

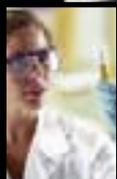
Patología Reumatológica ESA GRAN DESCONOCIDA

Publicación Oficial de la Sociedad Española de Reumatología



ENTREVISTA

Dra. Estíbaliz Loza:
"La Reumatología era la única
asignatura con la que disfrutaba
estudiando"



REPORTAJE

Factores pronósticos en
el Lupus Eritematoso Sistémico



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.
IMPRESIÓN, DISEÑO Y MAQUETACIÓN

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:

Imprenta Narcea

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 ■ Faes Farma

Informar para salir del círculo vicioso

Pese a la variedad y complejidad de las más de doscientas enfermedades reumáticas, existe un denominador común para todas ellas, que la inmensa mayoría de los españoles parece tener muy claro: el gran impacto que estas patologías producen en la vida laboral de los afectados, en una escala que va desde la reducción de la capacidad para el trabajo hasta incluso la incapacidad laboral permanente.

Así lo pone de relieve el estudio que actualmente se desarrolla simultáneamente en 24 países europeos y en el que, por parte española, participan como sociedades científicas la Sociedad Española de Reumatología y el Foro Español de Pacientes.

Como afecciones más comunes, el estudio destaca la lumbalgia, la artrosis de rodilla y de mano, la osteoporosis y la artritis reumatoide.

Pero junto a esta constatación del deterioro laboral causado por las enfermedades reumáticas, coexiste todavía un gran desconocimiento sobre ellas y a día de hoy persisten falsos mitos, como que frente a las mismas no hay nada que hacer o que sólo afectan a personas mayores, como ha destacado la doctora Rosario García de Vicuña, presidenta de la SER. Por desgracia, no se trata de una cuestión banal, desde el momento en que tal ignorancia, en especial en lo que se refiere a los síntomas, puede retrasar peligrosamente el diagnóstico y, consiguientemente, el tratamiento adecuado que podría detener o incluso revertir el proceso de la enfermedad, evitando el daño estructural de las articulaciones, la disminución de la calidad de vida y el aumento del gasto sanitario. Desde su privilegiada atalaya del Foro Español de Pacientes, el doctor Albert Jovell ha lanzado también un toque de atención en este sentido sobre las políticas sanitarias en vigor. Estaríamos ante un círculo vicioso donde nos enfrentamos a una falta de mentalización social, determinada porque el diagnóstico precoz de estas enfermedades no se ha establecido como prioridad en los planes de salud, y viceversa.

En conexión con lo expuesto, y como no podía ser menos, el estudio "Conocimiento de la población española en enfermedades reumáticas" destaca el hecho de que uno de cada dos entrevistados se considera mal o muy mal informado, en particular acerca de sus efectos secundarios, lo que pone en relieve la necesidad de desarrollar más campañas dirigidas a la población sobre este tipo de enfermedades.

**Junto a un gran
desconocimiento
sobre ellas, la
mayoría de la
población tiene
claro el impacto
que las patologías
reumáticas
producen en la
vida laboral**

**Nos enfrentamos a
una falta de
mentalización,
porque el
diagnóstico precoz
no se ha
establecido como
prioridad en los
planes de salud**



Nuestra Portada

Junto a la constatación generalizada del gran impacto que en la vida laboral causa la patología reumatológica, el presente número de "Los Reumatismos" pone asimismo de relieve a través de varios estudios en marcha el desconocimiento que gran parte de la población presenta sobre estas dolencias. Insistir en el despliegue de campañas de mentalización social y política parece la fórmula más plausible para salir del círculo vicioso.

La amena entrevista con la doctora Estibáiz Loza, de la Unidad de Investigación de la SER, y el interesante y esclarecedor enfoque del doctor Jaime Calvo Alén sobre "Factores pronósticos en el Lupus Eritematoso Sistémico" completan los argumentos de esta portada.

1 Editorial
Informar para salir del círculo vicioso

3 Entrevista
"La Reumatología era la única asignatura con la que disfrutaba estudiando"

9 **II Simposio Dolor**
Estrés crónico y dolor:
una perspectiva hormonal
11 Síndrome miofascial, un gran desconocido
12 Aspectos cognitivos y emocionales del dolor

13 Estudio "Fit for Work"
El 90% de los españoles considera que las enfermedades reumáticas tienen un...

16 Reportaje
Factores pronósticos en el LES

27 Sociedades Autonómicas
Sociedad Valenciana · Andalucía ·
Sociedad Castellano Leonesa · Canarias...

31 Bibliografía
Artritis psoriásica,
artrosis...

37 Reumaconsult:
Osteoporosis,
epicondilitis...

38 Reuma Update
Actualización bibliográfica en
Reumatología

40 Los pacientes preguntan
Enfermedad de Takayasu: ¿es hereditaria?,
¿contagiosa?

43 Noticias SER
La Dra. Loreto Carmona, presidenta del
Comité Científico de EULAR 2010

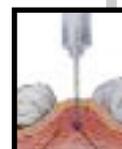
44 El 83% de los pacientes no sabía qué era
la AR

45 Nuevos Hospitales de Día en San
Sebastián y Córdoba

46 La SER apuesta por la investigación
genética de las enfermedades reumáticas

47 La SER pone en marcha el grupo
AEPROSER

48 Noticias: Es posible reducir los costes...



DRA. ESTÍBALIZ LOZA

REUMATÓLOGA E INVESTIGADORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA FER

“La Reumatología era la única asignatura con la que disfrutaba estudiando”



Por Carmen Salvador

La Dra. Estíbaliz Loza

nació en Vitoria hace 32 años, ese día hubo una gran fiesta para celebrar los cien años de la aprobación de los fueros alaveses aún vigentes. Quizás esas muestras de alegría y contento desde su tierna infancia hayan tenido algo que ver con su carácter, optimista y positivo. Estudió en la Universidad de Navarra y la especialidad la realizó en el Hospital Clínico de San Carlos, en Madrid. Después de tres años en un post-mir de investigación en servicios de salud, se incorporó a la SER, como médico investigadora y coordinadora de distintos proyectos de investigación, entre ellos el Plan ÍCARO.

Dice que le atraen todas las enfermedades reumáticas, “como muchas cosas en esta vida, todo tiene algo especial que lo hace diferente e interesante”.

-¿Por qué Reumatología?

-Porque cuando estudiaba Medicina a pesar de considerarme como una futura internista, me pareció que no había nada más original que nuestra especialidad. Y ya lo vi claramente cuando estudiaba el MIR. La Reumatología era la única asignatura con la que disfrutaba estudiando y no solía fallar las preguntas de los simulacros, así que pensé, si en una situación de estrés y hastío disfruto estudiando la Reumatología por algo será. Incluso previo a elegir plaza, un famoso reumatólogo (cuyo nombre no voy a decir), intentó persuadirme para que no cogiera Reuma y aún así lo hice. Supongo que estaré realmente convencida de que esto es lo mejor.

-Uno de los proyectos que coordina es el Plan ÍCARO, ¿en qué consiste y cuál es su objetivo?

-El ÍCARO es un plan que tiene como objetivo primordial mejorar la calidad asistencial en Reumatología e impulsar la acreditación de la competencia como garantía de calidad y excelencia profesional. Será un plan a largo plazo, quizá para siempre, ya que nuestra actividad asistencial está en continuo cambio y necesita que nos reajustemos e incluso cambiemos en nuestra rutina haciendo que cualquier iniciativa encaminada a corregir o ayudar a resolver los desajustes producidos esté justificada. El plan se llevará a cabo a través de grupos de trabajo multidisciplinarios que incluirán a pacientes, otros especialistas y personal sanitario no médico. Para ello la SER está realizando un

intenso trabajo estableciendo alianzas con distintas especialidades y asociaciones así como con otros estamentos sanitarios como la Agencia Española de Calidad del Ministerio de Sanidad.

Cada uno de estos grupos trabajará sobre un tema específico dentro del plan: seguridad del paciente, sistemas de información, enfermedades concretas como la artrosis, etc. Comenzaremos por aquellas áreas que resulten más prioritarias y poco a poco esperamos ir extendiendo nuestro campo de acción. La finalidad de cada grupo será la de evaluar y analizar la situación actual, identificar las áreas de mejora y hacer propuestas, estrategias, etc. para revertir esa situación y conseguir que seamos más eficientes.

“Resulta imprescindible saber exactamente dónde están los problemas, así como los recursos de los que disponemos, antes de hablar de claves para la mejora de la calidad en Reumatología”

MUY PRONTO PARA DAR CLAVES

-Puede apuntar algunas claves para mejorar la calidad en Reumatología?

-Todavía es muy pronto para dar claves. En estos momentos estamos bien a través de encuestas, entrevistas con expertos, etc. tratando de saber la situación de la

Reumatología actual. Además, ya hay estudios que apuntan que existen áreas de mejora en nuestra praxis. Resulta imprescindible saber exactamente dónde están los problemas, “gaps”, etc., así como los recursos de los que disponemos para hacer frente a estas situaciones antes de hablar de claves para la mejora.

Algo que sí parece básico y fundamental es que todos los implicados en el proceso: médicos, pacientes, gestores, etc. estén convencidos de que es necesario hacerlo y estar unidos para poder conseguir nuestros fines.

-Como autora de múltiples artículos, entre ellos sobre datos de EPISER, ¿qué supuso ese estudio del que siempre se hace referencia? ¿puede haber cambiado mucho la situación?

-Gracias al estudio EPISER disponemos de datos sobre la prevalencia de distintas enfermedades reumáticas en España, así como el nivel de salud de los ciudadanos. Aunque el estudio terminó hace casi 10 años, no creo que en general se hayan producido unos cambios muy grandes. La prevalencia de algunas enfermedades, y ya no por el hecho de un diagnóstico precoz, sino por el envejecimiento de la población es posible que hayan aumentado, pero creo que necesitamos que pase algo más de tiempo para notar cambios importantes en la misma. Sí que es muy posible que gracias al diagnóstico precoz, nuevas terapias, estrategias de tratamiento y seguimiento el impacto de estas enfermedades en la calidad de vida de la población general haya disminuido en esta década.

-Desde el punto de vista del especialista, ¿cree que se está viviendo la mejor época de la Reumatología?

-No sé si la mejor, pero desde luego sí que parece un buen

“El ÍCARO es un plan que tiene como objetivo primordial mejorar la calidad asistencial en Reumatología e impulsar la acreditación de la competencia como garantía de calidad y excelencia profesional”

“Aunque el estudio EPISER terminó hace casi 10 años, no creo que en general se hayan producido unos cambios muy grandes”

momento. Por un lado es difícil ver a un reumatólogo en paro, cuando hace no mucho cuentan que el paro era el destino de muchos de los que terminaban la especialidad. Por otro, sin ser la especialidad estrella en este país, parece que empieza a despuntar, y de hecho con el plan ÍCARO tenemos una excelente oportunidad para ubicarla en el sitio que se merece. Y finalmente, en el ámbito de la sociedad española, actualmente parece que “el reuma” ya no es sólo cuestión de la edad, ni el “te aguantas, la vida es así”, es más, ahora incluso hay términos como artritis, artrosis o fibromialgia que son casi tan conocidos como el colesterol o la tensión. Y qué decir del éxito de los reumatólogos en los medios de comunicación...

TRES MESES EN LA INDIA

-Estuvo de voluntaria en la India una temporada, ¿cómo fue esa experiencia?

-Estuve 3 meses en una leprosería en el sur de la India, en el verano entre mi 4º y 5º de medicina. En teoría iba a trabajar como ayudante del médico, y así fue, pero también terminé haciendo las veces de enfermera, auxiliar, me tocó hacer velas, telas, fui animadora socio-cultural, tuve que aprender a bailar, aprender un poco su idioma, etc. Aunque la primera semana me hubiese vuelto por la vía rápida a Vitoria (el cambio fue muy duro), hasta la fecha creo que es lo mejor que he hecho. Y ya no es sólo la cosa de lo bonito que es, qué diferente, etc. es que además creo que la India es el país perfecto para convencerte de que lo imposible es

posible y que en lo que para nosotros sería un mundo al revés y absurdo es simplemente otra posibilidad de vida donde la gente vive las mismas alegrías y padece las mismas miserias. No hay nada mejor que viajar a la India para incrementar exponencialmente tu nivel de tolerancia, respeto y visión de la vida.

-¿Qué diría a quien está indeciso entre escoger Reumatología y otra especialidad?

-Que haga lo que haga seguro que es feliz, y que en mi experiencia la Reumatología tiene un algo que la hace ser una especialidad muy diferente, llena de posibilidades y retos, y que a pesar de lo poco atractivo que a priori puede parecer el panorama (enfermos crónicos, dolor...), es increíble cómo nos engancha a los que trabajamos en ello, y, lo que es más importante, qué gratificante es ver cómo agradecen los pacientes tu labor, cosa de la que creo que muchos otros especialistas no pueden presumir.



DE TODO UN POCO

De no ser reumatóloga ¿qué le hubiera gustado ser?

Chef, sumiller o dependienta de una tienda de libros.

¿De quién ha aprendido más en Reumatología?

De los pacientes, sin duda alguna.

¿En qué otro país viviría que no fuera España?

Italia o Inglaterra (bueno, más bien en Londres), pero entonces me vendría de vacaciones a España siempre que pudiera.

¿Qué dos personajes históricos le hubiera gustado ser?

Isabel la Católica, por que me encanta la historia de España, y en mi opinión reinó en una de las épocas más interesantes de nuestra historia. Además en un mundo machista demostró que podía reinar igual de bien e incluso mejor que los hombres. Y José Luis Uribarri porque desde que era pequeña veo el Festival de Eurovisión. También para mí representa parte de la historia de Europa y aunque muchos no lo quieran reconocer, este festival es uno de los lazos más fuertes que tenemos entre los europeos y un precioso y amable espejo de lo que es ahora Europa.

¿Le gusta algún deporte?, ¿sigue algún equipo?

Me gustan todos los deportes en general y soy forofa del TAU, el mejor equipo de baloncesto de España, desde que tengo uso de razón.

Su menú preferido (comida, bebida, postre...)

Todos los menús son mis preferidos, adoro la comida. Eso sí, el vino tinto y de Rioja.

¿Qué odia que le regalen?

Me encanta que me regalen cualquier cosa.

¿Cuáles son las primeras páginas que lee del periódico?

Las de deporte, que es donde generalmente hay alguna buena noticia.

Entre sus amigos, ¿predominan los reumatólogos?

Realmente no, soy una persona afortunada y tengo muchos amigos médicos y no médicos.

¿Un buen plan para un fin de semana?

Ir a Vitoria.

¿Cree en la reencarnación?

No.

¿Y en el poder de la mente como terapia?

Tampoco.

¿Lo que más odia del ser humano?

Que es capaz de hacer lo que yo entiendo que es lo peor que puede hacer un ser vivo en este mundo, que es el daño consciente e injustificado a otro ser humano.

¿Y lo que más le gusta?

Que es capaz de hacer lo que yo entiendo que es lo mejor que puede hacer un ser vivo en este mundo, que es el amar, ayudar y respetar a otro ser humano de una manera totalmente desinteresada y verdadera.

¿Quien piensa que es el mayor responsable de la crisis económica?

No tengo ni idea, pero creo que la codicia humana ha tenido mucho que ver.

¿Cuál es su mayor debilidad?, si quiere decirlo

Mi problema es que tengo muchísimas: los libros, el vino, el buen queso, viajar...

¿Recuerda un chiste breve?

Va un bilbaíno a una librería y pide: ¿me da un mapamundi de Bilbao por favor?

¿Su película favorita?

Casi no voy al cine, prefiero mil veces un libro o el teatro, pero eso sí, me encantaron la de "Blade Runner", "Todo sobre mi madre" y "Pequeña Miss Sunshine".

Si estuviera en sus manos regalar mucho dinero, ¿en qué tres cosas lo emplearía?

En mi familia, lo primero, aunque no creo que fuera mucho ya que somos afortunados en ese sentido. Y lo demás, o prácticamente todo, iría para los más necesitados y lo repartiría en distintas ONGs y organismos afines (aquí incluyo los proyectos relacionados con la salud y la investigación en distintas enfermedades), en algunos proyectos de ayuda del Gobierno Español o del Gobierno Vasco que conozco y sé que están francamente bien, etc.

¿Cómo se definiría?

Como una persona optimista y positiva, aunque curiosamente a día de hoy no parece estar muy de moda.

DR. GUILLEM CUATRECASAS CAMBRA. ENDOCRINOLOGO.
CM TEKNON, C SAGRADA FAMILIA, BARCELONA.

Estrés crónico y dolor: una perspectiva hormonal

Pedir a un endocrinólogo que hable de dolor en una revista reumatológica puede sonar a antinatural. Sin embargo, las hormonas, como elemento puente entre sistema nervioso central y órganos periféricos (eje hipotálamo-hipofiso-adrenal), participan de pleno en los procesos vinculados al estrés.

No se trata de entender el estrés como aquella situación vinculada a una importante sobrecarga laboral, sino a cualquier situación que altere la homeostasis del organismo: fiebre, ausencia de sueño, fatiga, dolor. Dolor como causa de estrés, primer pilar de nuestro triángulo (estrés, dolor, hormonas).

Por un lado tenemos el estrés agudo, donde a menudo las reacciones hormonales están mediadas por el eje adrenérgico (desde el locus ceruleus hasta la médula suprarrenal): sudoración, taquicardia, piloerección, hipertensión. Todo ello para conseguir que el individuo esté en una fase de alerta máxima y con una conducta de evitación o enfrentamiento.

Sin embargo, en el estrés crónico esta hiperrespuesta hormonal no está tan clara. Sabemos que existe una hipersecreción de corti-

sol a primera hora en pacientes fibromiálgicas y que pacientes con dolor generalizado no muestran una respuesta correcta del cortisol tras frenación con 0,25 mg de dexametasona (1), como evidencia de hipercortisolismo. Pero si analizamos cortisol salivar, éste es bajo (2). Existen, pues, explicaciones contradictorias: hiperrespuesta del eje del cortisol inicialmente (como en fase aguda de dolor) para después, a medida que se cronifica este dolor, caída de los niveles de cortisol por agotamiento del eje. Esto parece deducirse de la valoración de los niveles de CRH (agotamiento reserva hipotalámica) en líquido cefalorraquídeo, mucho más bajo en pacientes con fibromialgia (3). Como decíamos anteriormente, dolor como causa de alteraciones hormonales/estrés.

Es interesante notar cómo las modificaciones hormonales pueden preceder la aparición del dolor. En efecto, el hipocortisolismo salivar o la no-frenación con dexametasona parecen ser preexistentes en individuos que con el tiempo desarrollaran un dolor crónico mantenido (2). ¿Hormonas y estrés como causa de dolor crónico? Segundo pilar de nuestro triángulo.

¿Tiene sentido usar corticoides si nos encontramos con una situación deficitaria? Hay situaciones de dolor crónico (neuralgia post-herpética, dolor en esclerosis múltiple, túnel carpiano) dónde tenemos evidencia de un efecto beneficioso de los corticoides. Más allá de su efecto anti-inflamatorio, sabemos que existen receptores para glucocorticoides y para CRH en áreas implicadas en la modulación del dolor (tálamo, cíngula, hipocampo). Tratar con hormonas como posible terapia analgésica.

Además de estos dos ejes predominantes, adrenérgico y corticoideo, existen multitud de hormonas que responden a situaciones de estrés: la prolactina, la TSH, la ADH, la vasopresina, el péptido atrial natriurético...

Algunas, como la GH, no sólo pueden verse alteradas por un efecto vicariante (consecuencia del dolor) sino que podrían estar implicadas en la génesis y modulación del propio dolor. A menor estímulo catecolaminérgico y mayor estímulo corticoideo, mayor tono somatostatinérgico y menor secreción de GH. Partiendo de nuevo del modelo de fibromialgia, sabemos que una gran parte de dicha población tiene

Algunas hormonas, como la GH, no sólo pueden verse alteradas por un efecto vicariante (consecuencia del dolor) sino que podrían estar implicadas en la génesis y modulación del propio dolor

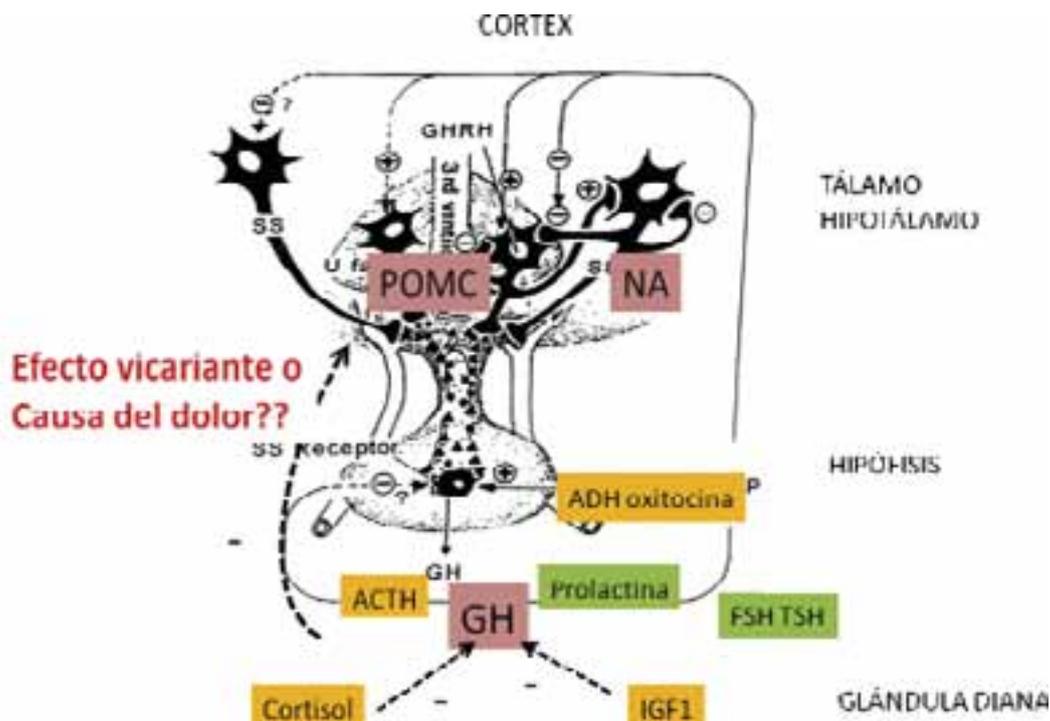


Figura 1.

Múltiples interacciones en hormonas hipotálamicas e hipofisarias.

Mediadores de stress: prolactina, TSH, oxitocina (verde)

Mediadores de stress y dolor: Cortisol, GH, IGF1, Noradrenalina (NA), ADH (amarillo)

3 ejes principales: GH, POMC, NA (rosado)

niveles bajos de IGF-1 (4) y que incluso existe un subgrupo que muestra un déficit severo a estímulos de provocación como la hipoglucemia insulínica (5).

Aunque estemos hablando de una población muy seleccionada, el uso de GH para disminuir el número de puntos dolorosos nos permite demostrar activamente el papel modulador in vivo sobre el dolor que tienen algunas hormonas, en este caso la GH (6). Tanto en el estudio piloto de Bennett et al, como en el que se desarrolló en España, tenemos evidencia no sólo de mejoría en parámetros de fatiga y calidad de vida sino también en intensidad de dolor (reducción del 60%). Futuros ensayos a doble ciego y en poblaciones mayores dilucidaran este efecto analgésico del eje GH/IGF1.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 S McLean, D Williams, R Harris et al. Momentary Relationship Between Cortisol Secretion and Symptoms in Patients With Fibromyalgia. *Arthritis&Rheumatism* 2005, 52 (11): 3660–3669.
- 2 J McBeth, A J Silman, A Gupta et al. Moderation of Psychosocial Risk Factors Through Dysfunction of the Hypothalamic–pituitary–Adrenal Stress Axis in the Onset of Chronic Widespread Musculoskeletal Pain Findings of a Population-Based Prospective Cohort Study *Arthritis&Rheumatism* 2007, 56 (1):360–3.
- 3 S McLean, D Williams, P Stein et al. Cerebrospinal Fluid Corticotropin-Releasing Factor Concentration is Associated with Pain but not Fatigue Symptoms in Patients with Fibromyalgia. *Neuropsychopharmacology* 2006, 31: 2776–2782.
- 4 Bennett RM, Cook DM, Clark SR, Burckhardt CS, Campbell SM. Hypothalamic-pituitary insulin-like growth factor-I axis dysfunction in patients with fibromyalgia. *J Rheumatol* 1997, 24: 1384-9.
- 5 McCall-Hosenfeld JS, Goldenberg DL, Hurwitz S, Adler GK. Growth hormone and insulin-like growth factor-1 concentrations in women with fibromyalgia. *J Rheumatol* 2003, 30: 809-14.
- 6 Growth hormone as concomitant treatment in severe fibromyalgia associated with low IGF1 serum levels. A pilot Study. G. Cuatrecasas, C. Riudavets, M.A Guell, A. Nadal. *BMC Musculoskeletal disorders* 2007, 8:119.

DR. FÉLIX M. FRANCISCO HERNÁNDEZ

F.E.A. SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GRAN CANARIA

DR. NEGRÍN

RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE REUMATOLOGÍA INTERVENCIONISTA.

Síndrome miofascial, un gran desconocido

El síndrome miofascial (SMF) o síndrome de dolor miofascial es un proceso muscular regional agudo o crónico, primario o secundario, muy prevalente e incapacitante, pero bastante desconocido, infradiagnosticado e infratratado. Se caracteriza por dolor en la zona muscular correspondiente más dolor referido a distancia, espontáneamente o a la presión digital, y por la presencia de una banda de tensión, aumentada de consistencia y dolorosa, identificable a la palpación y en cuyo seno se encuentra el llamado punto gatillo o "trigger point" (PG), correspondiente a una zona hipersensible, de mayor consistencia y cuya palpación reproduce el dolor local y el referido, y una respuesta local de sacudida (RLS). Los PG pueden ser activos o latentes y son diferentes de los puntos dolorosos o "tender points".

La prevalencia varía desde el 20% de los pacientes vistos en consulta de Reumatología hasta un 85% a 93% de los pacientes que acuden a centro especializados en tratamiento del dolor.

FACTORES QUE INTERVIENEN

Los factores citados comúnmente como predisponentes en

la formación de los PG incluyen el desentrenamiento, malas posturas, estrés mecánico repetido, estresores psicológicos, desequilibrio mecánico (como disimetría de extremidades), enfermedades articulares, sueño no reparador y deficiencias vitamínicas.

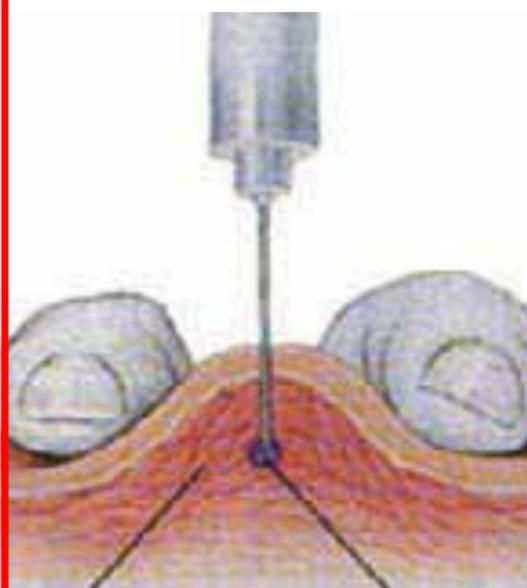
No se conoce la fisiopatolo-

En la exploración física hay que detectar la característica banda tensa o palpable, como una cuerda que se extiende entre las inserciones musculares, y en cuyo seno se palpa el punto gatillo

gía. Según la hipótesis integral de Travell y Simons y otras investigaciones, parece deberse a una disfunción de la placa

motora por aumento de la actividad de la acetilcolina, congénita o adquirida, a nivel presináptico, sináptico o postsináptico, que lleva a un estado de contracción mantenida de los sarcómeros, en los que se ven alterados los procesos metabólicos locales del músculo e isquemia local, con liberación de sustancias algógenas que llevan a la sensibilización periférica y central.

En el diagnóstico es fundamental la historia clínica, la exploración física y un adecuado aprendizaje del examen muscular de los puntos gatillo, que requiere cierto entrenamiento y experiencia. Se deben descartar otras causas de dolor local mediante las convenientes pruebas de imagen, indagan en los factores perpetuadores y factores psicosociales de mal pronóstico funcional. Los pacientes se quejan dolor mecánico local o regional de diferente intensidad en un músculo o grupo muscular de curso agudo o crónico. Ocasionalmente, puede asociarse a síntomas autonómicos y neurológicos. En estadios más evolucionados pueden aparecer alteraciones en el sueño, cambios de humor y estrés.



Músculo

Punto Gatillo

En la exploración física hay que detectar la característica banda tensa o palpable, como una cuerda que se extiende entre las inserciones musculares y, en cuyo seno, se palpa el PG que a la presión reproduce tanto el dolor local como un patrón de dolor referido propio de cada músculo. A veces la palpación del PG puede desencadenar un “signo del salto” (“jump sign”), un reflejo involuntario o estremecimiento del paciente que es desproporcionado a la presión aplicada.

ABORDAJE MULTIDIMENSIONAL

El tratamiento requiere un abordaje multidimensional. Es importante eliminar los factores perpetuadores, educar al paciente y proporcionarle un programa de ejercicios domiciliarios. La fisioterapia, la farmacoterapia y diversos tratamientos conductuales se emplean de forma individualizada. La infiltración de los puntos gatillo (punción seca, anestésicos locales, corticoides o toxina botulínica) es eficaz cuando es realizada por un médico experimentado en aquellos casos más refractarios (Figura).

ESTUDIO "CONOCIMIENTO DE LOS ESPAÑOLES DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS"

Un gran impacto en la capacidad laboral



Presentación en Madrid del estudio "Conocimiento de la población española en enfermedades reumáticas". De izquierda a derecha: Dr. Albert Jovell, presidente del Foro Español de Pacientes; Dra. Rosario García de Vicuña, presidenta de la Sociedad Española de Reumatología (SER), y Pablo Lázaro, director de Técnicas Avanzadas de Investigación en Servicios de Salud (TAISS).

Los españoles son plenamente conscientes del impacto laboral y social de las enfermedades reumáticas, según el estudio "Conocimiento de la población española en enfermedades reumáticas". El 90% de los entrevistados considera que estas dolencias producen un impacto significativo en la vida laboral de los afectados, reduciendo la capacidad de trabajar, y llegando incluso a producir incapacidad laboral permanente a quienes las sufren. En España estas patologías están relacionadas con el 50,7% de las incapacidades laborales y son la principal causa de bajas laborales permanentes. Entre ellas

destacan la lumbalgia, la artrosis de rodilla y de mano, la osteoporosis y la artritis reumatoide; tienen una prevalencia muy elevada en España y afectan al 22,6% de los españoles mayores de 20 años.

A pesar de su prevalencia e impacto en la calidad de vida, las enfermedades reumáticas son unas grandes desconocidas para gran parte de la población. En opinión de la doctora Rosario García de Vicuña, presidenta de la Sociedad Española de Reumatología (SER), "existe un gran desconocimiento sobre ellas y a día de hoy persisten falsos mitos, como que frente a ellas no hay nada que hacer o que sólo afectan a perso-

nas mayores". La falta de conocimiento de la población sobre las enfermedades reumáticas, en especial sobre sus síntomas puede ocasionar un diagnóstico tardío y, por lo tanto, retrasos en el tratamiento. Esto conlleva menor posibilidad de evitar el daño estructural de las articulaciones, la disminución de la calidad de vida y el aumento del gasto sanitario. "El diagnóstico tardío puede suponer que hayan ocurrido cambios irreversibles, erosiones en el hueso o deformidades, que pudieran haberse evitado con un tratamiento más temprano", explica la doctora García de Vicuña y añade que "además, la deformidad y el dolor,

llegan a interferir tanto en las pequeñas cosas, y no tan pequeñas, del día a día, que la calidad de vida no puede por menos que verse seriamente dañada." En este sentido, el doctor Albert Jovell, presidente del Foro Español de Pacientes, considera que el diagnóstico tardío en estas enfermedades se debe a "la falta de concienciación social y a que no se ha priorizado en los planes de salud".

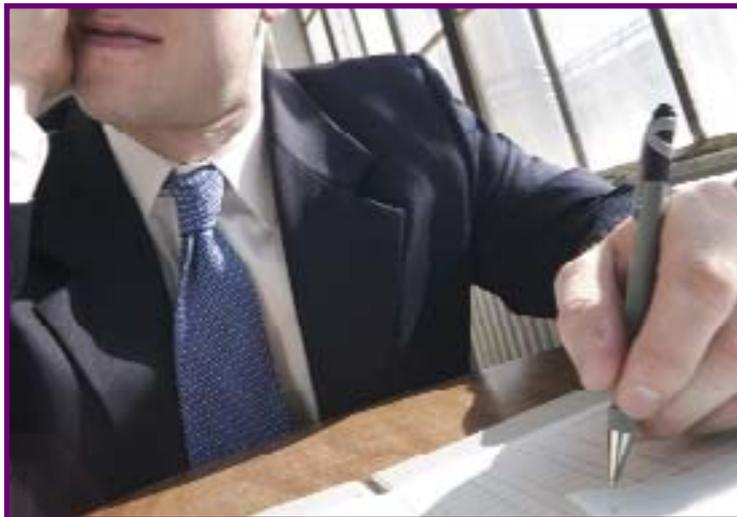
PROYECTO "FIT FOR WORK"

El estudio "Conocimiento de la población española en enfermedades reumáticas" es la primera de las actividades que se están desarrollando en España como parte del proyecto "Fit for Work", que la institución británica The Work Foundation desarrolla en 24 países europeos con el objetivo de analizar el impacto socioeconómico de las enfermedades reumáticas y contribuir a la mejora de la productividad y la calidad de vida de los pacientes que las padecen.

En España, este proyecto cuenta con el apoyo de la Fundación Abbott y la Fundación Ramón Areces, en colaboración con la Sociedad Española de Reumatología (SER) y el Foro Español de Pacientes. Ha sido desarrollado por la empresa TAISS.

El objetivo del estudio es valorar lo que conocen los ciudadanos españoles sobre las enfermedades reumáticas e identificar características asociadas a este conocimiento como primer paso para evitar el diagnóstico tardío y sus consecuencias. Se trata de un estudio transversal, descriptivo y analítico de ámbito nacional, para el que se han entrevistado a 1.009 sujetos, de los cuales el 51% eran mujeres y el rango de edad más frecuente fue de entre 30 y 44 años (29%).

De hecho, de los tres planos de conocimiento analizados en el estudio: impacto social (bajas laborales, prevalencia), conocimiento general (qué son las enfer-



medades reumáticas, sus síntomas, etc.) y específico (conocimiento de cada una de las enfermedades que se comprenden bajo esta denominación como artrosis, artritis reumatoide, etc.); sobre el que más sabe la población española es sobre el impacto social, del que se tiene un conocimiento medio-alto (6,2 sobre 10). Por el contrario, el conocimiento sobre aspectos específicos de enfermedades concretas es muy limitado (1,8 sobre 10) y en un punto medio se encuentra el conocimiento sobre aspectos generales con un 5,0.

Resultados del estudio "Conocimiento de la población española en enfermedades reumáticas"

Respecto al conocimiento específico, las que más conocen los españoles son la artrosis (94% la identificaba como una enfermedad reumática), la artritis reumatoide (92%) y la osteoporosis (76%). Por el contrario, muy pocos identificaban como enfermedad reumática la espondilitis (54%) o el lupus (10%).

NECESIDAD DE MÁS CAMPAÑAS DE INFORMACIÓN

Otro resultado destacable del estudio es el hecho de que uno de cada dos entrevistados se considera mal o muy mal informado, en particular acerca de sus efectos secundarios, lo que pone en relieve la necesidad de desarrollar más campañas dirigidas a la población sobre este tipo de enfermedades, que, pese a su prevalencia no cuentan con una estrategia nacional para su abordaje. "Si no se ha perfilado una estrategia nacional de las enfermedades reumáticas no es porque no sean frecuentes, ni porque no afecten de forma considerable a la vida de las personas; es por la falta de entusiasmo generalizado frente a estas enfermedades que se traduce en un conocimiento mermado, relegándolas a un segundo plano, sin ser conscientes de que la buena salud articular va a condicionar una buena salud general, y poder asumir hábitos de vida, que pueden influir a tantísimos niveles", señala en este sentido la presidenta de la SER, que concluye: "Información clara y fiable, cooperación entre niveles asistenciales y apoyo evidente de las autoridades sanitarias son los tres pilares, que junto con una buena educación sanitaria de la población en general, pueden mejorar de forma espectacular el pronóstico de las enfermedades reumáticas."

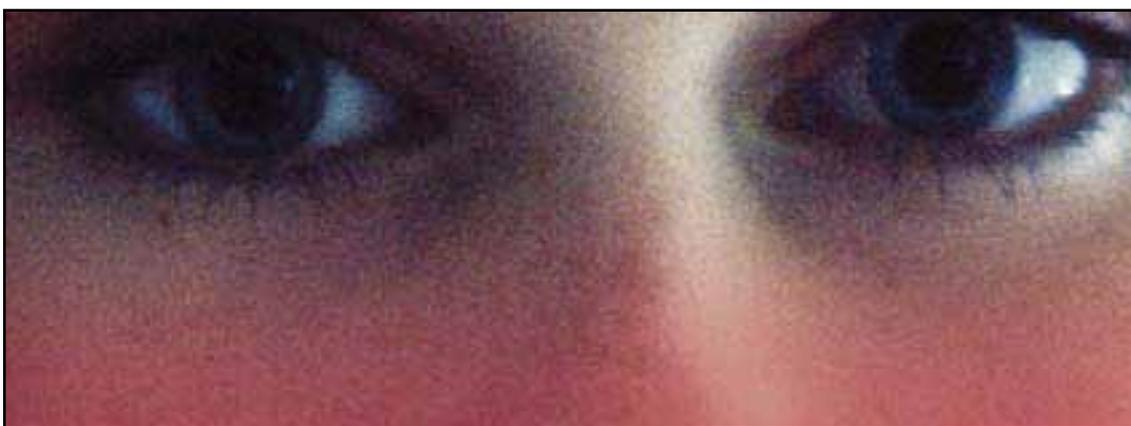


DR. JAIME CALVO ALÉN

**JEFE DE SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL GENERAL SIERRALLANA.
PROFESOR DE REUMATOLOGÍA DE LA ESCUELA UNIVERSITARIA DE FISIOTERAPIA.
UNIVERSIDAD DE CANTABRIA.**

Factores pronósticos en el Lupus Eritematoso Sistémico

NUEVAS PERSPECTIVAS, NUEVAS CONCLUSIONES



El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad clínicamente muy heterogénea con un pronóstico muy variable de unos pacientes a otros pero que globalmente ha cambiado de forma sustancial durante las últimas décadas. Hace unos 50 años el LES tenía una mortalidad a los 5 años superior al 50%. Esto hacía que el estudio del pronóstico de la enfermedad se centrara en el análisis de la supervivencia. Sin embargo, los avances realizados en el manejo del LES han llevado a que las tasas de supervivencia observadas en los pacientes lúpicos sean mucho menores y que por tanto la posible identificación de factores asociados a la mortalidad en el LES requiera el seguimiento a largo plazo de un número importante de pacientes.

Por todo ello, el análisis del pronóstico del LES en la actualidad

requiere también la utilización de otros parámetros como la actividad clínica, la presencia de determinadas manifestaciones clínicas o el daño producido en que pueden ser analizados más fiablemente a corto-medio plazo.

FACTORES PRONÓSTICOS DE ACTIVIDAD CLÍNICA EN EL LES

El concepto de actividad clínica en el LES define un estado clínico en el que el proceso inflamatorio, que caracteriza a esta enfermedad, se mantiene en mayor o menor grado activo. Dada la heterogeneidad clínica de esta enfermedad, para evaluar de una forma objetiva y global el grado de actividad clínica de cada paciente se han desarrollado una serie de índices clinimétricos (SLAM, SLEDAI, ECLAM, BILAG) que evalúan de una forma estandarizada la presencia o ausencia de una serie de

manifestaciones clínicas y/o analíticas de la enfermedad obteniéndose una puntuación final según el número de manifestaciones presentes.

Diversos estudios prospectivos realizados en una cohorte multiétnica de EEUU, en la que se incluían pacientes caucásicos, afroamericanos e hispanos de origen mejicano y de origen caribeño, denominada LUMINA, han mostrado que en el grado de actividad clínica de la enfermedad influyen factores puramente biológicos como la presencia o ausencia de determinados factores genéticos, factores psico-sociales como la forma de afrontar la enfermedad o el nivel socio-económico o la etnicidad (mayor severidad en minorías afro-americana e hispana de origen mejicano), concepto que combina tanto variables de índole biológico como de tipo psico-

social. De hecho, tomados en conjunto todos los datos aportados por los trabajos realizados en esta cohorte y que han sido confirmados en gran medida por los realizados por otros grupos, parecen indicar que la influencia en la actividad clínica del LES además de ser multifactorial varía en función de la fase en la que esté la enfermedad.

Mientras que las fases tempranas puede haber un cierto grado de determinismo debido a factores genéticos y étnicos, en fases más tardías los factores ambientales entre los que se enmarcan todos

Todo parece indicar que la influencia en la actividad clínica del LES, además de ser multifactorial, varía en función de la fase en la que esté la enfermedad

los psico-sociales, cobran una especial importancia. El reconocer este hecho tiene una gran relevancia de cara al manejo de los pacientes afectos con este problema pues significa que la mejoría del pronóstico de estos pacientes va a depender en gran medida no sólo de medidas puramente farmacológicas sino también de la toma de medidas más generales a nivel socio-sanitario que modifiquen algunas de las variables asociadas con una peor evolución de la enfermedad.

Adicionalmente, algunos marcadores de laboratorio también se han asociado a la actividad clínica. Clásicamente se ha considerado que los descensos en los niveles de complemento y las elevaciones de los anticuerpos anti-ADN nativo (ADNn) eran predictivos de incrementos en la actividad clínica. En el estudio longitudinal anteriormente mencionado realizado en la cohorte LUMINA, la presencia basal de anticuerpos anti-ADNn se asoció de forma independiente a un nivel de actividad alto a lo largo del curso de la enfermedad.

Más recientemente se ha observado una correlación entre los niveles de actividad clínica y otros auto-anticuerpos como los anti-C1q y los anti-nucleosoma. De cara al futuro puede resultar prometedora la capacidad pronóstica de los niveles de interferón, citoquina implicada en la patogenia del LES. En este sentido se ha observado cómo existe una buena correlación entre los niveles de interferón y la expresión de genes inducidos por el interferón (la llamada firma del interferón o interferon signature) con la actividad clínica del LES.

FACTORES PRONÓSTICOS DEL DESARROLLO DE NEFRITIS LÚPICA

La afectación renal es una de las manifestaciones más características y graves del LES con una incidencia del 30 al 70% de los pacientes. Diversos estudios han publicado asociaciones con determinados polimorfismos de genes como Fc RIIA (Fc gamma receptor types IIA and IIIA), MCP-1 (Monocyte chemoattractant protein 1), PDCD1 (programmed cell death 1) o MBL (mannose binding lectin). Sin embargo, estas asociaciones no se han comprobado de forma universal y muchas de ellas se han encontrado en poblaciones seleccionadas sin que se hayan comprobado en otras, por lo que en la actualidad no se puede plantear su utilización como marcadores predictivos suficientemente fiables y universales para el desarrollo de nefritis lúpica.

La etnicidad ha sido un factor clásicamente asociado a la nefritis lúpica. Numerosos estudios han mostrado mayor incidencia de nefritis así como mayor gravedad en los pacientes lúpicos afro-americanos y afro-europeos o en pacientes hispanos de origen amerindio en contraposición a pacientes caucásicos. Si estas diferencias étnicas obedecen exclusivamente a factores biológicos o a variables de índole psico-social que se asocian con determinadas minorías étnicas, o a una conjunción de los dos tipos de factores son preguntas que todavía no es posible contestar con certeza a día de hoy.

Más recientemente, otros análisis realizados en la mencionada cohorte LUMINA mediante la realización de diversos modelos multivariantes parecen mostrar que los factores biológicos tienen un mayor peso a la hora de explicar la mayor incidencia de la nefritis lúpica en determinados grupos étnicos, aunque aproximadamente el 50% de la variabilidad de estos modelos quedaba sin poderse explicar por las variables utilizadas.

Finalmente, al igual que ocurría con el nivel de actividad clínica, se han estudiado determinados auto-anticuerpos y otros biomarcadores como factores predictivos y pronósticos del desarrollo de nefritis lúpica. Los anticuerpos anti-ADNn están implicados en la patogenia de la afectación renal y se les ha utilizado como marcadores de dicha complicación y de su nivel de actividad aunque su sensibilidad y especificidad a este respecto han sido variables según diferentes estudios.

Otros autoanticuerpos como los anticuerpos anti-C1q y anti-nucleosoma pueden ser también utilizados como marcadores de esta complicación, incluso con mayor sensibilidad que los anticuerpos anti-ADNn. Por último cabe señalar que la llamada firma del interferón se asocia a enfermedad más grave en general y a la presencia de afectación renal en particular y su detección puede ser de utilidad pronóstica en el futuro.

FACTORES PRONÓSTICOS DE DAÑO DE ÓRGANOS Y SISTEMAS EN EL LES

La mejora en las tasas de supervivencia en el LES hace que la mortalidad sea poco sensible como única medida de evaluación en el pronóstico del LES. Sin embargo, tanto la enfermedad como los tratamientos empleados en su control son capaces de producir a corto, medio y largo plazo secuelas irreversibles en un porcentaje significativo de pacientes. Mediante consenso un consorcio internacional de investigadores especializados en LES ha desarrollado un instrumento semi-cuantitativo para medir de forma global y objetiva este tipo de consecuencias, el llamado Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) Damage Index (SDI) o Índice de Daño del SLICC (IDS). En él se incluyen manifestaciones irreversibles de diversos órganos y/o sistemas que para ser puntuadas deben haber estado presentes al menos seis meses.

El estudio de los factores predictivos de IDS en el lupus es de especial importancia, no sólo por la relevancia que las secuelas en sí mismas tienen para la calidad de vida del paciente, sino porque la presencia de daño orgánico es a su vez un factor predictivo de mortalidad. La mayor parte de los estudios a este respecto coinciden en que

Las tasas de mortalidad se han ido reduciendo drásticamente en las últimas décadas, pasando a unas cifras de supervivencia alrededor del 90% a los diez años en la actualidad



una mayor edad en el momento del diagnóstico de la enfermedad y niveles de actividad clínica elevados son factores asociados al desarrollo de daño. Asimismo, la presencia de daño previo es predictiva para el desarrollo de más daño subsecuentemente.

La etnicidad, de nuevo, es un factor a considerar y así se ha visto que pacientes de la comunidad hispana de EEUU de origen mejicano acumulan más daño y de forma más rápida que pacientes caucásicos de EEUU portorriqueños o españoles, lo que parece indicar que el ancestro amerindio propio de los hispanos de origen mejicano les puede conferir un riesgo elevado a este respecto y de hecho se ha observado una asociación entre daño orgánico y el alelo HLA-DRB1*08 (característico de estos pacientes).

Finalmente y con respecto a la presencia de determinados marcadores inmunológicos, únicamente se ha visto en estudios realizados en una cohorte de pacientes españoles que la presencia de anticuerpos antifosfolípido, se acompañen o no de clínica trombótica, es un marcador predictivo para el desarrollo de daño en estos pacientes.

FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD EN EL LES

Los avances diagnósticos y terapéuticos en el LES han conducido a que las tasas de mortalidad de los enfer-

mos lúpicos se haya ido reduciendo drásticamente en las últimas décadas, pasando de una mortalidad cercana al 50% a los cinco años hace cincuenta años a unas cifras de supervivencia alrededor del 90% a los diez años en la actualidad. La etnicidad ha sido siempre un factor pronóstico a tener en cuenta en cualquier aspecto de esta enfermedad. La mayor parte de estudios que lo han abordado desde 1950 han mostrado un aumento de la misma entre las poblaciones no caucásicas (fundamentalmente en poblaciones afro-americanas), en consonancia con la idea de que el LES es más agresivo en estas minorías étnicas. Sin embargo, cuando se han realizado los ajustes necesarios, la mayor parte de estos estudios (aunque no todos) han mostrado que el aumento de la mortalidad en estas comunidades étnicas se debía a diferencias socioeconómicas y no a la extracción étnica de los pacientes.

En este sentido dos trabajos publicados recientemente realizados en cohortes multiétnicas, incluyendo fundamentalmente pacientes afro-americanos y caucásicos en un caso (cohorte de Johns Hopkins) y pacientes afro-americanos, caucásicos e hispanos (unos de origen mejicano y otros portorriqueños) (cohorte LUMINA), con seguimientos máximos de 20 y 10 años respectivamente, mostraron un aumento numérico de la mortali-



dad entre las poblaciones afro-americana e hispana-mejicana pero que perdía significación estadística cuando se introducían los indicadores de pobreza en los análisis indicando que el factor fundamental en las diferencias interétnicas en mortalidad era de tipo socio-económico. Otros factores socio-demográficos estudiados en relación con la mortalidad han sido el sexo y la edad al diagnóstico de la enfermedad. Un estudio reciente mostró que el sexo masculino se asociaba de forma independiente a un mayor riesgo de mortalidad. Sin embargo, en general las conclusiones a este respecto han resultado contradictorias a lo largo del tiempo por lo que es difícil establecer conclusiones definitivas.

También contradictorios han sido los resultados obtenidos en diferentes trabajos con respecto a la edad de diagnóstico, con trabajos mostrando asociaciones tanto en sentido positivo como negativo con el riesgo de mortalidad. No obstante, parece observarse una tendencia, en los trabajos publicados más recientemente, a asociar un mayor riesgo de mortalidad con una edad avanzada en el momento del diagnóstico. Podría deberse al incremento de las muertes tardías por complicaciones cardiovasculares (a las que serían más proclives los pacientes de mayor edad) en detrimento de las muertes directamente relacionadas con la actividad de la enfermedad o con su tratamiento,

más frecuentes en tiempos pasados, y que podrían verse más en pacientes jóvenes que de forma habitual presentan inicialmente formas clínicas con una actividad clínica más intensa.

Además de los factores socio-demográficos determinados hallazgos clínicos han sido asociados a un mayor riesgo de mortalidad. Entre ellos cabe destacar la afectación renal que ha sido asociada a un mayor riesgo de mortalidad en estudios realizados en cohortes de pacientes de diferentes etnias. Asimismo, se ha observado en una cohorte española que la presencia de síndrome antifosfolípido tiene un impacto negativo en la supervivencia de los pacientes lúpicos y diferentes estudios han mostrado que las manifestaciones hematológicas en general o algunas de ellas en particular como la anemia hemolítica o la

La llamada firma del interferón se asocia a enfermedad más grave en general y a la presencia de afectación renal en particular y su detección puede ser de utilidad pronóstica en el futuro

trombopenia, también se asocian a un aumento de la mortalidad. Más recientemente la introducción de índices para la valoración objetiva del grado de actividad clínica del LES así como del daño orgánico producido han permitido identificar que tanto niveles altos de actividad clínica como la presencia de un daño establecido son per se predictivos de un mayor riesgo de mortalidad.

CONCLUSIONES

El LES es una enfermedad compleja y muy heterogénea, en cuyo curso clínico intervienen gran variedad de factores no sólo de índole biológica, sino de carácter socio-demográfico como la etnicidad o el nivel socio-económico de cada paciente. Este hecho complica metodológicamente el estudio e identificación de los factores pronósticos de esta enfermedad. Esto puede cobrar especial importancia en nuestro entorno por la creciente incorporación a nuestra sociedad de minorías étnicas con condicionamientos socio-culturales claramente diferenciados.

El tomar conciencia de este fenómeno tiene una especial relevancia ya que implicará que la mejora global del pronóstico de estos pacientes deberá pasar obligatoriamente no sólo por la mejora del manejo individual de cada caso, sino por la implementación de medidas sociales y sanitarias más generales que permitan corregir aquellos factores sociales que hayan sido identificados como negativos en la evolución clínica de esta enfermedad.

Repaso a la Reumatología en el XII Congreso de la Sociedad Valenciana



Más de 130 profesionales relacionados con la Reumatología, encabezados por el presidente de la SVR, el Dr. José Rosas, asistieron al XII Congreso de la Sociedad Valenciana de Reumatología, celebrado en Altea. El programa contó con más de 20 ponencias impartidas por expertos, no sólo reumatólogos, de los principales hospitales de la Alicante, Castellón, Valencia, Madrid, Barcelona, Guadalajara, Las Palmas y Murcia.

Durante dos días se trataron los avances en el manejo de los principales temas de la Reumatología, como la fibromialgia, manejo del dolor reumático con opiáceos o las nuevas terapias biológicas para el tratamiento de la artritis reumatoide, las espondiloartropatías y la artritis infantil. También se realizaron talleres dirigidos a enfermería, en los que se abordaron, entre otros, asuntos como el desarrollo de consultas específicas de Enfer-

mería de Reumatología o los datos de alarma que debe conocer este colectivo durante una consulta telefónica. Finalmente se analizó con un formato de debate el inicio de tratamientos en la osteoporosis con fármacos anti-resortivos o fármacos osteoformadores.

Se incluyó un apartado de participación específico para los residentes de las dos unidades docentes de la comunidad, en un formato de dudas y respuestas. Finalmente se desarrolló un amplio taller dirigido al grupo de enfermería de la SVR.

Para este congreso, se aceptaron 47 resúmenes que se mostraron en formato de póster, distribuidos en varios epígrafes principales (todo el contenido en la revista de la SVR: www.svreumatologia.com):

Artritis reumatoide: Características de los pacientes con queratitis ulcerativa periférica. Presentación de los primeros datos de la cohorte valenciana de pacientes con AR precoz, que incluía las

características generales de la muestra inicial en relación a sexo, edad, nacionalidad, factores de riesgo cardiovascular, presencia de erosiones radiológica, factor reumatoide o anticuerpos anti-péptidos citrulinados.

Tratamientos biológicos: Fertilidad en varones en tratamiento con anti-TNF; eficacia de abatacept en la AR refractaria a anti-TNF; rituximab en el tratamiento de la nefropatía lúpica

Enfermedades inflamatorias: Serie de pacientes con síndrome de Sweet; Parvovirus B19; consulta de embarazo y enfermedades reumáticas; consulta oftalmología-reumatología; metotrexato en artropatía por pirofosfato.

Osteoporosis: Valor del índice FRAX; marcadores de metabolismo óseo; factores de riesgo; enfermedad celíaca; incidencia de fractura de cadera.

Además: fibromialgia, artrosis, dolor, patología de partes blandas, casos clínicos...



Éxito de participación en la 1ª Jornada Salud y Deporte en Reumatología

Más de un centenar de pacientes reumáticos y reumatólogos andaluces se subieron a las bicicletas el 19 de abril para celebrar la "1ª Jornada Salud y Deporte en Reumatología" con una ruta por la Vía Verde de la Subbética cordobesa. Los participantes partieron a las 10:30 de la mañana de Lucena y recorrieron los 36 kilómetros que separan este punto de la antigua estación de tren de Luque, donde repusieron fuerzas con un aperitivo saludable.

El objetivo de esta jornada ha sido destacar la importancia del deporte tanto en la prevención como en el tratamien-

to de las enfermedades locomotoras y desterrar algunos tópicos erróneos que hacen creer a la población que ante una enfermedad reumática el reposo es lo más adecuado, cuando es precisamente el ejercicio moderado lo más eficaz para acelerar los procesos de recuperación en este tipo de patologías.

En esta "1ª Jornada Salud y Deporte en Reumatología", organizada por la Sociedad Andaluza de Reumatología y la Asociación Cordobesa de Enfermos con Artritis Reumatoide, han participado representantes de las asociaciones de pacientes reumáticos andaluzas, así como reumatólogos

de los principales hospitales de la región.

Andalucía es la comunidad autónoma con mayor prevalencia de enfermedades reumáticas en España, con aproximadamente un 12,59% de afectados, según datos del estudio EPISER, realizado por la Sociedad Española de Reumatología. Para todos ellos la práctica regular de algún tipo de actividad deportiva controlada debería ser parte fundamental de su tratamiento, ya que la mayoría de las patologías del aparato locomotor precisan de un ejercicio físico moderado para su recuperación y no de reposo como comúnmente se cree.

XX CONGRESO DE LA SOCIEDAD
CASTELLANO-LEONESA DE REUMATOLOGÍA

Padecer una enfermedad inflamatoria implica también un mayor riesgo cardiovascular

Cada vez es más evidente que aparte de los factores de riesgo tradicionales en las enfermedades cardiovasculares, la inflamación mantenida es otro elemento muy importante. Ésta ha sido una de las conclusiones del XX Congreso de la Sociedad Castellano-Leonesa de Reumatología (Socalre), que se celebró en Ponferrada (León). Y es que, como ha afirmado la doctora Lucía Pantoja, reumatóloga del Hospital El Bierzo, en Ponferrada, y miembro del Comité de Organización del Congreso, existen bastantes datos que muestran, tanto con mecanismos patogénicos como por técnicas de imagen, que la placa de ateroma está aumentada en los pacientes con patologías inflamatorias crónicas “como la artritis reumatoide, pero no sólo, ya que también se podría hablar en este punto de las artropatías psoriásicas”.

Lo fundamental, ha añadido, es que el conocimiento de la relación entre patología inflamatoria crónica y riesgo cardiovascular puede ayudar a mejorar el pronóstico de los pacientes. En opinión de la doctora Pantoja, ya no es sólo el cardiólogo quien tiene que hacer un control estricto de los factores de riesgo, “nosotros también tenemos que ser rígidos en el control de la inflamación y, además, debemos supervisar la hipertensión, la hiperlipemia, el tabaco..., ya que por ejemplo un paciente con artritis reumatoide tiene el doble de posibilidades de presentar una enfermedad coronaria que la población general.”

Reumatología no es una especialidad con superávit de médicos en general, pero en Castilla y León en concreto la situación es aún más difícil. Las cifras que se manejan como óptimas comprenden un reumatólogo por 50.000 habitantes, mientras que en Castilla y León se cuenta con 1,4 por 100.000. En la actualidad la Comunidad cuenta con 35 reumatólogos, aunque en los objetivos del III Plan de Salud del Sistema Sanitario Público de Castilla y León (Sacyl) se ha incluido la Reumatología entre las especialidades a considerar un ajuste de las plantillas al alza, según señaló el doctor Martín Santos presidente de la Socalre.

XVII REUNIÓN CIENTÍFICA DE LA SOCIEDAD CANARIA DE REUMATOLOGÍA

Sólo 30 reumatólogos para las siete islas canarias

Con siete islas y 30 plazas de reumatología, Canarias es una de las comunidades que en la actualidad presenta déficit de profesionales, según ha expuesto la doctora M^a Ángeles Gantes, presidenta de la Sociedad Canaria de Reumatología en la XVII Reunión Científica de la Sociedad. Y es que, ha explicado, “el principal problema de esta Comunidad es la insularidad, ya que de las siete islas que la forman, solamente en cuatro hay reumatólogos. El Hierro, Gomera y Fuerteventura no cuentan con especialistas”. De esta forma, los pacientes de El Hierro y Fuerteventura deben desplazarse hasta Tenerife y Gran Canaria, mientras que a la Gomera acude un facultativo periódicamente. “Este sistema provoca un gasto de traslado muy importante y, además, aumenta la lista de espera de los médicos, por lo que hay que valorar la necesidad de, por lo menos, incorporar un especialista a la isla de Fuerteventura y ampliar el número de reumatólogos de La Palma, ya que tenemos constancia de que el facultativo que pasa consulta en la actualidad está superado por el número de pacientes que debe atender.”

El Dr. Carlos Rodríguez Lozano, jefe de la Sección de Reumatología del Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín y coordinador del congreso, ha querido romper una lanza a favor de los beneficios de los tratamientos biológicos para lograr que los enfermos tengan mayor calidad de vida. Asimismo,



Doctora Beatriz Pérez Zafrilla

el Dr. Antonio Rosas, jefe de la Sección de Reumatología del Complejo Hospitalario Materno-Insular de Gran Canaria, ha hecho hincapié en la necesidad de un diagnóstico precoz y de combatir en primera instancia las patologías de este tipo que son auto-inmunes.

Por otra parte, los expertos han tratado la importancia del seguimiento estrecho de los pacientes con artritis reumatoide. Para ello se ha contado con la asistencia de la Dra. Beatriz Pérez Zafrilla, responsable de Biobadaser, el Registro Español de Acontecimientos Adversos de Terapias Biológicas en Enfermedades Reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología.

La conferencia magistral corrió a cargo del Dr. Alejandro Balsa, médico reumatólogo del Hospital La Paz de Madrid, quien afirmó que “los pacientes con artritis reumatoide que superan los tres primeros

meses sin tratamiento efectivo tienen mas baja probabilidad de conseguir la remisión.”

FORO CANARIO DEL APARATO LOCOMOTOR (FICAL)

En Canarias un millón de personas padecen patologías del aparato locomotor como la artrosis, la artritis o el hombro doloroso pero con la circunstancia agravante de los altos índices de obesidad que soportan. Sin embargo, “el déficit de formación de algunos profesionales y la falta de un protocolo de actuación en medicina de atención primaria son algunos de los factores que explican que el paciente canario con algún tipo de enfermedad reumática espere meses e incluso años hasta ser diagnosticado”, ha señalado el doctor Francisco Vargas, director del Instituto de Formación Médica Continuada del Colegio Oficial de Médicos de Santa Cruz de Tenerife y coordinador del Foro Canario del Aparato Locomotor junto con el doctor Gustavo Moreno, médico de familia.

Para mejorar la atención de estos pacientes, se ha creado el Foro Interdisciplinar Canario del Aparato Locomotor (FICAL), formado por un grupo de trabajo integrado por representantes de la Sociedad Canaria de Medicina Familiar y Comunitaria, la Sociedad Canaria de Cirugía Ortopédica y Traumatología, la Sociedad Canaria de Medicina Física y Rehabilitación y la Sociedad Canaria de Reumatología, con la colaboración del Gobierno de Canarias y Pfizer.

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

- ATRITIS PSORIASICA
- ARTROSIS
- LUMBALGIA
- OSTEOPOROSIS

ARTRITIS PSORIASICA

Tratamiento con ustekinumab en la artritis psoriásica

USTEKINUMAB, UN ANTICUERPO MONOCLONAL HUMANO DE LA INTERLECINA 12/23 PARA LA ARTRITIS PSORIÁSICA: UN ENSAYO ENTRECruzADO, ALEATORIZADO, DOBLE CIEGO Y PLACEBO CONTROLADO.

GOTLIEB A, MENTER A, MENDELSON A, SHEN Y-K, GUZZO C, FRETZIN S, ET AL. *THE LANCET* 2009; 373:653-640.

La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad inflamatoria crónica que puede ocasionar a largo plazo una disminución severa en la calidad de vida de los pacientes; para el control de la enfermedad existen diversos fármacos que intentan modificar su historia natural. En los últimos años los fármacos que bloquean el TNF han demostrado una alta eficacia en el control de los signos y síntomas de la enfermedad. Diversos estudios han demostrado el papel relevante que las interleucinas 12 y 23 juegan en la patogenia de la APs, así pues se ha desarrollado un anticuerpo monoclonal que se une a la subunidad P40 compartida por las interleucinas 12 y 23, el ustekinumab. Este anticuerpo ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la psoriasis en placas, basándose en estos resultados los autores han desarrollado el presente estudio para evaluar su eficacia en la APs.

Se realizó un estudio multicéntrico en pacientes con

APs activa a pesar del tratamiento con FAMEs, AINEs o anti-TNF. Se incluyeron un total de 146 pacientes y se establecieron 2 grupos, grupo 1:76 pacientes (ustekinumab) y grupo 2:70 pacientes (placebo) hasta la semana 12. A partir de esta semana el grupo 2 se trató con ustekinumab y el grupo 1 se trató con placebo hasta la semana 36. El objetivo primario del estudio fue la proporción de pacientes que alcanzó una respuesta ACR20 a la semana 12, objetivos secundarios fueron la respuesta ACR50 y 70.

En los resultados se observó una respuesta ACR 20 del 42% en el grupo 1 versus el 14% en el grupo 2 a la semana 12, también se observaron diferencias significativas en el número de articulaciones dolorosas, evaluación de dolor por parte del médico y del paciente así como del HAQ. A la semana 24 los resultados obtenidos en el grupo 2 fueron similares a los del grupo 1. Con respecto a los efectos adversos fueron similares en ambos grupos, no detectándose casos de tuberculosis, infecciones oportunistas o muertes.

En las conclusiones los autores sugieren que el ustekinumab es eficaz para el control de los signos y síntomas de la APs activa. El estudio clínico es objeto de un editorial en la revista en la que se destaca lo dificultoso del diseño y la interpretación del estudio y también la confusión o errores de dosificación que sucedieron durante el estudio.

En nuestra opinión el estudio presenta varios problemas metodológicos. En primer lugar la evaluación de los pacientes con APs corresponde mayoritariamente a dermatólogos con todos los problemas que ello conlleva a la hora de evaluar las articulaciones, tampoco se explica

como se realiza la evaluación de la dactilitis o la entesitis. El HAQ de los pacientes que ingresan en el estudio es de 0.9 en los tratados versus 0.8 en los del grupo placebo; es posible que muchos de los pacientes tan sólo estuviesen tratados con AINEs. Por otro lado sorprende el alto número de pacientes que habían estado en terapia biológica previa.

Es posible que el ustekinumab sea un fármaco eficaz para el tratamiento de la Aps; sin embargo, para ello será necesaria la realización de un estudio realizado por expertos reumatólogos. De esta manera podrán seleccionarse de una forma adecuada los pacientes con APs y podrán obtenerse conclusiones sólidas acerca de la utilidad del ustekinumab en la APs.

ARTROSIS

Eficacia de la artroscopia en el tratamiento de la artrosis de rodilla

ENSAYO ALEATORIZADO PARA EVALUAR LA EFICACIA DE LA CIRUGÍA ARTROSCÓPICA EN LA ARTROSIS DE RODILLA.

KIRKLEY A, BIRMINGHAM TB, LITCHFIELD RB ET AL. N ENGL J MED 359: 1097-107.

El lavado y retirada de detritus mediante artroscopia es una técnica que se utiliza con frecuencia en el tratamiento de los pacientes con artrosis de rodilla que han presentado una mala respuesta al tratamiento farmacológico. A pesar de ello existen pocos datos que avalen la eficacia de este tratamiento.

Los autores realizan un ensayo aleatorizado multicéntrico para valorar la eficacia del lavado y desbridamiento quirúrgico mediante artroscopia en pacientes con artrosis moderada o grave. Para ello seleccionan a 188 pacientes mayores de 18 años remitidos a un servicio de traumatología con artrosis de rodilla con un grado radiográfico 2,3 ó 4 según la clasificación modificada de Kellgren-Lawrence. Se excluyeron los pacientes con sospecha clínica de rotura meniscal clara o que presentasen cualquiera de las siguientes situaciones: artritis inflamatoria o postinfecciosa, antecedentes de traumatismo, artroscopia previa, infiltración con corticoides en los tres meses previos, déficit neurológico importante, grado radiográfico 4 de Kellgren-Lawrence en dos de los tres compartimentos de la rodilla (tibiofemoral interno, tibiofemoral externo y patelofemoral) en personas de más de 60 años, más de 5 grados de deformidad en varo o valgo, déficit neurológico grave, embarazo, enfermedad grave o embarazo.

Los pacientes se aleatorizaron en dos grupos: un grupo recibió tratamiento físico y médico y el otro grupo además recibió en las seis semanas siguientes a la aleatorización tratamiento mediante artroscopia.

El tratamiento artroscópico consistió en la irrigación



de al menos un litro de suero salino y dependiendo del criterio del cirujano ortopédico se realizó alguna o varias de las siguientes intervenciones: sinovectomía, desbridamiento y excisión de las roturas degenerativas de menisco, fragmentos del cartílago hialino u osteofitos que dificulten la extensión de la rodilla.

Para valorar y comparar la eficacia de ambos tratamientos utilizan la puntuación de la escala WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index)

En un análisis detallado de los resultados sólo encontraron diferencias a los tres meses del tratamiento con una mejoría superior en el grupo tratado con artroscopia. Los autores atribuyen este efecto en parte al conocido efecto placebo de una intervención quirúrgica, pues el grupo con tratamiento no quirúrgico no fue sometido a ningún tipo intervención.

A los dos años de seguimiento no hubo diferencias entre ambos grupos de tratamiento.

Los autores concluyen que la artroscopia no aporta beneficios al tratamiento conservador en pacientes con artrosis de rodilla.

LUMBALGIA

Lumbalgia aguda y la necesidad de una prueba de imagen para su evaluación

ESTRATEGIAS DE IMAGEN PARA LA LUMBALGIA: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS. CHOU R, FU R, CARRINO J, DEYO R. THE LANCET 2009; 373:463-472.

Diversos estudios han puesto de manifiesto la heterogeneidad existente entre los clínicos a la hora de realizar una evaluación de la lumbalgia aguda (LA). A pesar de la existencia de diversas guías clínicas y recomendaciones que sugieren la ausencia de necesidad de la realización de pruebas de imagen para la evaluación de la lumbalgia aguda en pacientes que no presentan signos de alarma. Es común en la actualidad para la evaluación de la LA, en la práctica clínica, la realización de radiografías de forma rutinaria o sin una clara indicación clínica. Basándose en estos hechos el objetivo del presente estudio fue evaluar si la realización de pruebas de imagen es más efectiva que el juicio clínico para la evaluación de la LA sin características clínicas que sugieran una patología grave.

Los autores realizaron una búsqueda en el Medline analizando aquellos artículos que evaluaban la pregunta en cuestión. Los estudios evaluaron al menos uno de los siguientes desenlaces: dolor, función, salud mental, calidad de vida, satisfacción del paciente y mejoría general comunicada por el paciente. La duración de los síntomas se catalogó como aguda <4 semanas, subaguda 4-12 semanas y crónica >12 semanas. El desenlace primario fue la mejoría en el dolor y la función, como desenlaces secundarios se evaluó la salud mental, calidad de vida, satisfacción del paciente y mejoría general informada por el paciente.

Seis estudios en total cumplieron los requisitos establecidos por los investigadores, 4 evaluaron radiografías lumbares y dos evaluaron la tomografía computadorizada (TC) o la resonancia magnética nuclear (RMN), en total se estudiaron 1804 pacientes, la duración del seguimiento osciló entre las 3 semanas y los 2 años. Tres estudios compararon radiografías lumbares con el juicio clínico y otros dos TC o RMN con el juicio clínico. Todos los estudios excluyeron a pacientes con cuadros sugestivos de enfermedades graves. En los resultados en ningún caso se observaron diferencias significativas entre el juicio clínico o las pruebas de imagen en la mejoría en el dolor o en la función en el seguimiento a corto o largo plazo, tampoco se observaron diferencias en la calidad de vida, salud mental y mejoría general.

En la discusión los autores concluyen, basándose en el análisis de los estudios, que no existen razones para la utilización de pruebas de imagen en la evaluación rutinaria de la lumbalgia no específica aguda o subaguda sin criterios clínicos de alarma. Queda por supuesto por resolver cuál o cuáles serían los criterios en la evaluación de la lumbalgia crónica. Este estudio es objeto de un editorial en la revista, donde se incide en la necesidad de "educar" a la sociedad

para disminuir la demanda de pruebas en la atención primaria.

En nuestra opinión este estudio pone de manifiesto uno de los grandes problemas de la atención clínica en los tiempos actuales. Diversos factores influyen en la práctica clínica actual; el colapso de la atención primaria, una sociedad mayoritariamente demandante de atenciones, incluso superfluas, y la falta de rigor de los gestores del Sistema Nacional de Salud, ponen sin duda en riesgo un modelo reconocido como necesario por todos los sectores de nuestra sociedad.

OSTEOPOROSIS

Acido zoledrónico: ¿cuánto dura el efecto?

EL EFECTO ANTIRESORTIVO DE UNA DOSIS DE ZOLEDRONATO PERSISTE DURANTE 2 AÑOS: ESTUDIO RANDOMIZADO Y CONTROLADO CON PLACEBO, EN MUJERES POSTMENOPÁUSICAS CON OSTEOPENIA.

GREY A, BOLLAND MJ, WATTIE D, ET AL. J CLIN ENDOCRINOL METAB;94:538-544.

El ácido zoledrónico o zoledronato (ZOL), es un bisfosfonato potente, que administrado en dosis anuales iv de 5 mg disminuye en pacientes con osteoporosis el riesgo de fractura vertebral un 70% y de cadera un 35%, con escasos efectos secundarios. Además disminuye la mortalidad de los pacientes que han sufrido una fractura de cadera un 28%. Sin embargo, se desconoce cuál la mínima dosis efectiva.

Con el objetivo de determinar la duración de la acción antiresortiva de una dosis de 5 mg iv de ZOL, los autores realizaron un estudio randomizado, doble ciego y controlado con placebo durante 2 años, en 50 mujeres con osteopenia. Las variables principales del estudio fueron los cambios en los marcadores bioquímicos y en la densitometría ósea (DMO) lumbar, fémur proximal y corporal.

Comparado con placebo, a los 2 años el tratamiento con ZOL disminuyó de forma significativa los niveles de todos los marcadores óseos al menos un 38% ($p < 0.0001$) e incrementó la DMO lumbar (5.7%. IC: 4-7.4. $P < 0.0001$) y femoral (3.9%. IC: 2.2-5.7. $P < 0.0001$). No hubo diferencias en los resultados de marcadores óseos y DMO a los 12 y 24 meses.

Por tanto, los efectos antiresortivos de una dosis de 5 mg de ZOL se mantienen al menos 2 años. Sin embargo, no disponemos de datos respecto a la incidencia de fracturas.

Diversas situaciones pueden ocurrir en la vida cotidiana de los pacientes que aconsejen retrasar la readministración del ZOL en pacientes con osteoporosis (por ejemplo cirugía, enfermedad intercurrente, etc), por lo que estos resultados pueden ser interesantes a tener en cuenta en la práctica diaria.

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

57. ¿Es necesaria la monitorización rutinaria de la masa ósea con DEXA en la población en tratamiento para la osteoporosis?

En la actualidad existe cierta controversia sobre este aspecto. Está demostrado que existe correlación inversa entre el resultado de la densidad mineral ósea (DMO) y el riesgo de fractura: a menor DMO, mayor riesgo de fractura.

Sin embargo, no está claro que la eficacia del tratamiento para la osteoporosis (OP) actual dependa sólo del grado de incremento de la DMO. De hecho, la mayoría de los fármacos utilizados en el tratamiento de la OP consiguen elevaciones de la DMO a los 3 años por debajo del 12%.

Por otra parte, en la práctica clínica no disponemos de otro instrumento que la medición de la DMO, para monitorizar y ver la respuesta al tratamiento. No obstante, realizarlo nos puede ayudar para mejorar la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes, que se sabe que puede ser importante, al comprobar ellos que el tratamiento es eficaz o que al no realizar correctamente el tratamiento la DMO sigue deteriorándose. Si se decide realizar un control al tratamiento con DMO, se aconseja hacerlo a los 2 años. Por tanto es aconsejable hasta que se disponga de una herramienta mejor.

58. ¿Cómo debemos abordar a un paciente con hiperuricemia que ha sufrido crisis gotosas cada vez que se inicia tratamiento con alopurinol?

En estos casos, en primer lugar se debe tratar el ataque de gota provocado con AINE a las dosis necesarias; al mismo tiempo se debe estabilizar al paciente con dosis bajas de colchicina -por ejemplo 1 mg diario-, sin añadir alopurinol. A las 2 o 3 semanas de estar con estas dosis de colchicina, es entonces cuando se debe introducir alopurinol. Esta dosis de colchicina se debe mantener asociado ya a alopurinol, entre 3 a 6 meses, manteniendo de forma crónica el tratamiento con alopurinol, ajustándolo según el nivel de uricemia en sangre. Se debe aprovechar para revisar la presencia de otros factores que pueden interferir como la ingesta de alcohol o tratamientos que pueden incrementar el nivel de uricemia en sangre como los diuréticos tiazídicos.

59. ¿Cuánto tiempo se debe mantener una ortesis de descarga en una epicondilitis para obtener mejoría?

No hay un tiempo determinado para mantener una ortesis de descarga en una epicondilitis. Esto dependerá también de otros factores que puedan haber participado en su aparición y mantenimiento de la epicondilitis. Estos factores suelen ser de tipo mecá-

nico y/o sobrecarga. En muchas ocasiones, se aconseja mantener la ortesis del tipo de banda elástica, como medida de protección a la hora de realizar dichas actividades de sobrecarga, hasta la mejoría completa, que como hemos comentado puede variar.

60. ¿Cuáles son los signos de la afectación de las caderas en EA?

Si bien el dato principal de la espondilitis anquilosante (EA) es el dolor lumbar inflamatorio y la presencia de sacroileitis, la afectación de las caderas, manifestado por dolor en región inguinal, alcanza al 50% de los pacientes con EA y suele ser bilateral. Su aparición ensombrece el pronóstico y puede llegar a ser muy incapacitante para el paciente. Clínicamente se sospecha por quejarse el paciente de dolor en la región inguinal de predominio al andar y en fases avanzadas incluso en reposo. En la exploración, las caderas están limitadas en su movilidad, inicialmente la rotación externa con la cadera en flexión. lateral de la cabeza femoral, posteriormente estrechamiento del espacio articular, protusión acetabular y finalmente incluso anquilosis. No es común la aparición de erosiones.

En la radiología, como dato precoz, observamos la aparición de un osteofito en la región

Reuma Update

actualización bibliográfica en Reumatología

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.

REUMATOLOGÍA PEDIÁTRICA

DOLORES DE CRECIMIENTO: UN SÍNDROME DE DOLOR NO INFLAMATORIO EN LA PRIMERA INFANCIA.

Hashkes PJ, Lowe RM. *Nat Clin Pract Rheumatol* 2008;4:542-9.

Resumen: El síndrome denominado "dolores del crecimiento" viene siendo diagnosticado desde hace alrededor de 200 años en hasta un tercio de todos los niños en su primera infancia. Consiste en dolor severo, no articular, en extremidades inferiores y de predominio nocturno.

En la etiopatogenia de este cuadro pueden intervenir diversos factores tales como hipertermia articular y pies planos, disminución del umbral del dolor, disminución de la resistencia ósea y factores de tipo emocional.

Para llegar al diagnóstico de esta entidad se precisa la realización de una completa historia clínica y exploración física. No suele ser necesaria la realización de exploraciones complementarias, aunque ante la existencia de signos de alarma tales como dolor unilateral, rigidez matutina, tumefacción articular y síntomas sistémicos es obligada una investigación detallada y la realización de analítica y técnicas de imagen que puedan llevarnos a un diagnóstico alternativo.

El tratamiento sintomático con medicación analgésica y fisioterapia suele controlar los síntomas hasta que el síndrome se autolimita con el tiempo.

Comentario: Se trata de una revisión exhaustiva sobre el cuadro tan frecuentemente visto en las consultas de reumatología pediátrica, que se ha venido denominando "dolores de crecimiento". La importancia de su conocimiento radica en la alta fre-

cuencia con que se presenta en la primera infancia, la ocasional intensidad de los síntomas y en la preocupación que suscita en los padres.

Me parece de gran interés la inclusión del síndrome entre los cuadros dolorosos no inflamatorios y la consideración del carácter etiopatogénico multifactorial, siendo particularmente relevante la posible disminución del umbral del dolor y su similitud con otras entidades tales como la fibromialgia.

Desde el punto de vista clínico me resulta de gran interés la pauta diagnóstica que se sugiere, siendo suficiente en la inmensa mayoría de los casos la realización de una buena historia clínica y exploración física, reservándose la práctica de exploraciones complementarias únicamente para aquellos pacientes que presentan síntomas o signos de alarma.

En lo referente al tratamiento se revela de utilidad la práctica del masaje por parte de los propios padres o bien de un programa de fisioterapia bien diseñado cuando sea requerido. Así mismo será necesario el uso de plantillas para aquellos niños con problemas ortopédicos asociados en los pies.



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

Enfermedad de Takayasu: ¿Es hereditaria?, ¿contagiosa?

Tengo varias preguntas sobre la enfermedad de Takayasu: ¿es una enfermedad hereditaria o contagiosa?, ¿se puede prevenir?. ¿cuáles suelen ser los síntomas?. He tenido una hija de 23 que ha fallecido a causa de esa enfermedad y nunca tuvo ningún síntoma.

Noa (remitida a la web-SER)

La arteritis de Takayasu es una enfermedad crónica de causa desconocida que provoca inflamación y estenosis (disminución del calibre) de los vasos sanguíneos grandes como la aorta (arteritis) y sus ramas. Aparece en el 90% a mujeres por debajo de los 40 años. Realmente es una enfermedad poco frecuente, pues afecta de 1 a 3 personas de cada millón en Europa o Estados Unidos, aunque su frecuencia es mucho mayor en países asiáticos.

No es una enfermedad infecciosa y por tanto no se contagia. Aunque no se conoce si es hereditaria, se ha relacionado la enfermedad con algunos genes y como ocurre en muchas enfermedades, puede haber una predisposición genética entre los pacien-

tes que la padecen. Por tanto, en la actualidad no se puede prevenir la enfermedad.

Al afectar la inflamación a los vasos sanguíneos importantes, puede provocar sintomatología grave, como isquemia, incluso infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca, afectación pulmonar o neurológica, entre otros. Sin embargo, al principio de la enfermedad suele provocar síntomas inespecíficos que dificultan su diagnóstico precoz. Es importante reconocer la enfermedad cuanto antes, para evitar la inflamación vascular y sus complicaciones. Hoy en día contamos con tratamientos eficaces para gran parte de los pacientes y en algunos casos se precisa de cirugía.

En el caso de su hija, probablemente presentó un cuadro de isquemia o infarto en un órgano vital como el corazón, con complicaciones agudas muy graves.

Dr. José Rosas

Infiltraciones continuas y artritis de rodilla

Tengo 36 años y mi padre tiene una espondilitis anquilosante. Desde hace unos 10 años tengo unos síntomas similares y mis médicos me dicen que

tengo una espondiloartritis indiferenciada. Como consecuencia de la enfermedad se me producen derrames continuos en la rodilla que me tratan con infiltraciones. ¿Me gustaría que me comentasen en que consiste esta enfermedad?, ¿tiene alguna relación con la enfermedad que tiene mi padre?, ¿es correcto el tratamiento con infiltraciones en la rodilla?

Juan, A Coruña

En la reumatología existe un grupo de enfermedades denominadas espondiloartritis o espondiloartropatías; dentro de este concepto se agrupan varias enfermedades que tienen características clínicas comunes. Una de ellas, efectivamente es la espondilitis anquilosante (EA).

La EA es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de dolor lumbar además de presentar en ocasiones afectación de otras articulaciones, especialmente las rodillas o los pies. Aunque las causas no están bien establecidas, los familiares de primer grado (padres, hermanos, hijos) de los pacientes que presentan una EA tienen un riesgo mayor de padecer esta enfermedad; en concreto se ha estimado que un 20% más que la población general.

Para realizar el diagnóstico de una EA es nece-

sario que el paciente presente una serie de criterios clínicos característicos que permiten realizar un diagnóstico preciso. Sin embargo, en ocasiones los pacientes pueden presentar una enfermedad con una serie de datos clínicos que permiten sospechar que presenta una enfermedad del grupo de las espondiloartritis, aunque al no presentar una enfermedad perfectamente definida que la pueda encuadrar, no es posible realizar un diagnóstico con precisión. En este caso se le denominará espondiloartritis indiferenciada.

Los familiares de primer grado de los pacientes con EA tienen un riesgo mayor de padecer la misma enfermedad o enfermedades relacionadas dentro del grupo de las espondiloartritis, por lo tanto de acuerdo a los que usted nos comenta su enfermedad tiene un grado de relación con la enfermedad que padece su padre.

No nos indica cuál o cuáles son los tratamientos que usted recibe para la enfermedad. Las infiltraciones son un buen tratamiento para las articulaciones inflamadas. Sin embargo, éstas se suelen realizar de una manera puntual ante inflamación aguda de alguna articulación, con mayor frecuencia en la rodilla. En general, hoy en día, si se precisan recibir

infiltraciones de forma frecuente, es probable que se deba plantear otro tipo de tratamiento para intentar el control adecuado, de la enfermedad. Le aconsejamos que comente sus dudas con su reumatólogo.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

Tendinitis de hombro y dificultades en el diagnóstico

Soy una chica de 28 años que desde hace unas 13 semanas sufro dolores periódicos en los omoplatos. Les escribo porque estoy desesperada. En estos momentos estoy con el brazo izquierdo pegado a mi cuerpo porque si lo muevo me duele muchísimo (me ha tenido que vestir mi pareja, etc). Estos episodios me suceden una vez al mes más o menos. El traumatólogo, tras hacerme un escáner (en esos momentos no tenía el episodio) me dijo que sería de contracturas. He ido al fisioterapeuta y me dice que el dolor es tipo muscular.... Me suele doler en el omoplato izquierdo y a veces derecho sobre todo en el hombro, justo donde se une con el brazo y no suelo poder levantar ni desplazar el hombro. Les agradecería que me indiquen qué hacer.

Patricia (remitida a la web de la SER)

Con los datos que aporta, parece inicialmente un cuadro que se ve con frecuencia, de tendinitis en el hombro (me duele sobre

todo el hombro...; lo tengo pegado al cuerpo...), que con frecuencia puede irradiar hacia la zona del cuello e incluso al omóplato y empeora al mover el propio hombro. Aunque no comenta su actividad laboral, suele aparecer tras sobrecargas, incluso leves pero repetitivas de la vida cotidiana. Si le han hecho un escáner (entendemos un TAC), puede no verse bien la causa, pues habitualmente el problema es del tendón y se visualiza mejor con una ecografía o una resonancia magnética. El tratamiento habitual suele ser analgésicos/antiinflamatorios; puede probarse con una infiltración local y fisioterapia.

Sin embargo, su cuadro no es el típico de una tendinitis sin más (su edad, aparición periódica y curso de más de 1 año, no respuesta a los tratamientos iniciales) y habría que investigarlo con detenimiento, necesitando además de una exploración adecuada, probablemente pruebas como la resonancia magnética entre otras. Por ello, le aconsejamos que consulte con algún reumatólogo de su zona.

Dr. José Rosas

Dolor y osteoporosis

Doctor, desde hace años padezco lumbalgias con mucha frecuencia. En la última visita mi médico vio el resultado de unas radiografías y me ha diagnosticado una artrosis en la columna lumbar. He tomado

muchos medicamentos para el dolor pero no acabo de mejorar. Tengo desde hace 3 años la menopausia y estoy preocupada porque sé que con las radiografías no se ve la osteoporosis, y yo estaría más tranquila si me hicieran una densitometría, porque pienso que las molestias que tengo las podría producir la osteoporosis. Tengo algunas conocidas que tenían dolores y al hacerles una densitometría se ha descubierto que padecen una osteoporosis.

V. Biosca (Valencia)

La osteoporosis es una enfermedad en la que los huesos se vuelven más frágiles por una disminución de la densidad mineral ósea. Esta peor calidad de los huesos "no duele". Sólo se produce dolor cuando el hueso se rompe, es decir, cuando aparece una fractura. En su caso, el dolor lumbar de años no es debido a la osteoporosis, pues en la radiografía su médico no ha encontrado ninguna fractura en las vértebras.

Por ello la razón de solicitar una densitometría no es el dolor, sino que haya motivos para pensar que usted pueda tener un riesgo aumentado de tener osteoporosis, como por ejemplo que su madre haya tenido alguna fractura de cadera o que tome medicamentos como corticoides entre otras causas.

Por lo tanto la osteoporosis no causa dolor excepto si hay fractura, y en su caso es más probable que su dolor sea de origen muscular o por la artrosis a nivel lumbar.

Dr. José Ivorra

Osteoporosis: cifras elevadas de calcio en sangre

En un análisis me detectaron que tenía mucho calcio en la sangre. Tras hacerme unas pruebas me han dicho que tengo osteoporosis. No comprendo cómo teniendo tanto calcio pueda tener osteoporosis. Incluso me han aconsejado que me opere de unas glándulas que tenemos en el cuello y que provocan ese calcio elevado.

L. Martín (Valencia)

Según su descripción usted padece un hiperparatiroidismo. Es decir las glándulas paratiroides situadas en la parte anterior del cuello, en el interior de una glándula mayor llamada tiroides, producen en exceso una hormona que se llama paratohormona. Esta hormona entre otras cosas contribuye a que las cifras de calcio en la sangre estén siempre en el mismo nivel con independencia del calcio que tomemos en la dieta. Los músculos, el corazón o el cerebro necesitan una concentración adecuada y estable de calcio en sangre. Si la concentración de calcio en la sangre es más alta o más baja de lo normal estos órganos pueden funcionar mal. Para ello esta hormona lo que hace es extraer calcio de los huesos e impedir que el calcio se pierda en la orina. Si tenemos un exceso de esta hormona, parte del calcio almacenado en los huesos pasa a la sangre, de tal forma que se produce una osteoporosis y un exceso de calcio en sangre.

Dr. José Ivorra

Buzón para el reumatólogo

Enviar las consultas a losreumatismos@ser.es

¿Se puede llegar a retirar el tratamiento reductor de la uricemia a los pacientes con gota?

Para contestar esta pregunta debemos plantearnos otras cuestiones previas. Si la gota es una enfermedad producida por la inflamación, tanto aguda como crónica, que inducen los cristales de urato:

1.- ¿Podríamos afirmar que reduciendo la uricemia se disuelven los cristales y sin cristales no hay gota?

Existe evidencia para afirmar que el mantenimiento a largo plazo de niveles de uricemia alejados del punto de saturación del urato en plasma (inferiores a 5-6 mg/dl), se asocian a una desaparición completa de los episodios de inflamación aguda y a una reducción y ulterior desaparición de los tofos (1). Todo ello indica que la remisión se puede conseguir mediante una adecuada reducción de la uricemia durante tiempo suficiente.

2.- ¿Cómo podríamos asegurar que el tratamiento corrector de la uricemia ha disuelto todos los cristales de urato?

Un reciente estudio muestra que los cristales de urato desaparecen del líquido sinovial manteniendo niveles adecuados de uricemia durante suficiente tiempo (2). En este estudio, la media de uricemia fue inferior a 5 mg/dl. Igualmente, si se suspende el tratamiento tras 5 años tras la desaparición de los tofos, sólo dos variables se asocian al riesgo de recidiva: la uricemia durante el tratamiento y la uricemia tras la suspensión del mismo (3). Por ello, nuevamente los datos indican que en pacientes con gota la formación y la disolución de los cristales depende de una ecuación: uricemia x tiempo. Los pacientes que suspenden el tratamiento tras una corrección adecuada y prolongada de la uricemia pueden permanecer asintomáticos durante una media de casi cinco años, especialmente aquellos con uricemias post-suspensión no muy elevadas.

3.- ¿Qué niveles de uricemia, una vez que suponemos que no existen ya depósitos de cristales de urato, hay que marcar como objetivo para evitar la formación de nuevos cristales?

Si con el tratamiento reductor de la uricemia conseguimos niveles de uricemia adecuados durante suficiente tiempo (fase de depleción de cristales), podríamos asumir que en un seguimiento a largo plazo sólo se requeriría en una segunda fase (fase de prevención de formación), unos niveles justo por debajo del nivel de saturación (6.8 mg/dL) suficiente para evitar de nuevo la formación de cristales (4).

En conclusión, sobre la base de un periodo de tratamiento corrector de la uricemia adecuado y prolongado que asegure la depleción de cristales de urato, se pueden ofrecer a los pacientes dos opciones:

- 1) Mantener el tratamiento sine die, si bien con ajustes de la uricemia más cercanos al punto de saturación, lo que aseguraría una ausencia de recidiva.
- 2) Suspender el tratamiento en pacientes con muy buen control previo de la uricemia y que muestren uricemias no muy elevadas a posteriori, pudiendo permanecer asintomáticos durante años, si bien a largo plazo sufrirán recidivas.

DR. FERNANDO PÉREZ RUIZ.

SERVICIO REUMATOLOGÍA
HOSPITAL DE CRUCES. VIZCAYA

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Perez-Ruiz F, Liote F. Lowering serum uric acid levels: what is the optimal target for improving clinical outcomes in gout? *Arthritis Rheum* 2007;57:1324-8.
- 2.- Pascual E, Sivera F. Time required for disappearance of urate crystals from synovial fluid after successful hypouricaemic treatment relates to the duration of gout. *Ann Rheum Dis* 2007;66:1056-8.
- 3.- Perez-Ruiz F, Atxotegi J, Hernando I, Calabozo M, Nolla JM. Using serum urate levels to determine the period free of gouty symptoms after withdrawal of long-term urate-lowering therapy: a prospective study. *Arthritis Rheum* 2006;55:786-90.
- 4.- Perez-Ruiz F. Treating to target: an strategy to cure gout. *Rheumatology* 2009 (en prensa).

La SER, premio “Conocimiento y Pacientes”

por la Fundació Josep Laporte

El doctor José Vicente Moreno Muelas, vicepresidente de la Sociedad Española de Reumatología (SER), ha recogido en nombre de la SER, de manos del Dr. Juan José Rodríguez Sendín, presidente de la Organización Médica Colegial, el premio Conocimiento y Pacientes otorgado por la Fundació Josep Laporte, el Foro Español de Pacientes, el Fòrum Català de Pacients y la Universidad de los Pacientes.

El Dr. Moreno Muelas ha querido destacar que recibir un premio como éste, “otorgado por un foro de pacientes, es uno de los máximos reconocimientos a los que puede optar una sociedad científica como la nuestra. Aún más cuando se trata de la segunda agrupación de pacientes en Europa por su número de adscritos”.

Este galardón es un reconocimiento al apoyo que la Sociedad Española de Reumatología ofrece a proyectos destinados a cubrir las necesidades de pacientes, profesionales, familiares, cuidadores y voluntarios realizados por las diferentes instituciones vinculadas a la Fundació Josep Laporte. De este modo los premios Conocimiento y Pacientes reconocen la labor de profesionales e instituciones destacadas en la mejora de la calidad de vida en la atención sanitaria a los pacientes.

El evento, que contó con la presencia del presidente del European Patients' Forum, Sr. Anders Olau-son entre otras personalidades, estaba dirigido a hacer un agradecimiento extensivo a todas las entidades y organismos que han colaborado con la Fundació Josep Laporte durante sus diez años de existencia.

ES LA PRIMERA ESPAÑOLA Y LA PRIMERA MUJER QUE OCUPA ESTE CARGO

La Dra. Loreto Carmona, presidenta del Comité Científico de EULAR 2010

La Liga Europea contra los Reumatismos (EULAR), la organización que representa a los pacientes, los profesionales sanitarios y las sociedades científicas de Reumatología de todos los países europeos, acaba de nombrar a la doctora Loreto Carmona Ortells (Sevilla, 1965) presidenta del Comité Científico del Congreso EULAR 2010. Esta cita es, junto al congreso anual del Colegio Americano de Reumatología (ACR en sus siglas en inglés), la de mayor nivel científico de la especialidad del mundo.

De esta forma, la Dra. Carmona, que actualmente ejerce como directora de la Unidad de Investigación de la Fundación Española de Reumatología, se ha convertido en la primera mujer y en la primera española que preside el Comité Científico de EULAR en los más de 60 años de historia con los que cuenta la organización.

Desde este puesto, la doctora Carmona será la encargada de decidir y coordinar el programa científico del Congreso EULAR 2010, que se prevé congregue a más de 15.000 especialistas y en el que la experta espera brindar una "oferta formativa imbatible".

El objetivo de EULAR se centra en estimular, promover y respaldar la investigación, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación de las enfermedades reumáticas. Estas patologías, hoy por hoy, son las de índole crónico más prevalentes en España, al



afectar a un 22,6% de la población, lo que se traduce en más de diez millones de personas.

UNA VIDA DEDICADA A LA INVESTIGACIÓN

La doctora Carmona Ortells se licenció en la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid en 1990, realizando la especialidad vía MIR en el Hospital de la Princesa de Madrid (1991-1994). Desde la residencia se ha dedicado casi exclusivamente a la investigación clínica y epidemiológica de las enfermedades reumáticas, tras haberse formado en 1996-97 en el Arthritis Research Group de la Universidad de California en San Francisco en investigación clínica y epidemiológica.

Entre 1999 y 2000 dirigió el estudio EPISER, con el que obtuvo el grado de Doctora en Medicina y Cirugía, por el Departamento de

Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad Autónoma de Madrid. Tras este proyecto ha permanecido vinculada a la Sociedad Española de Reumatología y a la Fundación Española de Reumatología a través de numerosos proyectos.

Ha publicado más de 80 artículos en revistas nacionales e internacionales y ha colaborado en más de 200 presentaciones a congresos de la especialidad. Asimismo, ha participado en varias revisiones sistemáticas y meta-análisis y es revisora habitual, y profesora de revisores, de la Sociedad Española de Reumatología.

Dirige, desde 2003, la Unidad de Investigación de la Fundación Española de Reumatología, desde donde coordina numerosos estudios y guías y asesora a reumatólogos en sus proyectos de investigación clínica.

RESULTADOS DEL ESTUDIO "VIVIR CON ARTRITIS REUMATOIDE", PROMOVIDO POR CONARTRITIS

El 83% de los pacientes no sabía qué era la AR en el momento del diagnóstico

ACTUALIDAD REUMATOLÓGICA

El 83% de los pacientes no sabía qué era la artritis reumatoide (AR) en el momento del diagnóstico, según expone uno de los resultados del estudio "Vivir con artritis reumatoide", promovido por la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis). El estudio aborda desde un punto de vista psicosocial cómo los pacientes viven las distintas etapas de su enfermedad y cómo se enfrentan a su dolencia. En España más de 200.000 personas están afectadas por la AR, lo que representa una prevalencia del 0,5%. El estudio ha contado con la colaboración de Roche y ha sido declarado de utilidad para pacientes reumáticos por la SER.

Afortunadamente se observa una evolución positiva, la demora hasta el diagnóstico fue menor en los pacientes que participaron en el estudio con una AR de reciente diagnóstico que en aquellos diagnosticados hace más de 10 años. "Recibir la noticia de padecer este tipo de enfermedad, con la que habremos de convivir toda nuestra vida y a la que tendremos que irnos adaptando supone un gran impacto emocional", explica Antonio Torralba, presidente de ConArtritis. "La actitud que mantiene una persona frente a la enfermedad es vital. Afrontar la vida con optimismo y tener confianza en el futuro es, sin duda, lo que marca la diferencia entre unos pacientes y otros", afirma Laly Alcaide, Secretaria de la Coordinadora.



Tras el diagnóstico y la aceptación de la enfermedad, el paciente debe enfrentarse a la parte más dura: el 'día a día'. Muchas personas se ven obligadas a renunciar o redefinir infinidad de pequeñas tareas que antes de la enfermedad realizaban sin problemas. Esto afecta de manera muy notoria al entorno laboral, donde el paciente se enfrenta a la incapacidad absoluta en un 35% de los casos, a frecuentes bajas médicas y, en ocasiones, a la imposibilidad de seguir realizando las mismas funciones.

EL PAPEL DE LOS BIOLÓGICOS

El tratamiento con fármacos biológicos ha supuesto para muchos pacientes un gran paso en el incremento de su calidad de vida. Estos nuevos fármacos han conseguido que se pueda tener un mejor control de los síntomas de la enfermedad, y en un gran número de casos han logrado detener su progresión, lo que conlleva la posibilidad de recu-

perar parte de la normalidad en las actividades cotidianas.

Sin embargo, de acuerdo con los datos publicados en el estudio 'Artritis Reumatoide: carga de la enfermedad y acceso de los pacientes a los tratamientos', en el 2000 sólo el 8% de los pacientes con AR en nuestro país era tratado con fármacos biológicos. En este sentido, la Dra. Rosario García de Vicuña, presidenta de la Sociedad Española de Reumatología (SER), afirma que "el diagnóstico y tratamiento temprano retrasan la progresión de la enfermedad y frenan el deterioro de la articulación, y con ello se consigue una disminución de su impacto en el paciente, así como de los días perdidos por discapacidad". Además, añade, "los tratamientos biológicos y las nuevas pautas de inicio y seguimiento han cambiado nuestras expectativas porque nos han demostrado que se puede llegar a tener una actividad de la enfermedad de 'cero'".



Nuevos Hospitales de Día en San Sebastián y Córdoba

La Sociedad Española de Reumatología (SER) presentó en la nueva unidad de Hospital de Día del Hospital de Donostia, la campaña nacional de educación sanitaria "En la artritis reumatoide, date un descanso. Papel del Hospital de Día" realizada con la colaboración de Schering Plough. Esta es una iniciativa que pretende dar a conocer la figura del hospital de día como herramienta clave en el control y tratamiento de la artritis reumatoide.

El Doctor Joaquín Belzunegui, jefe del Servicio de Reumatología de este hospital señaló que "la artritis reumatoide afecta en la actualidad a 10.000 personas en Euskadi y en Donostia, en estos momentos, se está atendiendo a alrededor de 900 pacientes afectados por esta enfermedad". Tal como explicó el Dr. José Vicente Moreno Muelas, vicepresidente de la SER, "el hecho de que la artritis reumatoide afecte a más de 250.000 personas en España, convierte a esta enfermedad en la patología principal de la reumatología actual." Según el doctor Joaquín Belzunegui, en la actualidad en Euskadi el 5% de todas las bajas laborales que se registran son consecuencia

directa de la artritis reumatoide, mientras una de cada cuatro personas que la sufren acaba incapacitada para desarrollar su trabajo

En los últimos tiempos, el hospital de día ha cobrado cada vez mayor importancia en el control de determinadas enfermedades gracias a las terapias que en él se dispensan. En el caso concreto de la artritis reumatoide, supone un avance muy significativo en la eficacia terapéutica, con la consiguiente mejora en la calidad de vida y el pronóstico de los pacientes.

En este contexto cabe también destacar la importancia de un programa educativo denominado EPICA, a través del cual se aprovecha la estancia del paciente en el hospital para recibir su tratamiento y, durante ese tiempo, desarrollar una herramienta que le permita conocer mejor su enfermedad.

Según el doctor Moreno, "para el reumatólogo es crucial diferenciar la artritis de la artrosis, cosa que puede hacer desde el principio por el tipo de síntomas, pero también por la exploración articular y las pruebas complementarias de laboratorio así como el estudio del líqui-

do sinovial." El doctor Belzunegui apuntó que "las terapias biológicas han supuesto una auténtica revolución en el tratamiento de la artritis reumatoide. Han demostrado rapidez de acción, eficacia a la hora de atajar los signos inflamatorios y de disminuir de manera clara el daño estructural que sufren las articulaciones de los pacientes."

INAUGURADO EL HOSPITAL DE DÍA EN CÓRDOBA

Por otra parte, el doctor Eduardo Collantes, jefe de servicio de Reumatología del Hospital Reina Sofía de Córdoba, junto con el gerente del centro, José Manuel Aranda y la delegada de salud en Córdoba, M^a Isabel Baena, han inaugurado el hospital de día de Reumatología de Córdoba. El centro, según señaló el doctor Collantes, ayudará a mejorar la calidad de vida de los pacientes e impulsará la investigación, sobre todo en artritis reumatoide psoriásica y espondilitis anquilosante.

Aquí se podrán llevar a cabo cada año 1.700 sesiones de distintos tratamientos y 1.200 terapias biológicas que se administrarán por vía intravenosa y subcutánea.

La SER apuesta por la investigación genética de las enfermedades reumáticas

La SER apuesta por la investigación genética de las enfermedades reumáticas

Conocer la base genética de las enfermedades está dejando de ser el futuro de la Reumatología para convertirse en el presente, ya que permite que los pacientes que sufren alguna de las enfermedades que mejor se caracterizan genéticamente puedan ver reflejado dicho conocimiento en realidades terapéuticas o de prevención.

Conscientes de la importancia de la investigación de las enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas desde un punto de vista genético, la Sociedad Española de Reumatología ha apostado por la potenciación de esta área, confiando en que este empeño redundará en un mejor conocimiento de la prevalencia de determinados genes y sus variantes en las poblaciones, la simplificación de la búsqueda de marcadores moleculares de predisposición a enfermedades, el descubrimiento de interacciones entre genes y factores medioambientales e, incluso, que permitirá tanto fundamentar dianas terapéuticas y refinar estrategias preventivas como proporcionar el soporte necesario para la toma de decisiones clínicas y de salud pública.

De esta forma, desde la SER, en colaboración con UCB Pharma, se están llevando a cabo iniciativas como el Plan GENSER, que pretende fomentar y potenciar la investigación genética en el ámbito de las enfermedades reumáticas en España, preferentemente bajo el liderazgo de quienes mejor las entienden clínicamente: los reumatólogos.

Para ello, el Plan GENSER convoca ayudas a infraestructura de investigación con el objetivo de establecer un sistema que asegure el correcto transporte, almacenamiento y custodia de



Doctores Juan Cañete, Ellen Cadwell, jefa de la unidad de inmunología de UCB, Rosario García de Vicuña y Federico Díaz

muestras biológicas de pacientes con enfermedades reumáticas, así como su utilización posterior por parte de grupos de reumatólogos españoles que las soliciten en condiciones de competencia ética y ligadas a la información epidemiológica y clínica pertinente. Asimismo, la Sociedad Española de Reumatología ha puesto en marcha ayudas a proyectos de investigación en genética para fomentar la investigación de calidad en genética de enfermedades reumáticas.

Los investigadores que han superado la primera convocatoria de Ayudas para Proyectos de Investigación en Genética de las Enfermedades Reumáticas (Plan GENSER) y, por lo tanto, han recibido estas ayudas, han sido el Dr. Francisco Blanco y el Dr. Javier Martín. Ambos, gracias a estas becas han podido ampliar sus líneas de investigación, así como iniciar otras nuevas y contar con una mayor dotación de personal, algo fundamental teniendo en cuenta que los proyectos públicos no suelen conceder ayudas para personal.

CURSOS SER DE MECANISMOS Y DIANAS

Englobado dentro de las acciones por impulsar la investigación genética en estas enfermedades, la SER y UCB

Pharma también están llevando a cabo los Cursos SER de Mecanismos y Dianas, englobados en el marco de las Jornadas en Biomedicina y Enfermedades Inflamatorias (BEI), un encuentro que pretende ofrecer vínculos entre la biomedicina y la práctica clínica para superar las actuales barreras que las enfermedades inflamatorias plantean y que cuenta con la participación de expertos en biomedicina de talla internacional, los cuales aportan a los reumatólogos sus conocimientos sobre biomedicina aplicados a las enfermedades inflamatorias con el objetivo de actualizar su información.

En las II Jornadas BEI, por ejemplo, se abordó un asunto de total actualidad como son los mecanismos y posibles dianas terapéuticas de la sinovitis crónica. Así, los doctores Juan Cañete, del Servicio de Reumatología del Hospital Clínic de Barcelona, y Federico Díaz, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Canarias y secretario general de la SER, coordinaron este curso en el que se dieron cita reumatólogos y oncólogos y que, en su opinión, permitió a los reumatólogos aumentar sus conocimientos sobre dianas terapéuticas y promover la implicación de los clínicos en la investigación de nuevas terapias en la AR, entre otros asuntos.

PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES REUMATOLÓGICOS

La SER pone en marcha el grupo AEPROSER

La Sociedad Española de Reumatología (SER) acaba de poner en marcha el grupo de trabajo AEPROSER (Agrupación Española de Profesionales de la Salud para el Estudio de las Enfermedades Reumáticas), que engloba a aquellos profesionales de la salud que, sin ser reumatólogos, trabajan en el ámbito de la Reumatología. El objetivo del grupo será promover la formación y la investigación en Reumatología con el convencimiento de que la medicina de calidad debe enfocar a los pacientes desde un modelo biopsicosocial, abarcando todas las formas de expresión de la enfermedad y los

factores que influyen en ella con una perspectiva multidisciplinar.

Este grupo, el primero de estas características que se pone en marcha, está compuesto por profesionales de Enfermería, Psicología, Psiquiatría, Rehabilitación, Fisioterapia y Terapia Ocupacional, todos con una amplia experiencia y conocimiento previos de las enfermedades reumáticas, tanto desde la atención directa a pacientes como desde el plano de la formación e investigación en esta área, habiendo trabajado en muchos casos en ambas vertientes.

AEPROSER apoyará a los reumatólogos en aquellos aspectos en los que, por su formación específica y multi-

disciplinar, puedan aportar enfoques diferentes que resulten de utilidad para el abordaje de los pacientes.

Además de la colaboración con reumatólogos, otro de los objetivos del grupo es llevar a cabo diferentes actividades de formación a los pacientes, ya que, como ha afirmado Milena Gobbo, coordinadora del grupo, "son de gran utilidad en el marco de enfermedades crónicas y las experiencias en otros países han demostrado su eficacia. Las aulas de pacientes y la creación del paciente experto son objetivos en los que la interdisciplinariedad es clave, por lo que nuestro trabajo en este sentido es decisivo"

XV SIMPOSIO INTERNACIONAL DE INFLAMACIÓN Y ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Casi la mitad de pacientes con AR precoz alcanzan remisión clínica con terapia inicial con anti-TNF's

La neutralización del Factor de Necrosis Tumoral sigue siendo el futuro", ha sido el enunciado de la ponencia de la doctora Cornelia Allaart, responsable de la Unidad de Investigación Clínica del Centro Médico Universitario Leiden (Holanda), bajo el patrocinio de la compañía biofarmacéutica UCB Pharma. La intervención tuvo lugar durante el XV Simposio Internacional de Inflamación y Enfermedades Reumáticas, celebrado en Zaragoza. La doctora Allaart expuso ante una amplia representación de los principales reumatólogos de España las conclusiones y lecciones principales del Estudio BeSt en el manejo de la artritis reumatoide (AR), así como el papel de los anti-

TNF's dentro de las estrategias de tratamiento.

Entre estas terapias biológicas se encuentra el novedoso biológico certolizumab pegol, el primer y único anti-TNF PEGilado sin región Fc, en proceso de desarrollo por parte de UCB Pharma. Este tratamiento ha mostrado en su programa de ensayos clínicos un rápido y significativo efecto al reducir los signos y síntomas de la AR.

Para establecer la terapia de inducción de la remisión como estrategia estándar, es necesario conseguir un diagnóstico precoz y un inicio de tratamiento temprano, potencialmente con los nuevos biológicos. En palabras de la Dra. Cornelia Allaart respecto al papel que desempeñan

los anti-TNF's en ese contexto "la iniciación con anti-TNF's ofrece una mejoría clínica temprana y una menor progresión del daño articular frente a la opción de retrasar la introducción de los mismos. Además, su administración puede ser discontinuada con éxito de manera más habitual, lo que a su vez tendría un efecto positivo en los costes a lo largo del tiempo y en cuanto a exposición a los posibles efectos secundarios".

Dentro del papel que juegan los anti-TNF's en el tratamiento y abordaje de la AR, certolizumab pegol ha evidenciado reducir los síntomas de la enfermedad e inhibir la progresión del daño articular, según los estudios RAPID 1 y 2 y el estudio en monoterapia Fast4Ward.

Es posible reducir los costes laborales y mejorar la productividad de los pacientes con artritis reumatoide

El tratamiento con adalimumab, anticuerpo monoclonal humano, puede ayudar a mejorar la productividad de los pacientes con artritis reumatoide (AR) y reducir los costes laborales, de acuerdo con recientes estudios llevados a cabo por un grupo de autores (Dr. Howard Birnbaum et al), que han analizado un total de 133 artículos y 14 resúmenes de pósters al respecto. Esta revisión

cuencia, mantienen sus empleos durante más tiempo.

Los autores de la revisión han destacado concretamente cinco recientes estudios con adalimumab, que demuestran el impacto positivo de este anticuerpo monoclonal respecto a la productividad laboral. Datos derivados del estudio multicéntrico PREMIER revelan que los pacientes que recibieron adalimumab más metotrexato

adalimumab frente a 787 pacientes tratados sólo con DMARD (Disease Modifying Anti-Rheumatic Drugs).

De este modo, adalimumab puede reducir o incluso frenar el proceso de un paciente desde limitaciones moderadas en el puesto de trabajo hasta incapacidades más graves.

REDUCCIONES EN COSTES INDIRECTOS

Por otra parte, según los autores, es lógico que se incrementen las reducciones en costes indirectos a las empresas, dado que el uso de los antagonistas del TNF va a ir haciéndose más común y los beneficios para los actuales pacientes con adalimumab irán aumentando conforme se prolonga la duración de su tratamiento.

Tratamientos como adalimumab, que ayudan a los trabajadores a prevenir las más graves limitaciones en su empleo pueden contribuir a reducir los costes laborales, y deberían ser considerados al valorar el coste-eficacia de una terapia.

De hecho se echan de menos áreas en la literatura médica referidas al binomio coste-eficacia de intervenciones capaces de mantener a los trabajadores con AR ventajosamente afianzados en su puesto laboral.

Estudios prospectivos demuestran que entre el 25-50% de los pacientes con AR abandonan su trabajo en el plazo de una década desde la aparición de la enfermedad y entre el 50-90% dejan de trabajar antes de los 65 años.

Adalimumab tiene un impacto positivo en los costes indirectos asociados a esta patología

acerca del impacto laboral de los antagonistas del TNF (factor de necrosis tumoral) en la AR ha sido publicada en el Experts Opinion in Pharmacotherapy (2009) Feb;10(2):255-69.

Aunque los autores concluyen que existe mucha variabilidad en las estimaciones, apuntan sin embargo, que adalimumab aporta datos concretos en ese sentido, por lo que su empleo puede tener un impacto positivo en los costes indirectos asociados a la AR.

BENEFICIOS EN LA SALUD Y EN EL EMPLEO

Los estudios analizados han determinado que los pacientes que reciben terapia con adalimumab experimentaron menos días de enfermedad, redujeron su absentismo laboral, disminuyeron sus índices de discapacidad en el puesto de trabajo y, como conse-

consiguieron reducir en torno al 50% sus jornadas de absentismo laboral tras un año de tratamiento, frente a la terapia sólo con metotrexato.

Del mismo modo, la incapacidad laboral en las actividades caseras, las horas necesarias para el apoyo asistencial, y la utilización de recursos, se redujo también o permaneció estable en un estudio con 505 pacientes durante tres años de terapia con adalimumab, desarrollado por el grupo alemán de Mittendorf et al

Respecto al impacto económico positivo que puede suponer este anti-TNF, el grupo de Halpern et al, ha calculado un promedio de ahorro por paciente de más de 10.680 \$ (2005) en concepto de ingresos durante un periodo de dos años, según su estudio en el que comparó 486 pacientes con artritis reumatoide tratados con