapia, pero que habitualmente se utilizan conjuntamente con analgésicos no opioides, con AINEs y otros fármacos, y destaca que la reducción del dolor por los opioides puede tener un efecto sedante que facilita el sueño y la capacidad para mejorar la capacidad funcional.

REFLEXIONES

Basándose en las guías americanas, europeas y otros documentos, hace una serie de recomendaciones sobre la selección de opioides y el tipo de pacientes en los que deben utilizarse.

“En la metodología de la recogida de la información se utiliza grupos heterogéneos, con dosis de fármacos diferentes. La mayor parte de los ensayos se realizan en pacientes que tienen una respuesta incompleta con antiinflamatorios y analgésicos no opioides, por lo cual ya se valoran los opioides en una población de artrosis grave, lo que implica un cierto sesgo. Por otra parte estamos entendiendo siempre que los opioides son fármacos de segunda línea, cuando no hay evidencia de que sean más o menos eficaces que los AINEs en la artrosis. Carecemos de evidencia sobre la superioridad o inferioridad entre los distintos fármacos opioides en la artrosis. El número de efectos adversos es muy variable de unos estudios a otros, y hay poca información sobre la tolerancia y seguridad a largo plazo.”

COMENTARIOS

En pacientes que cumplen la indicación con opioides, se debe iniciar el tratamiento con tramadol y si hay respuesta insuficiente administrar buprenorfina, fentanilo transdérmico o oxicodona. Para el dolor crónico se recomienda tramadol de liberación retardada o bien opioides de administración transdérmica. Para el dolor agudo: tramadol, tramadol más paracetamol o oxicodona o morfina. Los opioides se pueden utilizar en artrosis como monoterapia o asociados a otros fármacos como analgésicos.

Con respecto a seguridad y tolerancia, si bien existen unas dosis orientativas de los distintos opioides, es fundamental individualizar la dosis especialmente al inicio del tratamiento. Hay que



Con respecto a seguridad y tolerancia, es fundamental **individualizar la dosis**, especialmente al inicio del tratamiento

tener en cuenta la alta frecuencia de efectos adversos por lo que se debe informar al paciente previamente y se debe recomendar antieméticos de forma preventiva cuando se utilicen opioides mayores y se recomienda el uso de laxantes en pacientes que presentan estreñimiento.

Con respecto a las recomendaciones prácticas con tramadol, se puede administrar cada 8 horas hasta 200-300 mg día, y que parecen tener una eficacia similar al ibuprofeno. El tramadol de liberación retardada tiene una eficacia similar a la administración de tramadol cada 6-8 horas

La administración de tramadol permite reducir la dosis de AINEs; junto con paracetamol, añadido a antiinflamatorios es eficaz para mejorar el dolor y la función de los pacientes, tanto en brotes agudos como en dolor crónico.

Recomendaciones prácticas sobre opioides mayores: el tratamiento con fentanilo transdérmico en artrosis de rodilla y cadera permite controlar el dolor hasta el 80% de los pacientes que han fracasado con otros tratamientos; con indicación quirúrgica, mejora el dolor y la función física de forma significativa. Hasta el 30% de los pacientes con este tratamiento puede tener efectos adversos, y ese porcentaje es muy variable de unos estudios a otros.

La oxicodona reduce el dolor y mejora la calidad de vida en pacientes con artrosis, con una respuesta rápida hasta 14 días y su eficacia se mantiene a largo plazo, en dosis en torno a 20 mg cada 12 horas.

La administración de morfina de eliminación lenta en dosis de 30 mg es eficaz para reducir el dolor y mejorar la calidad del sueño.



DR. MAURICIO MÍNGUEZ VEGA
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO
SAN JUAN DE ALICANTE

UNA VALIOSA AYUDA PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ

Gammagrafía

en infecciones osteoarticulares

Las infecciones siguen siendo la primera causa a nivel mundial de morbi-mortalidad. Pese al desarrollo de agentes antimicrobianos más seguros y potentes, existen cada vez procesos infecciosos más variados y difíciles de diagnosticar y tratar.

Como complemento para su diagnóstico tras una buena anamnesis y exploración, nos podemos valer de pruebas de imagen. Entre estas pruebas contamos con las técnicas gammagráficas y, dentro de ellas, los radiofármacos más empleados en la actualidad son el ⁶⁷Galio-citrato y los leucocitos marcados.

A diferencia de otras pruebas de imagen –como las radiografías, TAC, ecografía o RMN– que ponen de manifiesto cambios anatómicos que pueden tardar en producirse o ser difíciles de interpretar en un hueso con patología concomitante (por ejemplo una fractura) o que ha sufrido un tratamiento (por ejemplo un implante), las de medicina nuclear muestran cambios en la fisiopatología normal de ese hueso, no alterándose por artefactos metálicos, siendo de ayuda para conseguir el diagnóstico precozmente.

Los radiofármacos más empleados en la actualidad son el ⁶⁷Galio-citrato y los leucocitos marcados

GAMMAGRAFÍA ÓSEA EN TRES FASES

A la hora de enfrentarnos a una posible infección, la primera prueba de medicina nuclear a realizar será la gammagrafía ósea en tres fases con ⁹⁹Tc-difosfonato. Consta de una fase precoz o angiogammagráfica, una intermedia o de pool vascular y una fase tardía u ósea. La imagen clásica diagnóstica de osteomielitis será la de hiperperfusión focal (fase I), con hiperemia focal (fase II) y con hipercaptación ósea focal (fase III). Tiene como ventajas ser una técnica relativamente barata, fácil de realizar y con obtención de resultados rápidos. Además es muy sensible, pudiendo mostrar alteraciones de forma precoz, aproximadamente a los dos días

del inicio de los síntomas. El principal inconveniente es su inespecificidad.

GAMMAGRAFÍA CON ⁶⁷GALIO-CITRATO

El galio es un metal de propiedades similares al ión férrico, que una vez administrado intravenosamente circula en forma iónica libre o unido a proteínas transportadoras del hierro, especialmente transferrina y lactoferrina. El mecanismo de actuación es complejo, y la retención del radiofármaco en el sitio de infección estaría mediada por la abundante lactoferrina procedente de los leucocitos activados y por el aumento del flujo sanguíneo y la permeabilidad vascular.

De forma fisiológica observaremos captaciones en hígado, bazo e intestino. Un 10-25% de la dosis total se elimina por vía renal en las primeras 24 horas y el resto posteriormente por vía hepato-biliar. La vida media son unas 78 horas.

Las imágenes se obtienen a las 48-72 horas post-inyección, siendo conveniente realizar las mismas proyecciones que hicimos con la gammagrafía ósea previa, con el fin de compararlas, pudiendo encontrarnos con tres patrones:

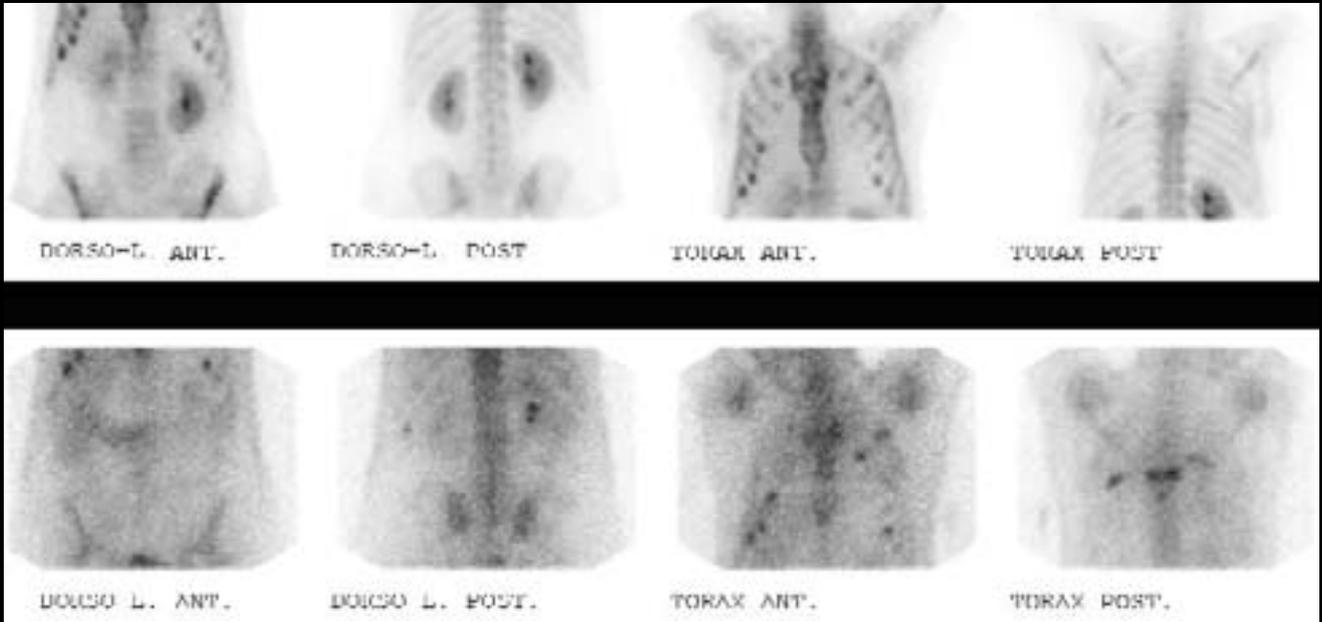


Fig.1. Osteomielitis vertebral. Gammagrafía ósea en tres fases y con galio.

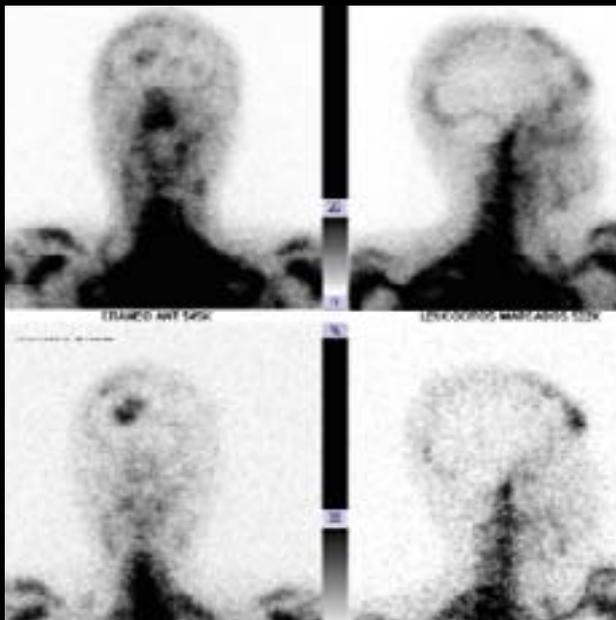


Fig. 2 Osteomielitis cráneo. Gammagrafía ósea y con leucocitos marcados.

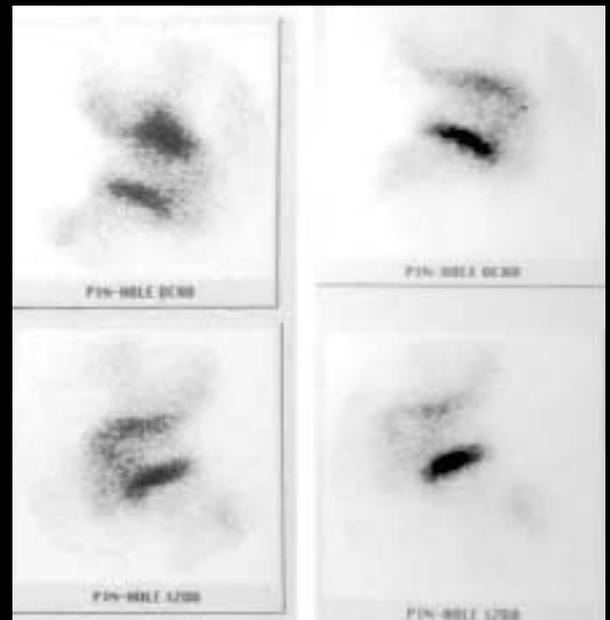


Fig. 3 Osteomielitis Acetabular. Control respuesta al tratamiento

El mecanismo de actuación es complejo, y la retención del radiofármaco en el sitio de infección estaría mediada por la **abundante lactoferrina procedente de los leucocitos activados** y por el aumento del flujo sanguíneo y la permeabilidad vascular

- 1- La captación de galio respecto a la ósea es más intensa, sugiriendo infección (Fig. 1).
- 2- La captación es menor, descartando infección.
- 3- la captación es similar, siendo el resultado ambiguo.

La sensibilidad de la técnica está alrededor del 91%. A diferencia de las técnicas de marcaje con leucocitos, es más sensible en las infecciones crónicas, no requiere manipular sangre del paciente y es la técnica de elección en pacientes inmunocomprometidos (especialmente con leucopenia), pacientes con fiebre de origen desconocido (pues el galio también capta en los tumores) y ante sospecha de osteomielitis vertebral. Su principal inconveniente es que irradia más que los leucocitos marcados, de ahí que actualmente la tendencia sea utilizar más estos últimos.

GAMMAGRAFÍA CON LEUCOCITOS MARCADOS. (Fig.2)

La finalidad es el marcaje de leucocitos autólogos viables para que migren desde la circulación al espacio extravascular del foco infeccioso. Normalmente requiere contajes de leucocitos en el paciente superiores a 2.000/mm³. Es un procedimiento menos útil en aquellas infecciones en las que predomina una respuesta celular diferente a los neutrófilos, como en TBC. No es útil ante sospecha de osteomielitis vertebral, pues puede dar captaciones fisiológicas a dicho nivel. Tipos de marcajes:

■ **In vitro**, mediante complejos lipofílicos, a través de extracción sanguínea. Es un proceso laborioso que dura 2-3 horas y que requiere la manipulación de sangre. El más usado es el ^{99m}Tc-HCMPAO, con una vida media de unas 6 horas, con eliminación renal y posteriormente hepato-biliar. Las imágenes abdominales se obtienen antes de las 2 horas post-inyección para evitar artefactos por la eliminación intestinal. Las óseas se pue-

den realizar a las 2-4-24 h. En procesos infecciosos agudos, la sensibilidad es del 81-91 % y la especificidad de 82-84%. En procesos crónicos la sensibilidad es generalmente más baja.

La finalidad es el marcaje de leucocitos autólogos viables para que migren desde la circulación al espacio extravascular del foco infeccioso

■ **In vivo**, mediante una técnica de marcaje que no precisa separación celular. Destaca el ^{99m}Tc-AcMo-antigranulocitos. Sobresale por su simplicidad y las imágenes se obtienen a las 4 horas post-inyección. Su principal inconveniente es que con el uso repetido en el mismo paciente pueden aparecer anticuerpos contra los anticuerpo monoclonales de origen murino (HAMA) dando lugar a reacciones alérgicas.

PET

Habitualmente se utiliza como trazador el F18-FDG (florina 18-fluorodeoxiglucosa). Las células inflamatorias y el tejido de granulación presentan altos niveles de hexoquinasa y un incremento de la expresión en superficie de proteínas transportadoras de glucosa con alta afinidad por FDG. Tiene la ventaja de realizarse un estudio completo rápidamente, en unas dos horas, con muy poca radiación y con una sensibilidad superior al 90%. Su inconveniente es su inespecificidad, pues no diferencia proceso infeccioso de otros que aumenten el metabolismo (como un tumor o cambios postoperatorios) y, por otro lado, sigue siendo una técnica cara y poco extendida.

ASPECTOS PRÁCTICOS

1 Las radiografías convencionales deben seguir siendo el procedimiento de imagen inicial ante la sospecha de infección musculoesquelética.

2 La RMN proporciona imágenes anatómicas detalladas, es muy sensible, no irradia y es especialmente útil en la osteomielitis vertebral y en la osteomielitis del pie diabético.

3 La gammagrafía ósea en tres fases es fácil de llevar a cabo, muy sensible y diagnóstica de forma muy precoz una osteomielitis en un hueso "íntegro" (en presencia de fractura, prótesis, artropatía neuropática, etc. sólo es útil como prueba de screening).

4 Para el diagnóstico de osteomielitis complicada, los leucocitos marcados son la técnica de diagnóstico nuclear indicada. Son especialmente útiles en el diagnóstico de prótesis articular infectada, osteomielitis no sospechada de un pie diabético y en la evaluación de una artropatía neuropática.

5 Los leucocitos marcados no son útiles para diagnosticar una osteomielitis vertebral. La combinación de gammagrafía ósea y con galio es el procedimiento de diagnóstico nuclear de elección en la osteomielitis vertebral.

6 El FDG-PET es una alternativa prometedora en el diagnóstico de la osteomielitis vertebral, pero no es útil en infecciones protésicas pues no la diferencia del aflojamiento protésico (ambas pueden acompañarse de inflamación intensa).

7 Los estudios de medicina nuclear tienen un valor muy limitado en las artritis sépticas, pues no diferencian de las no infecciosas.

8 Son técnicas útiles para valorar respuesta terapéutica (Fig. 3).

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

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

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

Bibliografía Comentada

- EPIDEMIOLOGIA
- ESPONDILOARTROPATIAS
- GOTA
- LUPUS
- PATOLOGÍA METABÓLICA
- VASCULITIS

COMPLETAMOS EN ESTE NÚMERO LA REPRODUCCIÓN COMENTADA DEL RESTO DE LOS ABSTRACTS DE REUMATÓLOGOS ESPAÑOLES PRESENTADOS EN EL CONGRESO DE LA ACR 2008, SAN FRANCISCO. EN EL NÚMERO ANTERIOR HABÍAMOS REPRODUCIDO YA LA PRIMERA PARTE DE LOS MISMOS.

ESPONDILOARTROPATIAS

Nº 523. ¿Se ve afectada la función física y la calidad de vida por la presencia de sacroiliitis radiológica y el dolor lumbar inflamatorio en los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal?

FERNÁNDEZ-CASTRO M, SILVA L, SANZ J, MULERO J, ANDREU J. HOSPITAL UNIVERSITARIO PUERTA DE HIERRO. MADRID.

Se evalúa en 81 pacientes si la presencia de sacroiliitis radiológica o dolor lumbar inflamatorio influye en la función física y la calidad de vida en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII) no diagnosticada de espondiloartritis. En 19 pacientes se demostró sacroiliitis radiológica, presentando de forma significativa frente al grupo que no la tenía, limitación en la movilidad, mayor dolor de nalgas, mayor frecuencia de lumbalgia inflamatoria, entesitis y presencia de HLA-B27.

En las conclusiones se observa que aquellos pacientes con EII que presentan dolor lumbar inflamatorio y o dolor de nalgas aislado o asociado a sacroiliitis radiológica presentaron un deterioro de la función medido por el BASFI y una peor calidad de vida medida con el ASQoL.

EPIDEMIOLOGIA

Nº 796. Impacto de la terapia anti-TNF sobre la incapacidad laboral en las enfermedades reumáticas

JR LAMÚA1, FJ BACHILLER1, O ILLERA1, M REVENGA1, O HERNANDO2. 1RAMÓN Y CAJAL HOSPITAL, MADRID; 2SANITARY INSPECTION, MADRID.

En 295 pacientes del área 4 de Madrid, los autores evalúan: 1) si la terapia anti-TNF modifica la tasa de incapacidad laboral entre los pacientes con enfermedades reumáticas. 2) Analizan las causas de incapacidad laboral y si cambian estas con el inicio de estas terapias.

Al comparar la etapa antes de la terapia anti-TNF con la posterior a la terapia anti-TNF, no se detectaron diferencias entre los días perdidos de trabajo (64 días vs 56 días. $P=0.08$). Las causas de incapacidad laboral de causas músculo-esqueléticas se redujeron un 21% ($p=0,07$) entre los que seguían tratamiento anti-TNF, aunque las causas derivadas por infecciones se multiplicaron por 2.8.

Nº 539. Prevalencia de sacroilitis en una cohorte de 240 pacientes con artritis psoriásica

M BARCELÓ, B RODRÍGUEZ-DÍEZ, S FARIETTA, A SELLAS, P BARCELÓ. RHEUMATOLOGY UNIT HOSPITAL VALL D'HEBRON, BARCELONA.

Los autores evalúan de forma retrospectiva, en 240 pacientes con artritis psoriásica según criterios de Moll y Wright, la prevalencia de sacroilitis radiológica. En 180 de los pacientes se disponía de radiografías de sacroilíacas.

El HLA-B27 fue positivo en 29 pacientes, de los que 24 tenían radiografías, siendo varones 18 de ellos. Se observó sacroilitis en 96 pacientes (53.3%), siendo 53 varones.

Los autores concluyen que la sacroilitis se presentó en el 53.3% de los pacientes siendo bilateral de manera mayoritaria y más prevalente si el HLA-B27 era positivo. No hubo diferencias en su prevalencia de acuerdo al sexo.

Nº 1095. Perfil de citocinas y metaloproteasas en pacientes con artritis psoriásica tratados con terapia biológica

FERNÁNDEZ SUEIRO JL, PINTO J, FREIRE M, PERTEGA S, OREIRO N, GALDO F, BLANCO FJ, H. U. J. CANALEJO. A CORUÑA.

Evalúan el perfil de citocinas y de metaloproteasas en pacientes tratados con terapia biológica, etanercept o infliximab. Se estudiaron 38 pacientes tratados con terapia biológica y se realizaron las determinaciones basales y a las 24 semanas. En los pacientes que presentaron una respuesta terapéutica medida con el DAS28 se observó que la IL-6, la MMP-1 y la MMP-3 disminuían. Los niveles basales de MMP-3 estaban más elevados en aquellos pacientes que solo presentaban afectación periférica. A la semana 24 no se encontraron diferencias significativas en los pacientes respondedores teniendo en cuenta los dos grupos de tratamiento.

Nº 1122. Resultados a largo plazo con la terapia con infliximab. Tasas de supervivencia distinta según la espondiloartritis

González CM, Montoso M, Cebrián L, Carpena M, Díaz-Merchán I, Casas M, De la Torre I, García-Castro M, Becerra E, Calvo E, López-Longo F, Monteagudo I, Carreño L. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

Los objetivos del presente estudio fueron la evaluación de la eficacia, la supervivencia y las razones para la interrupción del IFX en los pacientes con espondiloartritis. Se estudiaron 170 pacientes con los siguientes diagnósticos: EA 108, APs 31, indiferenciadas 17 y 14 asociados a EII.

La supervivencia del IFX fue significativamente menor en los pacientes que presentaron espondiloartritis indiferenciada y EII. En

términos generales el IFX se suspendió en el 29.4% de los pacientes y el tiempo medio de supervivencia fue de 63.9 meses. Los autores concluyen que el IFX es un tratamiento efectivo a largo plazo, confirmando la mayor supervivencia en la espondilitis anquilosante y en la artritis psoriásica.

1167. Evaluación de la actividad de la enfermedad, función física y calidad de vida relacionada con BASDAI, BASFI y ASQoL respectivamente en pacientes con espondiloartropatía indiferenciadas

MC MUÑOZ-VILLANUEVA, V PÉREZ-GUIJO, MC. CASTRO, MD MIRANDA, JA CARRASCO, A RUIZ, G MOROTE, E COLLANTES. REINA SOFIA UNIVERSITY HOSPITAL, CÓRDOBA.

Los autores evalúan en 187 pacientes, 92 con espondilitis anquilosante (EA) y 95 con espondiloartropatía indiferenciada (EspIn), la fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio, de la versión española del índice de actividad de la enfermedad de EA (BASDAI), índice funcional de EA (BASFI) y la calidad de vida en EA (ASQoL) en pacientes con EspIn.

Se evaluaron basal, a la semana y a los 6 meses: además de los índices anteriores, parámetros de movilidad espinal (Schober, expansión torácica, distancia dedo-suelo, distancia occipucio-pared), escala visual análoga para dolor espinal nocturno, dolor global, evaluación global por parte del paciente y del médico, VSG y PCR. Los autores demuestran que los índices BASDAI, BASFI y ASQoL, en pacientes con EspIn, son fiables, válidos y sensibles al cambio.

GOTA

Nº 24. Tratamiento de la gota: Resultados de la revisión GEMA (Gout: Evaluation of Management) de práctica clínica

F PÉREZ RUIZ1, L CARMONA2, E PASCUAL3, E DE MIGUEL4, MA GONZALEZ-GAY5, I UREÑA6. 1HOSPITAL DE CRUCES, BARCALDO; 2FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA, MADRID; 3HOSPITAL DE ALICANTE; 4HOSPITAL LA PAZ, MADRID; 5HOSPITAL XERAL DE LUGO; 6HOSPITAL CARLOS HAYA, MÁLAGA.

Los autores pretenden evaluar el seguimiento de las recomendaciones EULAR para el tratamiento de la gota, tanto del ataque agudo como del control de la hiperuricemia a largo plazo, que incluye conseguir niveles séricos de ácido úrico inferiores a 6 mg/dl.

Realizaron un estudio transversal retrospectivo de revisión de historias clínicas. Se seleccionaron 50 unidades hospitalarias de reumatología utilizando un muestreo probabilístico estratificado en dos etapas, y después un muestreo aleatorio simple para

la selección en cada centro de 20 historias de pacientes con el diagnóstico de gota, de acuerdo con el ICD-9, que hubieran sido visitados entre Octubre de 2005 y octubre de 2006. Se recogieron los datos de prescripción de AINEs, colchicina, hipouricemiantes, niveles de ácido úrico y las condiciones generales de aplicación de los tratamientos.

Los AINEs más utilizados en el ataque son diclofenaco e indometacina (50% de los casos). Los hipouricemiantes se prescribieron en el 89% de los casos. El tiempo medio de prescripción era de 6 años. El 97% de los pacientes tratados con hipouricemiantes tenían prescrito alopurinol a una dosis media diaria de 250 mg y el 6% benzbromarona con una dosis media diaria de 79 mg.

Ningún paciente con deterioro importante de la función renal utilizaba dosis superiores a 300 mg al día. Sólo en la mitad de los casos se siguió una escalada de dosis. El 57% de los pacientes tenían unos niveles séricos de ácido úrico superiores a 6 mg/dl. A pesar de estos malos datos en pocos casos se cambió el hipouricemiante o se utilizó una asociación de los mismos,

Concluyen que el tratamiento de los ataques de gota se ajusta en general a las recomendaciones EULAR. Sin embargo el control de la hiperuricemia se aleja, pues la mitad de los pacientes inician el tratamiento con altas dosis de hipuricemiantes sin efectuar una escalada de dosis. Por otra parte sólo en el 50% de los casos se consiguen niveles séricos de ácido úrico inferiores a 6 mg/dl.

LUPUS

Nº 47. Micofenolato mofetil en pacientes con nefritis lúpica: eficacia en las manifestaciones musculoesqueléticas y mucocutáneas

E SALGADO¹, D GERBER², EM GINZLER². 1HOSPITAL 12 DE OCTUBRE, MADRID; 2SUNY DOWSTATE MEDICAL CENTER, BROOKLYN, NY.

El objetivo fue evaluar la eficacia del micofenolato (MFL) en las manifestaciones extrarrenales del LES. La mayoría de los pacientes tenían nefritis lúpica. Se seleccionan los pacientes con manifestaciones cutáneas o articulares.

Se incluyeron 50 pacientes (44 mujeres), 52% eran de raza negra y 18% hispanos. La edad media al inicio del tratamiento con MFL fue de 32,6 + 10,5 años. El tiempo de evolución desde el diagnóstico era de 4,6 + 6 años. Los pacientes se siguieron durante 43,7+ 58,4 semanas.

De los 33 pacientes con manifestaciones cutáneas el 94% obtuvo una respuesta completa y el 6% una respuesta parcial. De los 22 pacientes con problemas articulares el 96% obtuvo una respuesta completa y el 4% una respuesta parcial. Todos los pacientes mejoraron. El tiempo necesario para alcanzar una respuesta mínima cutánea fue de 6,9 ± 4,2 semanas y para alcanzar la respuesta completa se necesitaron 13,4 ± 14,2 semanas. A nivel articular los tiempos fueron de 6,6 ± 5,7

semanas para la respuesta mínima y 27,7±46,6 semanas para la respuesta completa. La duración media de la respuesta completa articular fue de 27,7±46,6 semanas y la de la respuesta completa cutánea de 41,9±55,3 semanas. La dosis de MFL cuando se alcanzó la respuesta completa cutánea era de 2,15 ± 0,7 g y en el caso articular de 2,02 ± 0,7 g. El efecto secundario más frecuente fue la diarrea.

Los autores concluyen que el MFL contribuye al control de las manifestaciones cutáneas y articulares en los pacientes con nefritis lúpica.

PATOLOGÍA METABOLICA

Nº 1551. Eficacia de los suplementos con vitamina D en los pacientes con hipoavitaminosis D e hiperparatiroidismo secundario

M GARCÍA-MANRIQUE, E CASADO, M LARROSA, I VÁZQUEZ, C ORELLANA, J GRATACOS. CORPORACIÓN SANITARIA PARC TAULI, SABADELL.

El objetivo del estudio fue analizar la proporción de pacientes con hipoavitaminosis D e hiperparatiroidismo secundario que normalizan los niveles de PTH tras un mes de tratamiento con calcidiol y evaluar si el tratamiento crónico es útil para mantener controlado el hiperparatiroidismo.

Todos los pacientes identificados se trataron durante el primer mes (terapia de inducción), en el seguimiento se establecieron dos grupos unos tratados con calcidiol y otros con colecalciferol. Se trataron 61 pacientes y se analizaron los niveles de 25(OH) D3 y PTH en el primer mes y a los tres meses.

El tratamiento de inducción con calcidiol 64000 UI fue útil para normalizar los niveles de vitamina D pero fue insuficiente para controlar el hiperparatiroidismo. El tratamiento a largo plazo con vitamina D no consiguió mantener los niveles de PTH.

Nº 1578. Programa educacional para mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en los pacientes con osteoporosis tratados en la atención primaria

R BELENGUER-PRieto¹, JF PASTOR-OLIVER², CJ GÓMEZ-GÁLVEZ³, JL GONZÁLEZ-PERALES¹, H. MARTÍN-VALLES⁴, M PUCHADES-GÓMEZ⁵, P BRITO-ZERON⁶, A SISO⁷, M RAMOS-CASALS⁶. 1HOSPITAL 9 DE OCTUBRE, VALENCIA; 2HOSPITAL MARINA ALTA, ALICANTE; 3C.S. SOLLANA, VALENCIA; 4C.S. ALZIRA, VALENCIA; 5C.S. ALFAFAR, VALENCIA; 6HOSPITAL CLINIC, BARCELONA; 7CAP LES CORTS, BARCELONA.

El objetivo del estudio fue evaluar el impacto de un programa educacional designado para incrementar la adherencia terapéutica y

sus efectos en la mejoría de la calidad de vida en los pacientes con osteoporosis tratados en la atención primaria. Se realizó un estudio longitudinal de 486 mujeres, con seguimiento de 12 meses y evaluaciones cada 3 meses. Se establecieron 2 grupos; con programa educacional y sin el. El 43.9% de los pacientes se perdieron en el grupo sin programa educacional y 25.6% en el grupo con programa. Todos los pacientes en el grupo con programa educacional cumplieron el tratamiento frente al 59% en el grupo sin tratamiento. La calidad de vida mejoró en el grupo con programa educacional, tanto en el dolor y el comportamiento.

Los autores concluyen que un programa educacional llevado a cabo por médicos y enfermeras es un método simple para mantener la adherencia al tratamiento además es útil para mejorar la calidad de vida en los pacientes con osteoporosis.

VASCULITIS

Nº 609. Asociación del polimorfismo de gen para IL-18 para la susceptibilidad de arteritis de células gigantes probada con biopsia

J MARTIN¹, RJ PALOMINO-MORALES¹, T VÁZQUEZ-RODRÍGUEZ², MA GONZÁLEZ-GAY². ¹INSTITUTO DE PARASITOLOGÍA Y BIOMEDICINA, ARMILLA (GRANADA); ²HOSPITAL XERAL-CALDE, LUGO.

Diversos genes se han implicado en la ACG, tanto en la susceptibilidad como en el riesgo de desarrollar complicaciones isquémicas graves. Los autores estudian la influencia del polimorfismo del gen IL-18 rs360719 tanto en la susceptibilidad como en la expresión clínica de una serie de 128 pacientes con ACG y 195 sujetos control.

Las biopsias en pacientes con ACG, portadores del alelo IL-18 rs360719 G, provocan un aumento significativo de desarrollar ACG ($p=0.006$; OR 1.66, 95% IC 1.15-2.39) y muestran una clara tendencia a la asociación de complicaciones graves isquémicas ($p=0.06$; OR 0.59, 95% IC 0.34-1.03).

Los autores concluyen que el polimorfismo para el gen IL-18, parece implicado en la predisposición para ACG. Además refuerza la evidencia de papel protector de factores proinflamatorios contra el desarrollo de complicaciones isquémicas graves en la ACG.

Nº 610. Aumento del nivel sérico de la interleuquina 17 en pacientes con arteritis de células gigantes

M LÓPEZ-HOYOS¹, L ALVAREZ-RODRÍGUEZ¹, C MATA², M RUIZ¹, J CALVO², R BLANCO¹, M J MARIN¹, E AURRECOECHEA², I VILLA¹, V RODRÍGUEZ-VALVERDE¹, VM. MARTÍNEZ-TABOADA¹. ¹HOSPITAL U. MARQUÉS DE VALDECILLA, SANTANDER; ²HOSPITAL SIERRALLANA, TORRELAVEGA.

Se considera a la arteritis de células gigantes (ACG), como el mayor ejemplo de vasculitis mediada por células T. Reciente-

mente se ha descrito la importancia de la producción de IL-17 producido por los CD4 activados, en la patogénesis de diversas enfermedades inflamatorias. Es probable que esta citocina sea el eslabón entre activación de células T y la respuesta inflamatoria. El objetivo ha sido conocer los niveles de IL-17 en 12 pacientes con ACG.

Como grupo control se incluyeron 33 pacientes con poli-mialgia reumática (PMR), 12 pacientes con inicio tardío de AR y 17 sujetos sanos ajustados por edad. De los 57 pacientes, 25 fueron estudiados después de alcanzar la remisión clínica con corticoides (CS).

Los pacientes con ACG presentaron aumentos significativos de IL-17 comparados con los pacientes con PMR ($p=0.012$). El tratamiento con dosis altas de CS produjo reducción en IL-17, solo en pacientes con ACG ($p=0.071$). Los niveles de IL-17, fueron menores de forma significativa en pacientes con manifestaciones isquémicas ($p=0.012$).

Los autores concluyen que el aumento de los niveles de IL-17, sugiere un papel de las células Th17 en la patogénesis de la ACG y no en la PMR.

Nº 617. Capacidad quimiotáctica y expresión de las moléculas de adhesión en los leucocitos de sangre periférica en la poli-mialgia reumática y la arteritis de células gigantes

L ALVAREZ-RODRÍGUEZ¹, M RUIZ¹, M J MARIN¹, C MATA², VM. MARTÍNEZ-TABOADA¹, R BLANCO¹, I VILLA¹, E AURRECOECHEA², T RUIZ², C MARTÍNEZ-DUBOIS¹, V RODRÍGUEZ-VALVERDE¹, M LÓPEZ-HOYOS¹. ¹HOSPITAL U. MARQUÉS DE VALDECILLA, SANTANDER; ²HOSPITAL SIERRALLANA, TORRELAVEGA.

Los autores analizan la expresión de diversas moléculas de adhesión en los leucocitos así como los niveles de factores quimiotácticos y la actividad funcional de los componentes innatos del sistema inmune en los leucocitos de sangre periférica.

Se estudiaron 34 pacientes con PMR, 12 con ACG al inicio de la enfermedad y a la remisión. Como controles se utilizaron 17 personas sanas y 12 con AR del adulto.

En los resultados se observaron niveles elevados de IL-8 en los pacientes con PMR activa frente a controles sanos y ACG, en ambas enfermedades se encontró un incremento de las moléculas de adhesión en células CD8+, con un incremento de ICAM-3, CD11a y VLA-4 e ICAM-3 y VLA-4 en ACG, estas diferencias se mantuvieron en la PMR en remisión pero no en la ACG. Los neutrófilos en la ACG tuvieron una mayor capacidad de migración, los monocitos y los neutrófilos mostraron una disminución en la actividad respiratoria, incrementándose en los pacientes con ACG en remisión.

Se observa que en ambas enfermedades los leucocitos están activados y son capaces de migrar al espacio extravascular. Los CD8+ expresan un mayor número de moléculas de adhesión y los neutrófilos están activados en la ACG.

Reumaconsult: atención primaria pregunta

Reumaconsult es un proyecto de Laboratorios Schering Plough, con el aval de la SER y SEMERGEN, que tiene como objetivo fomentar la relación y el intercambio de conocimientos entre Reumatología y Atención Primaria. El proyecto está encontrando un

amplio eco y ha sido un rotundo éxito de participación en toda España. Las preguntas de este colectivo serán publicadas únicamente en Los Reumatismos. El proyecto Reumaconsult, impulsado por la SER, se ha prolongado durante todo el año 2008.

COORDINACIÓN PARA LR: DR JOSÉ ROSAS

P50. Tengo un paciente que presenta hipertrofia parotídea derecha y ojo derecho seco. ¿Debemos plantearnos el síndrome de Sjögren como posible causa?

El hecho de que su paciente presente afectación de glándula salival y ocular obliga a descartar el síndrome de Sjögren. Por tanto se aconseja estudio inmunológico adecuado (factor reumatoide, ANA y especialmente anti-Ro y anti-La). Sin embargo, es cierto que en esta enfermedad la forma de presentación suele ser bilateral. Por ello, ante la presencia de parotidomegalia unilateral se deben valorar otras causas, como la sarcoidosis y tumores tanto benignos como malignos, especialmente linfomas. Si hay dolor, se debe valorar la presencia de un cólico salivar por sialolitiasis. Ante la presencia de dolor y fiebre se pensará en la presencia de infección. Sin olvidar que si hay dudas, se deberá realizar ecografía y/o RNM parotídea e incluso biopsia dirigida para llegar al diagnóstico.

P51. Según su experiencia, ¿se obtiene el mismo beneficio con el tratamiento con ibandronato mensual que con el resto de los bifosfonatos semanales?

Si bien no se dispone de ensayos clínicos que comparen de forma directa a estos fármacos en pacientes con osteoporosis, el ibandronato mensual ha demostrado que es capaz de reducir el riesgo de nuevas fracturas vertebrales en el 50%. Esto supone una cifra similar a lo que ocurre con los bifosfonatos semanales, como el alendronato (reducción del riesgo de fractura vertebral: 48%) y risedronato (reducción del riesgo de fractura vertebral: 36%). Sin embargo, por el momento ibandronato mensual, aunque reduce el riesgo de fractura no vertebral un 34%, no ha demostrado la disminución del riesgo a nivel de cadera.

P52. ¿Se obtiene mayor beneficio con el tratamiento con duloxetina que con ISRS habituales en pacientes fibromiálgicas?

La duloxetina es un inhibidor dual, de la recaptación de serotonina (como los ISRS), pero también de la recaptación de la norepinefrina.

Si bien no hay estudios que comparen de forma directa ambos tipos de fármacos en el tratamiento de la fibromialgia, estos tratamientos cuentan con estudios que indican que

pueden ser de utilidad en esta enfermedad, aunque de forma moderada.

En un estudio realizado en 2004 en pacientes con fibromialgia, mejoraron de forma significativa global con el uso de duloxetina frente al placebo, utilizando el FIQ (cuestionario de impacto de la fibromialgia) aunque no se obtuvieron diferencias significativas en los índices de dolor a las 12 semanas de tratamiento.

P53. ¿En qué tipo de pacientes está indicada la terapia intraarticular con ácido hialurónico en lugar de la infiltración con corticoides?

Se considera que las infiltraciones con ácido hialurónico (habitualmente en la rodilla) están indicadas en pacientes con artrosis sintomática a pesar del tratamiento con analgésicos y/o AINE y en pacientes donde los AINE estén contraindicados. En diversos trabajos, se demuestra una disminución del consumo de AINE.

En varios estudios realizados no se demostró diferencias entre la infiltración con corticoides y con ácido hialurónico en cuanto a dolor y función en rodilla.

Es conveniente señalar que el tratamiento intraarticular con ácido hialurónico en artrosis moderada de rodillas se incluye en diversas guías

de práctica clínica (SER, ACR, EULAR), con grado de recomendación A y nivel de evidencia 1a. En ocasiones, especialmente en pacientes con artrosis y derrame articular mecánico, se administra corticoide intrarticular de forma concomitante a la administración de ácido hialurónico.

P54. ¿Tiene en realidad utilidad el aumento de dosis de vitamina D asociada al alendronato?

Se aconseja una toma diaria de al menos 800 UI de 25-OH-Vitamina D, que probablemente las necesidades pueden ser superiores en pacientes ancianos con osteoporosis.

La nueva presentación de alendronato semanal, incluye en el comprimido 5.600 unidades de Vitamina D, que equivale a la dosis diaria que se aconseja, pero en una toma semanal. Esta presentación puede ser útil, pues sabemos que la adherencia a la toma diaria de suplementos de calcio (muchos de ellos asociados a vitamina D) puede ser deficiente y variable, por intolerancia digestiva, estreñimiento, etc. Por tanto con esta dosificación y una vez a la semana se asegura una dosis adecuada de vitamina D. En estos pacientes con problemas se puede valorar ajustar la ingesta de calcio con la dieta.

P55. ¿Pueden afectarse las articulaciones interfalángicas distales en la artropatía psoriásica?

La artritis psoriásica aparece en menos del 10% de pacientes con psoriasis en la piel, con la misma frecuencia en hombres y en mujeres. En ocasiones puede aparecer la afectación articular antes que la cutánea.

La forma de presentación puede ser diversa, aunque predomina en el 40%-50% a las articulaciones interfalángicas distales y al esqueleto axial en forma de espondiloartropatía. Otras formas de presentación articulares incluyen artritis asimétrica, especialmente de grandes articulaciones; una forma simétrica parecida a la artritis reumatoide y las formas destructiva o mutilante.

P56. ¿Es útil la asociación de dos fármacos antirresortivos?

Hasta el momento, se dispone de estudios publicados utilizando 2 fármacos antirresortivos (tratamiento hormonal sustitutivo+alendronato, raloxifeno+alendronato), en los que efectivamente se consigue un mayor incremento de masa ósea con la combinación que con cada fármaco aislado, pero no hay datos que demuestren su efecto a nivel de reducir el riesgo de fracturas. No existen ensayos clínicos que evalúen estos términos de forma adecuada. Por otra parte, no hay que olvidar que al combinar fármacos, aumenta el costo del tratamiento y la posibilidad de efectos secundarios. Por tanto no se aconseja en la actualidad realizar este tipo de combinación.



CON LA COLABORACIÓN DE LA FUNDACIÓN RAMÓN ARECES Y LA FUNDACIÓN ABBOTT

El proyecto europeo “Fit for Work” analizará el impacto socioeconómico de las enfermedades reumáticas

El impacto laboral de las enfermedades reumáticas y las vías para contribuir a la mejora de la productividad y la calidad de vida de los pacientes que las padecen, es el objetivo del proyecto paneuropeo “Fit for Work”, en el que se han comprometido 24 países, y que en España será desarrollado por la Fundación Ramón Areces y la Fundación Abbott. Se trata de una iniciativa de The Work Foundation, fundación británica dedicada al estudio e investigación de los aspectos relacionados con la mejora de las condiciones laborales.

El análisis del proyecto “Fit for Work” se centrará especialmente en la repercusión de la artritis reumatoide, las espondiloartropatías, el dolor lumbar y los trastornos de articulaciones, músculos y tendones. Para el 15 de abril se ha fijado la presentación de un informe

Europeo en Bruselas. Las conclusiones del informe español en desarrollo se esperan para mediados de 2009.

LA CAUSA MÁS FRECUENTE DE INCAPACIDAD

Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades reumáticas son la causa más frecuente de incapacidad, de origen no mental, en el mundo. En España estas patologías están relacionadas con el 50,7% de las incapacidades laborales y son la principal causa de bajas laborales permanentes.

De acuerdo con los datos del estudio español EPISER, realizado por la Sociedad Española de Reumatología, el 22,6% de los españoles mayores de 20 años padece algún tipo de este grupo de enfermedades y más del 30% consulta anualmente al médico por problemas relacionados con estas patologías. Especial rele-

vancia tienen la artritis reumatoide y las espondiloartropatías, no tanto por sus respectivas prevalencias, sino por sus repercusiones sobre la calidad de vida de los pacientes y el deterioro progresivo que producen estas enfermedades.

Entre el 20% y el 30% de los pacientes con AR se convierten en incapacitados permanentes durante los dos o tres primeros años de la enfermedad, lo cual afecta a todos los aspectos de la vida del paciente, tanto el laboral como el personal y el familiar.

Algo similar sucede con los pacientes con espondiloartropatías y se estima que mientras que los pacientes con AR en España, estuvieron una media de 39 días de baja laboral en los últimos 6 meses, en los pacientes con espondiloartropatías, esta cifra sube hasta situarse en 46 días de baja durante los últimos 6 meses.

Reuma Update

actualización bibliográfica en Reumatología, inicia su andadura

La numerosa información bibliográfica que se genera en el entorno de la Reumatología dificulta al médico especialista mantenerse actualizado sobre la multitud de novedades científicas que se publican continuamente. Consciente de esta realidad, ha iniciado su

andadura el Proyecto ReumaUpdate, como un servicio "on line" de actualización bibliográfica en Reumatología, en el que participan un amplio número de reumatólogos españoles, en colaboración con Abbott Immunology y declarado de interés científico por la SER.

www.reumaupdate.com

El objetivo principal es facilitar la actualización bibliográfica periódica con las referencias más importantes en Reumatología, agrupándolas en cinco áreas:

- Artritis reumatoide
- Espondiloartropatías
- Conectivopatías
- Reumatología Pediátrica
- Investigación Básica Reumatológica

Además, permite acceder a un curso acreditado de formación continuada con 5,8 créditos, reconocidos por la "European accreditation council for CME" de la UEMS.

A continuación se muestra una selección de artículos comentados por expertos de la SER procedentes de ReumaUpdate.

ARTRITIS REUMATOIDE

UTILIDAD DE LAS IMÁGENES MEDIANTE RESONANCIA MAGNÉTICA (RMN) DE LA MANO VS LA DETERMINACIÓN DE ANTICUERPOS ANTIPÉPTIDO CÍCLICO CITRULINADO (CCP) PARA CONFIRMAR EL DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE ARTRITIS REUMATOIDE (AR) DE INICIO EN AUSENCIA DE FACTOR REUMATOIDE (FR) Y EROSIONES RADIOLÓGICAS.

Narváez J, Sirvent E, Narváez JA, Bas J, Gómez-Vaquero C, Reina D, Nolla JM, Valverde J. *Semin Arthritis Rheum* 2008;38:101-9.

Resumen: Estudio prospectivo en 40 pacientes con artritis indiferenciada en los que se comparan dos métodos para confirmar el diagnóstico de sospecha de AR en los que debido al tiempo de evolución (entre 6 semanas y 12 meses), así como a la ausencia de erosiones y FR, no se puede asumir un diagnóstico de certeza de AR. En todos los casos se determinó el título de CCP y se realizó RMN con contraste de la mano más sintomática.

Tras un año de seguimiento, en 31/40 pacientes se llegó a un diagnóstico final de certeza de AR. La sensibilidad en el caso de los CCP fue del 23 %, con una especificidad del 100 %. En el caso de la RMN estos porcentajes fueron: sensibilidad 100 % y especificidad 78 %. Aunque ambos estudios son complementarios, en aquellos pacientes con sospecha de AR de inicio sin FR ni erosiones radiológicas la presencia de sinovitis, erosiones o edema óseo en la RMN de la mano tiene mayor valor pronóstico que los CCP con el fin de confirmar el diagnóstico.

Comentario: En algunas ocasiones resulta francamente difícil emitir un diagnóstico de certeza de AR según los criterios de clasificación de la ACR. Así pues, aunque la sospecha clínica sea alta, en ausencia de erosiones y FR en pacientes con poco tiempo de evolu-

ción la confirmación del diagnóstico sólo es posible mediante el seguimiento a medio-largo plazo.

Este estudio compara la eficiencia de dos herramientas (RMN y determinación de CCP) que son de enorme utilidad en los casos de sospecha clínica de AR. Se incluyeron de forma prospectiva 40 pacientes mayores de 18 años con artritis indiferenciada de unos 4 meses de evolución (FR negativo, ausencia de erosiones en radiografías de manos, pies y muñecas).

Se realizó la determinación de CCP de segunda generación y RMN con gadolinio en la mano más afectada; prestando especial atención a la existencia de sinovitis, erosiones óseas, edema de médula ósea, tendosinovitis y/o entesitis. Para demostrar el diagnóstico de presunción de AR se siguió a todos los pacientes durante 1 año (12-42 meses). Tras este periodo se confirmó el diagnóstico de AR en 31/40 pacientes. En los otros casos el diagnóstico final fue: artritis psoriásica (1), síndrome antisintetasa (1) y artritis indiferenciada (5).

Los CCP fueron positivos en 7/31, lo que supone una prevalencia del 23%. Cabe destacar que en todos estos casos se llegó al diagnóstico final de AR y también en todos ellos se observaron erosiones en la radiología convencional a pesar del tratamiento. Al utilizar el criterio de

RMN se comprobó la sospecha de AR en 33/40, hubo 2 falsos positivos.

Cuando se compararon ambas técnicas para confirmar la sospecha de AR la sensibilidad de la RMN fue 100 % vs 23 % de los CCP; en cuanto a la especificidad en el caso de la RMN fue 78 % respecto al 100 % de la determinación de los CCP.

A pesar del tamaño limitado de la serie este trabajo nos muestra una mayor utilidad de la RMN sobre los CCP en artritis indiferenciada con sospecha de AR. Ambas técnicas deben introducirse en la práctica clínica diaria de forma complementaria, para así poder llegar a un diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad.

INFLUENCIA DE LA EDAD Y EL SEXO SOBRE EL DAS-28 EN LA ARTRITIS REUMATOIDE.

Radovits BJ, Franssen J, van Riel PL, Laan RF. *Ann Rheum Dis* 2008; 67:1127-31.

Resumen: Los autores realizan un estudio prospectivo en 553 pacientes con AR con la finalidad de analizar si la edad y el sexo influyen en el resultado del DAS-28. Encuentran que la elevación de la VSG con la edad solo influye sobre el DAS-28, sobreestimándolo, en los varones de mayor edad y con baja actividad de la enfermedad. Por tanto, en este grupo de pacientes la tasa de remisión clínica puede estar infraestimada. Un DAS-28 elevado tiene la misma interpretación independientemente de la edad y el sexo.

Comentario: Los autores parten de observaciones previas de que la VSG aumenta con la edad y quieren conocer la influencia que esto tiene sobre el DAS-28. Demuestran en su cohorte que efectivamente la VSG es más elevada en el grupo de mayor edad. Comentan como causas del incremento de la VSG con la edad, la comorbilidad asociada a la edad y la influencia de la anemia en la VSG. La anemia, además de ocurrir en la artritis reumatoide por actividad de la enfermedad, es más frecuente en las mujeres en edad fértil y disminuye con la edad, mientras que en los varones la prevalencia de la anemia aumenta con la edad. Hay que reseñar también como posible explicación del aumento de la VSG con la edad en estos pacientes, que

la población de >65 años tenía una media de seguimiento desde el diagnóstico de 2,9 años, es decir la enfermedad se había iniciado en edad avanzada en muchos de ellos.

Es conocido que la AR de comienzo en edades avanzadas tienen más frecuentemente FR (-), como de hecho se constató en esta cohorte, y cifras más elevadas de VSG. Analizaron a continuación la proporción que representa sobre el valor del DAS-28 cada una de las variables que lo componen, en función de la edad, el sexo y la actividad alta (DAS-28>3.2) o baja (DAS-28<3.2) de la enfermedad. Es interesante este análisis para determinar el peso de la VSG en el DAS-28 en los distintos grupos. En los pacientes con actividad moderada o severa, la VSG representó el 40% del valor del DAS-28, mientras que en los pacientes con DAS-28<3.2 este porcentaje fue mayor y aumentó con la edad en los varones. Se demostró por tanto la validez del DAS28, puede interpretarse igual en los distintos grupos de edad y sexo, en los pacientes con moderada o alta actividad de la enfermedad. Esto es importante ya que es en estos pacientes en los que hay que tomar decisiones terapéuticas, a menudo apoyándonos en la medición del DAS y en la respuesta EULAR.

Por el contrario, que en el grupo de varones de mayor edad con poca actividad clínica, la remisión clínica está infraestimada, probablemente no tenga grandes implicaciones en el tratamiento de estos pacientes.

COLAGENOPATIAS

ANTICUERPOS Y SU IMPORTANCIA EN MIOSITIS.

Targoff IN. *Curr Rheumatol Rep* 2008;10:333-40.

Resumen: Los autoanticuerpos en la PM/DM son una fuente de nuevos hallazgos, con una utilidad clínica evidente. La relación de los niveles de anti Jo1 con la actividad de la enfermedad, la reproducción de los procesos inflamatorios propios de la enfermedad en ratones inmunizados frente al antígeno Jo 1 o la detección de nuevos autoanticuerpos con implicaciones clínicas o histológicas, son solo algunos de los avances descritos en este interesante artículo.

Comentario: Targoff repasa la bibliografía publicada en los últimos 2 años respecto a los avances en autoinmunidad, en el campo de las miopatías inflamatorias. Pese a que reconoce que quedan muchas dudas por resolver y que existen diferencias metodológicas entre los trabajos (por ejemplo por las diferentes técnicas utilizadas para detectar los autoanticuerpos), los hallazgos son del máximo interés.

El anticuerpo anti-Jo 1 es el más prevalente entre los específicos, con mayor asociación con polimiositis que con dermatomiositis y supone un factor de riesgo evidente de neumonitis intersticial (42%-89%). Incluso, aparece en la cuarta parte de las fibrosis pulmonares idiopáticas. Es más un marcador de inflamación pulmonar que propiamente muscular, puesto que el 44% de los enfermos anti-Jo 1 positivos nunca desarrollarán miositis en su evolución.

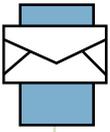
Dentro de las neumonitis, el tipo histológico más frecuente entre los pacientes con anticuerpos antisintetetasas es la intersticial inespecífica, con una clínica más aguda que la que se presenta en enfermos portadores de otro tipo de anticuerpos.

Los títulos de anti-Jo 1 se correlacionan con la actividad de la enfermedad y este autoanticuerpo puede jugar un papel importante en la etiopatogénesis, al reproducirse las manifestaciones de la enfermedad en ratones inmunizados.

Otro anticuerpo conocido por estar asociado a enfermedad agresiva es el anti SRP, con una histología más propia de una miositis necrotizante que de una inflamatoria.

Dentro de los nuevos anticuerpos (anti-PL 7, anti-Zo.), destacan los anti-p 155/140, marcador de dermatomiositis "floridas" (pápulas de Gottron, rash heliotropo, eritema flagelado...), formas juveniles de enfermedad y riesgo de malignización. Paradójicamente es un factor "protector" frente a neumonitis.

En definitiva se hace hincapié en las posibilidades futuras de estos anticuerpos para ayudar en el diagnóstico, el pronóstico y a establecer nuevas clasificaciones de enfermedad. Pero el escaso número de enfermos en las series es consecuencia directa de la escasa prevalencia de este tipo de conectivopatía.



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

DR. ANTONIO NARANJO HERNÁNDEZ HOSPITAL DR. NEGRÍN. LAS PALMAS DE GRAN CANARIA

LES, embarazo y desprendimiento de retina

Tengo 26 años, estoy diagnosticada de lupus eritematoso sistémico y además embarazada de 16 semanas. La enfermedad la tenía controlada pero hace unos días he comenzado con artritis y problemas de visión ocular. Tras acudir al oftalmólogo, me diagnosticó de desprendimiento de retina y me suspendió el tratamiento con la hidroxycloquina que tomaba ya hace años. Aunque mi reumatólogo me vigilaba una vez al año la visión, tengo entendido que la hidroxycloquina no tiene este tipo de efecto secundario por lo que me gustaría que me clarificase si necesito suspenderla, puesto que este medicamento me controlaba la enfermedad y se que es seguro durante el embarazo.

Rosa O. A Coruña

Los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) y otras enfermedades inflamatorias reumáticas siempre pueden constituir un problema a la hora del embarazo. Sin embargo, si se realiza de forma planificada y se monitoriza a los pacientes durante la gestación, el riesgo siempre se minimiza.

Durante el embarazo los antipalúdicos (cloroquina o la hidroxycloquina) pueden utilizarse sin problemas ya que no constituyen ningún problema en términos de toxicidad para el feto. Es bien conocido que la hidroxycloquina aunque en menor frecuencia que la cloroquina puede causar toxicidad ocular; en concreto puede ocasionar una retinopatía que se caracteriza en los casos más extremos por atrofia retiniana y del nervio óptico.

El LES, si está activo, puede ocasionar también hasta en un 10% de los casos retinopatía más o menos grave según el grado de afectación de la retina.

El caso que usted nos comenta es realmente complejo para contestar a distancia y exige una colaboración directa entre su reumatólogo y oftalmólogo, puesto que existen preguntas a las que es necesario contestar. La primera será conocer si el desprendimiento de retina tiene una base local, es decir ¿tiene usted algún problema ocular que pueda predisponerla a padecer esta afección? (por ejemplo, si es usted miope). En segundo lugar habrá que valorar si el LES está lo suficientemente activo para justificar el desprendimiento de retina por actividad. En tercer lugar, es preciso conocer

las revisiones previas ocu- lares como control del tratamiento con la hidroxyclo- roquina: si previamente no había lesiones retinianas, será bastante improbable que la hidroxycloquina haya producido el despren- dimiento.

Por otra parte, en fun- ción de lo que usted nos comenta, es obligado con- trolar la actividad del LES. Sobre la base de lo expues- to, su oftalmólogo y reu- matólogo decidirán lo más apropiado para usted, teniendo en cuenta además el embarazo actual.

**Dr. José Luis
Fernández Sueiro**

Tratamiento con Arava y riesgo para el embarazo

Tengo 28 años y mi marido tiene artritis reumatoide. Hace unos meses le han cambiado el tratamiento y toma Arava. Ahora que está mejor, nos gustaría pla- near un embarazo, pero el reumatólogo ya nos ha dicho que para eso debe dejar el fármaco un tiempo. Nos gustaría saber cuánto tiempo debe estar mi mari- do sin tomar el Arava para que me pueda quedar embarazada sin riesgo.

**M^a Luisa (remitida a la
web de la SER)**

Tengo 31 años y padezco de artritis reumatoide. Tomo un fármaco desde hace 1 año que se llama Arava y me va bien, aun- que al principio me produ- jo diarrea y perdí peso. He estado esperando para tener hijos y ya me he deci- dido. Sé por mi reumatólo- go que para intentar que- darme embarazada debo dejar este fármaco porque puede provocar problemas al niño. Me gustaría saber cuánto tiempo debo estar sin tomarlo para que no haya ningún riesgo.

Angela S. Albacete

Hemos agrupado las dos preguntas por ser simi- lares para su contestación.

La leflunomida (el nombre comercial es Arava®) es un fármaco de primera línea actual para el tratamiento principalmen- te de la artritis reumatoide y de la artritis psoriásica. Está claramente contrain- dicado su uso durante el embarazo, puesto que se ha demostrado en estudios en animales que presenta un efecto teratogénico en el feto provocando malfor- maciones. De hecho, antes de iniciar el tratamiento en mujeres en edad fértil, se aconseja realizar una prue- ba de embarazo y durante el tratamiento las pacientes deben utilizar un método anticonceptivo seguro.

Por otra parte, al dejar el fármaco se pueden

detectar niveles del medicamento en sangre y de sus metabolitos alrededor de 2 años, por lo que es un riesgo en un posible embarazo o ante la presencia de un embarazo. Para retirar el fármaco de nuestro organismo se realiza un "lavado" o expulsión del mismo utilizando un medicamento por vía oral, llamado colestiramina, que produce el vaciamiento del fármaco. Se administra la colestiramina (2 sobres de 4 gramos disueltos en agua cada 8 horas, durante 11 días). Posteriormente se comprueba que se ha producido con éxito el lavado, midiendo que los niveles en sangre de A77 1726 se encuentren por debajo de 0.02 mcg/mL. Si se detectan niveles superiores, se debe realizar un segundo lavado a los 15 días, con la misma dosis de colestiramina también durante 11 días. Se sabe que hay una respuesta individual y también que depende del sexo.

Ante la presencia de un embarazo en una paciente en tratamiento con leflunomida, se debe realizar cuanto antes el lavado descrito. Con respecto a sus preguntas, sobre el tiempo que hay que esperar para un embarazo, un vez que se ha comprobado que el lavado ha sido un éxito, es de un mes y medio en mujeres y de 3 meses en los varones.

Dr. José Rosas

Dieta y artritis reumatoide

Tengo 56 años y me han diagnosticado hace 1 año una artritis reumatoide.

He oído que algunas dietas pueden ser beneficiosas para mí. Me han hablado de una dieta sin productos lácteos que ha resultado muy beneficiosa en algunas personas con enfermedades reumáticas. Me gustaría conocer su opinión.

R. Sanz. Valencia

En términos generales tenemos pocos estudios en los que apoyarse para afirmar que una dieta especial puede ser beneficiosa para el curso de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide de inicio reciente. Se han realizado más estudios en pacientes con enfermedad de más larga evolución, si bien son de difícil interpretación. Hay algún trabajo que ha mostrado algún beneficio con una dieta rica en ácidos grasos omega-3. La dieta mediterránea puede mejorar algún aspecto de la enfermedad. Los beneficios son transitorios y además las dietas son tan estrictas que son difíciles de seguir.

Por otra parte no se recomienda seguir dietas que supongan una restricción importante de determinados alimentos. En su caso, una dieta pobre en productos lácteos no se ha demostrado que sea beneficiosa para su enfermedad, y sí en cambio puede producir un déficit de calcio que puede ser muy perjudicial para la mineralización de sus huesos.

Dr. José Ivorra

Buzón para el reumatólogo

Enviar las consultas a losreumatismos@ser.es

¿Pueden los pacientes con lupus eritematoso sistémico realizar depilación por láser?

Los pacientes con lupus eritematoso sistémico se caracterizan por tener aumento de sensibilidad a la luz, es lo que denominamos fotosensibilidad. La fotosensibilidad puede conducir a la aparición de lesiones en la piel, pero en ocasiones también a un brote de lupus en toda regla. Es por ello que como norma general los pacientes con lupus deben evitar exponerse al sol, tener en cuenta la vestimenta y usar con frecuencia cremas fotoprotectores.

Cada vez son más los hombres y mujeres que se deciden por el láser como método depilatorio. Cuanto más grueso y oscuro es el pelo y más blanca la piel, mejores serán los resultados, aunque nadie piense que el láser es la panacea. Pero ojo con la fotodepilación; si va a pasar por un tratamiento de este tipo el paciente debe ser valorado de forma integral por un médico especialista teniendo en cuenta los antecedentes, así como las contraindicaciones de la técnica. En pacientes con lupus se hacen aún más necesarias estas advertencias.

Y es que no todos los pacientes son iguales y hay

quien puede poner en juego su salud por un motivo estético. De hecho, hay mujeres en las que el láser está contraindicado, como los pacientes diabéticos mal controlados, las personas con fotosensibilidad y los casos de inmunodepresión. También está contraindicado en personas con fiebre o herpes recidivante y en los que tienen problemas de coagulación de la sangre.

Uno de los factores que pueden estimular un lupus es la luz y actualmente no disponemos de estudios sobre las consecuencias de la luz láser en pacientes con lupus. Tampoco existen guías oficiales ni recomendaciones al respecto.

Como norma general, está contraindicada la depilación láser en pacientes con lupus, si bien en casos muy concretos, en los que se aplique la técnica en zonas restringidas y con un número limitado de sesiones, podría valorarse la aplicación de la técnica por parte del médico.

En conclusión, la depilación láser no se aconseja a los pacientes con lupus sistémico salvo en circunstancias muy concretas y siempre tras valoración detenida por el médico. Por lo tanto, la recomendación para estos pacientes es usar preferentemente las formas de depilación tradicionales.

Dr. Antonio Naranjo Hernández

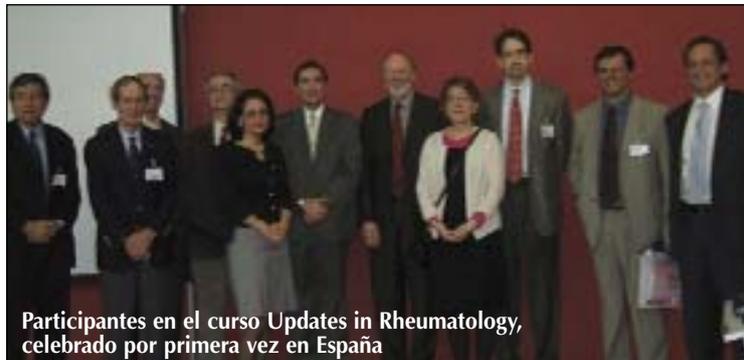
DESTACARON LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO PRECOZ Y EL CONTROL DE LOS RIESGOS CARDIOVASCULARES DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Cada vez más cerca de los marcadores de respuesta al tratamiento en AR

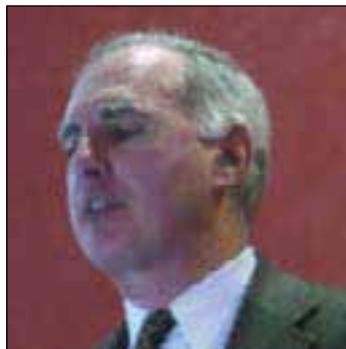
La determinación de genes asociados a la artritis reumatoide ha sido uno de los hallazgos más importantes de los últimos años, y se espera que en cinco o diez años se hayan identificado los marcadores genéticos o biológicos que indiquen una respuesta al tratamiento, "de esta forma evitaremos el sistema actual por el que iniciamos la terapia con un fármaco, esperamos respuestas y si no se alcanza la deseada, recurrimos a otro". Así lo ha señalado Michael Weinblatt, Director Asociado del Centro para la Artritis y Enfermedades Articulares de Boston, y profesor de la Universidad de Harvard, que ha participado en España en el curso Updates in Rheumatology, celebrado en San Lorenzo de El Escorial, con el apoyo de Wyeth. El curso, coordinado por el profesor Dwingt Robinson, Director de la Unidad de Reumatología Clínica del Hospital General de Massachussets, en Boston, ha contado con profesores de las escuelas de medicina de Harvard, Johns Hopkins, Cornell & Dartmouth.

Según el profesor Michael Weinblatt, un tercio de los pacientes con artritis reumatoide responde muy bien desde el principio al tratamiento con metotrexate. Si no hay respuesta adecuada, se aumenta la dosis o se cambia la vía de administración a subcutánea, y si así se detectan resistencias, se recurre a los biológicos, cuya seguridad y eficacia ha quedado demostrada en los últimos diez años.

Según este experto, hasta el momento ningún estudio ha aportado pruebas fehacientes sobre la supe-



Participantes en el curso Updates in Rheumatology, celebrado por primera vez en España



Profesor Michael Weinblatt, Director Asociado del Centro para la Artritis y Enfermedades Articulares de Boston, y profesor de la Universidad de Harvard.

rioridad de uno u otro fármaco, y señaló que incluso en los pacientes sin respuesta a los anti-TNF existen otras opciones terapéuticas.

Los expertos han señalado en este curso la importancia del diagnóstico precoz y el control de los riesgos cardiovasculares asociados a los pacientes con artritis.

CURSOS EN EUROPA

La Universidad de Harvard lleva varios años realizando cursos de actualización y desde hace poco



Profesor, Dwingt Robinson, Director de la Unidad de Reumatología Clínica del Hospital General de Massachussets, y coordinador del Curso.

tiempo se han comenzado a celebrar también en Europa, con el objeto, según el coordinador del curso, el profesor Dwingt Robinson, "de trasladar la experiencia de los especialistas de Harvard a colegas de otros países". En España se celebró del 6 al 7 de febrero en San Lorenzo de El Escorial.

El Curso contó con una "Discusión de casos clínicos" en la que participaron los reumatólogos españoles, Raimon Sanmartín, Víctor Martínez Taboada y Santiago Muñoz.

El gasto sanitario anual de la artrosis de rodilla y cadera supera los 4.000 millones de euros



Dres. Loza, Carmona, Zarco y García de Vicaña, en la presentación de los datos de ArtRoCad

La artrosis afecta a cerca de 7 millones de españoles y el coste medio anual por paciente es de unos 1.502 euros, lo que supone un coste total de 4.738 millones de euros al año (equivalente al 0,5% del PIB) para tratar la artrosis de rodilla y de cadera, según el estudio ArtRoCad, desarrollado por la Sociedad Española de Reumatología (SER) y la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN), que ha contado con el apoyo de Laboratorios Lacer.

Los resultados de este estudio, en que han participado como investigadores principales los doctores Enrique Batllé-Gualda, de la Unidad de Reumatología del Hospital General Universitario de Alicante, y Emilio García Criado, médico de Familia del Centro de Salud de El Carpio de Córdoba, han sido publicados en *Arthritis Care & Research*.

"Estas cifras revelan que en España el coste de la artrosis está muy por encima de lo que debería", ha señalado la Dra. Rosario García de Vicaña, presidenta de la SER. "Además, -ha añadido- esta situación va a empeorar con los años, ya que se espera que la prevalencia de la artrosis se incremente en los países desarrollados debido al aumento de la esperanza de vida y al hecho de que esta enfermedad afecta, sobre todo, a las personas mayores." En la actualidad, en España

la artrosis globalmente presenta una prevalencia superior al 15%, lo que significa que la padecen aproximadamente 6.800.000 personas.

En opinión de la Dra. Estíbaliz Loza, colaboradora de la Unidad de Investigación de la Fundación Española de Reumatología y coautora del estudio, "la importancia de este trabajo radica en que evalúa no sólo el gasto que la artrosis le supone al Estado, sino también los costes que el paciente debe asumir directamente".

Algunos factores que influyen en estos costes, como la edad, no pueden ser modificados, pero otros sí. "Los que más gastos consumen -ha señalado la doctora Loza- son los más graves, por lo que debemos intentar que no lleguen a este extremo de la enfermedad con una educación temprana, insistiendo en unos hábitos de vida más saludables."

La Dra. Loreto Carmona, directora de la Unidad de Investigación de la Fundación Española de Reumatología y también coautora del estudio, ha subrayado que según ArtRoCad los mayores costes de esta enfermedad están asociados a pacientes que presentan comorbilidad. "Si se trabaja para mantener controladas otras enfermedades como la hipercolesterolemia, la salud vascular, etc. o se reduce la depresión que puede estar padeciendo esa persona, se mejorará al

mismo tiempo la carga económica de la artrosis", ha afirmado.

EL 86% SON COSTES DIRECTOS

Según estos expertos, el coste económico también se ve incrementado cuanto mayor es la severidad clínica y radiológica de la artrosis, y también en el grupo de pacientes que no están jubilados, porque generan más coste por bajas laborales.

Según los resultados del estudio, el 86% del total de los costes son directos. La mayor parte del presupuesto se destina a los costes médicos (47%), sobre todo al tiempo de visita a los especialistas (22%) y a los ingresos hospitalarios (13%). Los fármacos, sin embargo, suponen solamente el 5% (es una enfermedad que se trata básicamente con analgésicos y ejercicio). En cuanto a los costes no médicos, el 39% se destina a las ayudas en el domicilio (29%) y a las ayudas sociales.

DATOS RECOGIDOS POR ATENCIÓN PRIMARIA

El estudio ArtRoCad ha contado con la participación de 1.071 pacientes (74% mujeres con una media de edad de 71 años). Se incluyeron en la investigación pacientes mayores de 50 años con artrosis sintomática y radiológica de rodilla y cadera y que fueron atendidos en Atención Primaria (AP).

La ecografía es un método diagnóstico rápido, eficaz y de coste reducido

Pese a que la ecografía en Reumatología es una disciplina joven (sólo hace 10 años que se comenzó a introducir en España), ya se ha convertido en un instrumento fundamental para la investigación y la contribución al diagnóstico, según ha explicado la doctora Esperanza Naredo, coordinadora de la Escuela de Ecografía de la SER.

Sin embargo, existe desigualdad en el acceso a la imagen "porque las técnicas son novedosas y evolucionan tan rápido que no todos los hospitales las tienen ni cuentan con reumatólogos formados en un nivel avanzado y con un buen entrenamiento", ha añadido el doctor Eugenio de Miguel, profesor de la Escuela.

Para mejorar la formación de los profesionales, la Sociedad Española de Reumatología celebrará hasta octubre 22 cursos de Ecografía del Aparato Locomotor en diversas ciudades de España. Estos cursos, de diferentes niveles -introducción general, básico general, avanzado, intermedio, introducción residentes y básico residentes-, han comenzado ya en Barcelona, Madrid y Sevilla.

Con estos cursos podrán formarse en esta técnica cada año alrededor de un 15% de los socios. Como novedad, este año se van a poder realizar cursos "on-line" como continuación de la formación presencial. Una vez finalizado el curso in situ, los alumnos tendrán la oportunidad de seguir enviando imágenes "on-line" a sus tutores y compañeros con el objetivo de discutir sobre

La SER organiza este año 22 cursos de Ecografía del Aparato Locomotor en diversas ciudades de España

ellas y avanzar en su estudio. "Se trata de una iniciativa muy importante porque dota de continuidad a la formación recibida de forma presencial", ha señalado el doctor De Miguel.

Doctora Naredo, coordinadora de la Escuela de Ecografía: "Hay que incrementar y generalizar el uso de la ecografía en Reumatología"

LA ECOGRAFÍA, UNA TÉCNICA EN CONSTANTE AVANCE

En los últimos 2 ó 3 años se ha mejorado enormemente la calidad de imagen de los instrumentos y, además, ha explicado la doctora Naredo, se ha reducido su coste, de forma que su uso se está generalizando y se está logrando una mayor eficacia. Aún así, "y pese a que el 90% de los hospitales tiene ecógrafo, sería

deseable un ecógrafo por reumatólogo en todos los servicios. Hay que mejorar el acceso a este tipo de imagen, y se puede hacer, porque para el diagnóstico diario no hay que contar con ecógrafos de alta calidad, con los de media es suficiente".

Otro elemento que hay que mejorar en el ámbito de la ecografía según esta experta, es la investigación. "En España no existe suficiente investigación en ecografía. En mi opinión, los reumatólogos que hacen imagen deben dedicar más tiempo a investigar."

Con respecto a la ecografía en tres dimensiones, el doctor De Miguel ha afirmado que es "lo que está por llegar, pero aún no hay una enseñanza lo suficientemente difundida porque las técnicas no están estandarizadas y hay pocos aparatos en el mundo, aunque en España estamos por encima de la media en cantidad de aparatos".

La ventaja de este tipo de ecografía reside en que evita en parte la variabilidad de la exploración y conserva toda la información recogida para un estudio posterior. "Antes se cogían cortes de 1 mm y ahora se pueden obtener de 2 ó 3 cm y se mantienen almacenados para realizar un análisis posterior. Es como comparar una radiografía, que es una imagen plana, con un TAC. Además, se pueden sobreponer los diferentes cortes para hacer el estudio." En su opinión, el uso de esta técnica estará generalizado en unos años, "aunque primero hay que estandarizar las técnicas".

El Programa Esperanza es una iniciativa de la Fundación Española de Reumatología (FER), financiada por Wyeth, que fue aprobada por la Comisión de Investigación de la Sociedad Española de Reumatología (SER) en el 2007, por el que se crearon las unidades asistenciales de pacientes con espondiloartritis, y lo hacía con vocación de persistencia en el tiempo.

Ahora se abre la II convocatoria de solicitud de ayudas para el desarrollo de programas de investigación. Está destinada a los socios numerarios de la SER, quienes deberán enviar las solicitudes y la restante documentación antes del 31 de mayo.

El programa nació con el objetivo de disminuir el retraso en el diagnóstico de la espondiloartritis, una enfermedad inflamatoria crónica que afecta fundamentalmente a las articulaciones de la columna vertebral. Éstas tienden a soldarse entre sí y provocan una limitación de la movilidad que repercute en una falta de flexibilidad de la columna, la cual acaba rígida y fusionada. En España, cerca de 400.000 personas padecen esta enfermedad, que afecta especialmente a hombres de entre 20 y 30 años. Sólo en el primer año, gracias a este programa se consiguió detectar y derivar a unidades de reumatología a

II CONVOCATORIA DE SOLICITUD DE AYUDAS PARA EL DESARROLLO DE PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN

Programa ESPeranza

casi 300 pacientes que podrían sufrir la enfermedad. Sin estas actuaciones específicas, es posible que estos enfermos hubieran estado una media de cinco a siete años sin diagnosticar.

INVESTIGACIÓN DE CALIDAD EN ESPONDILITIS DE INICIO

El objetivo de la II convocatoria es fomentar la investigación de calidad en la espondilitis de inicio, mediante la financiación de proyectos de investigación a los que se otorgará la categoría de Proyectos FER y que, por tanto, serán apoyados por la Unidad de Investigación de la FER. Esta convocatoria se realiza de acuerdo con los principios de objetividad, concurrencia competitiva y publicidad.

Las propuestas de investigación deben versar sobre la espondilitis de inicio. Pueden referirse a cualquier aspecto de las espondilitis (descriptivo, factores de riesgo, etiopatogenia, evaluación, gestión, tratamiento) y de cualquier tipo de espondilitis (anquilo-

sante, psoriásica, indiferenciada, etc).

La duración de los proyectos será de un máximo de 2 años. La cantidad total destinada a esta convocatoria de 100.000 €.

Se deberá presentar un presupuesto del estudio que deberá contemplar todos los aspectos de la investigación que se deriven del mismo a discreción del equipo investigador, (incluida la recogida de datos, pagos a colaboradores, petición de pruebas, análisis, etc).

El Proyecto ESPeranza cuenta con un comité científico y gestor, integrado por los doctores Eduardo Collantes (presidente del comité científico), Santiago Muñoz, Pedro Zarco, Eugenio de Miguel, Juan Mulero, Javier Rivera, Loreto Carmona y el Dr. Rudwaleit (asesor científico externo).

Pueden encontrar las bases de esta convocatoria, así como las plantillas de la documentación a presentar, en la web de la SER (investigación, proyectos).

DopanningSER es una aplicación virtual que permite acceder a determinadas secciones de la SER, sobre todo aquellas concernientes a la interactividad sociedad-socio. Pero probablemente, lo más importante de esta aplicación es el hecho de que los usuarios pueden formar grupos de trabajo o foros de discusión, coordinados por un sólo socio y con participación restringida a la funcionalidad del mismo, de tal forma que se eviten los envíos masivos de correos electrónicos y con la posibilidad de disponer de un espacio común donde colgar documentación compartida.

Permite la creación de grupos de trabajo "on-line". Estos grupos, cerra-

DopanningSER, una nueva aplicación virtual de gestión

dos y cuyos componentes comparten un interés común relacionado con la reumatología, se dividen por áreas de interés dentro de la especialidad. Permite, en un entorno cerrado de usuarios, la discusión y el intercambio de opiniones y ficheros.

Pueden acceder todos los socios de la SER tras la cumplimentación de un cuestionario y la aceptación de su solicitud por parte del administrador de la herramienta. El alta y acceso a DopanningSER es gratuito.

Para poder formar parte de DopanningSER y utilizar todas las herramientas que este programa ofrece, hay que enviar un correo electrónico a la dirección raffaella.diorio@ser.es en el que se especifique: Nombre del grupo que se desea crear, datos del coordinador del grupo (nombre, apellidos y dirección de correo electrónico), datos de los miembros del grupo (nombre, apellidos y dirección de correo electrónico de cada uno de los componentes).



El doctor Francisco J. Blanco, nuevo presidente del Comité de Investigación y Formación de la OARSI

El reumatólogo Francisco J. Blanco, coordinador del Área de Investigación del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, director científico del Instituto de Investigación Biomédico de A Coruña (INIBIC) y portavoz de la Sociedad Española de Reumatología (SER), acaba de ser nombrado presidente del Comité de Investigación y Formación de la Sociedad Internacional de Investigación en Artrosis (OARSI en sus siglas en inglés).

La OARSI es la mayor organización científica internacional para médicos y profesionales sanitarios enfocada a la promoción y el fomento

de la investigación clínica y básica de la artrosis, con el objetivo de mejorar su prevención y tratamiento. Esta asociación se encarga también de la difusión en el ámbito internacional de los resultados obtenidos para permitir un mayor conocimiento de esta enfermedad reumática y su abordaje.

El Dr. Blanco es el único español en la junta directiva de la OARSI y el primer español en alcanzar este puesto. Desde su nuevo cargo dirigirá todas las iniciativas en el ámbito de la investigación generadas desde esta Sociedad en todo el mundo y de coordinar todas las actividades formativas.

Entre las primeras iniciativas que va a llevar a cabo el doctor Blanco en la OARSI destaca la acreditación de centros para formar investigadores en artrosis, con la posibilidad de rotación entre sus miembros, y también la convocatoria de becas para investigadores y estudiantes que quieran asistir a estos centros de investigación acreditados.

El Dr. Francisco J. Blanco (1963) es licenciado en Medicina y Cirugía General por la Universidad de Santiago de Compostela, especialista en Reumatología y doctor en Medicina por la Universidad de A Coruña.

Artroimagen, primera comunidad virtual en enfermedades del aparato locomotor

Los profesionales vinculados al abordaje médico y quirúrgico del aparato locomotor ya disponen de una pionera herramienta virtual denominada Artroimagen, que les permitirá mejorar el manejo del paciente con problemas osteoarticulares, les facilitará su correcto diagnóstico y reducirá el número de consultas y pruebas innecesarias.

Esta innovadora aplicación web 2.0, que permite mostrar los diferentes aspectos que puede presentar cualquier enfermedad del sistema óseo y articular, ha sido desarrollada por un grupo de expertos en la materia, los doctores Pere Barceló, jefe de Reumatología del Hospital Universitari Vall d'Hebron y presidente de honor de la Sociedad Española de Reumatología; Enric Cáceres, jefe de la Unidad de Raquis Institut Universitari Dexeus,

jefe de Servicio del Hospital del Mar y presidente de la SECOT (Sociedad Española de Cirugía Ortopédica y Traumatológica) y Xavier Alzaga, adjunto de la Unidad de Reumatología del Hospital Universitari Vall d'Hebron, con la colaboración de la compañía biomédica Pfizer en su compromiso con la innovación para la mejora de la práctica clínica.

MÁS DE 1.000 IMÁGENES DE CASOS CLÍNICOS

Artroimagen ofrece a los facultativos más de 1.000 imágenes correspondientes a casos clínicos reales derivados de la práctica diaria que permitirán a los médicos de atención primaria sin conocimiento especializado en el aparato locomotor ampliar su formación en este campo de enfermedades. Estas patologías presentan la prevalencia

más alta en la consulta de atención primaria, después de las cardiovasculares y las psiquiátricas. Según el doctor Cáceres, "el 70% de la población ha consultado alguna vez en su vida a su médico de atención primaria en relación con una patología osteoarticular".

Asimismo, Artroimagen contribuirá a disminuir el gasto sanitario puesto que "la mejora del diálogo entre el médico especialista y el médico de atención primaria aumenta el porcentaje de acierto del diagnóstico y evita consultas y pruebas innecesarias", continúa el doctor Cáceres.

Para el doctor Barceló, el valor de esta plataforma es su función de formación continuada. "Consultando este archivo fotográfico, los profesionales aprenden a través de la imagen y se entrenan mediante su reconocimiento.

Informe publicado en "Annals of the Rheumatic Diseases"

Los datos sobre adalimumab (Humira) avalan la seguridad de su uso a largo plazo en seis diferentes enfermedades

El sólido perfil de seguridad de adalimumab (Humira) en todas las indicaciones aprobadas para el producto, es la nota destacada en el informe sobre seguridad global del anti-TNF de Abbott, que ha publicado el 15 de enero 2009, en su formato "on-line", la revista ARD (Annals of the Rheumatic Diseases), publicación oficial de la EULAR.

La trascendencia de los datos de seguridad generados por este análisis proporciona a los médicos nueva información para enriquecer sus discusiones sobre beneficio-riesgo con los pacientes

El artículo, "Adalimumab safety and mortality rates from global clinical trials of six immune-mediated inflammatory diseases" está firmado por un equipo internacional que encabeza el Dr. G.R. Burmester (Charité-University Medicine Berlin, Free University and Humboldt University of Berlin).

Se trata de la más completa revisión global sobre seguridad de un antagonista del TNF en sus

seis indicaciones aprobadas. El informe se ha basado en los 10 años de experiencia con análisis clínicos en seis enfermedades: artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn, psoriasis y artritis idiopática juvenil.

Según indican los autores en sus conclusiones, "los datos presentados sobre adalimumab en este informe avalan la seguridad de su uso a largo plazo y en pacientes de seis diferentes enfermedades inflamatorias autoinmunes. Dada la eficacia probada y los beneficios sustanciales de adalimumab en dichas patologías, el riesgo de la terapia debe ser sopesado frente al riesgo de una enfermedad inflamatoria incontrolada y sus secuelas a largo plazo.

La trascendencia de los datos de seguridad generados por este análisis proporciona a los médicos nueva información para enriquecer sus discusiones sobre beneficio-riesgo con los pacientes".

MORBI-MORTALIDAD SIMILAR A LA POBLACIÓN GENERAL

El objetivo del trabajo fue analizar la seguridad de adalimumab en la artritis reumatoide a lo largo del tiempo, y también en otras cinco enfermedades inflamatorias autoinmunes, y comparar los índices de morbilidad y mortalidad de adalimumab con los datos de la población general.

El análisis incluyó a 19.041 pacientes tratados con adalimumab

en 36 ensayos clínicos globales sobre las seis citadas patologías.

De acuerdo con los resultados, las tasas acumulativas de eventos adversos serios de interés en artritis reumatoide han permanecido estables a lo largo del tiempo. Los índices de eventos adversos serios de interés en artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn, psoriasis y artritis idiopática juvenil fueron similares o menores que los índices para

Los índices de eventos adversos serios de interés en artritis psoriásica, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn, psoriasis y artritis idiopática juvenil fueron similares o menores que los índices para artritis reumatoide

artritis reumatoide. Los índices globales de morbilidad para los pacientes tratados con adalimumab fueron similares a los previsibles para la población general, y del mismo modo ocurrió con las tasas de mortalidad.