

reuma

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

reuma



ENTREVISTA

Prof. Iñaki Sanz Paz:

“En los pacientes con lupus es fundamental prevenir las enfermedades cardiovasculares”



Cuenta con su propia unidad de investigación

La Fundación Española de Reumatología celebra su 10º aniversario

XXXV CONGRESO SER
Investigar y Coordinar



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.
Asociación de Reumatología y Reumatología

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

Reflexiones a la luz del XXXV Congreso

Que el número 35 de "Los Reumatismos" sea el portavoz del XXXV Congreso de la Sociedad Española de Reumatología es, sencillamente, pura coincidencia. No obstante, puede indicar asimismo un signo paralelo de vitalidad de ambas actividades, cada una por supuesto a su nivel.

El Congreso de la SER, celebrado por vez primera este año en Murcia, ha demostrado de nuevo su dinamismo y capacidad de convocatoria. La gran cantidad de temas abordados durante las jornadas y su interés en los diversos campos de la Reumatología no facilitan la tarea a la hora de destacar determinados aspectos o aportaciones novedosas. Aún así, hemos querido resaltar algunos datos en los terrenos de epidemiología, investigación y clínica.

El ámbito de la epidemiología sigue dando pábulo para lamentar una dramática realidad reflejada en el hecho de que cerca de 10 millones de españoles sufren alguna enfermedad reumática, como destacaba la presidenta de la SER, Dra. Rosario García de Vicuña, en el acto inaugural del Congreso. "A pesar de estas evidencias –subrayaba completando su análisis– la Reumatología y las enfermedades reumáticas siguen siendo enormemente desconocidas para la mayoría de la población, lo que provoca continuos retrasos en el diagnóstico y, por tanto, en el tratamiento."

En contraste con esta desalentadora realidad, el dinamismo de la investigación Reumatológica española ofrece un panorama ejemplar en todo el mundo. Precisamente este año se cumple el décimo aniversario de la Fundación Española de Reumatología, uno de cuyos objetivos es promover la formación y la investigación en la especialidad.

Su tarea en este ámbito, en apoyo de las iniciativas de los especialistas españoles, viene siendo modélica.

Finalmente, no debemos olvidar un planteamiento emergente de gran interés en el ámbito hospitalario, como es el de la cooperación multidisciplinar entre especialidades, a la vista de la complejidad que presentan para su diagnóstico las enfermedades autoinmunes. El Dr. Santiago Muñoz, presidente del comité científico del XXXV Congreso, ha calificado de imprescindible la coordinación con la mayoría de los servicios del hospital, pese a la evidencia de que se trata de un reto complejo, que exigirá buenas dosis de imaginación y la mejor voluntad por todas las partes implicadas.

En el ámbito de la epidemiología sigue presente el dramático dato de cerca de 10 millones de españoles con alguna enfermedad reumática

En contraste con esta desalentadora realidad, el dinamismo de la investigación reumatológica española ofrece un panorama ejemplar en todo el mundo

mayo-junio 2009
Nº 35 - AÑO 7

reuma
murcia

XXXV CONGRESO SER
Investigar y Coordinar

ENTREVISTA

Prof. Iñaki Sanz Paz:
"En los pacientes con lupus
es fundamental prevenir
las enfermedades cardiovasculares"

Cuenta con su propia
unidad de investigación
La Fundación Española de
Reumatología celebra
su 10º aniversario

Nuestra Portada

Junto con la constatación de la extensa epidemiología de las enfermedades reumáticas en nuestro país y la persistente ignorancia generalizada en torno a ellas, el XXXV Congreso de la SER, celebrado en Murcia, ha puesto de relieve el sólido balance de la investigación española, así como la necesidad de coordinación multidisciplinar con otras especialidades. La habitual entrevista ofrece las opiniones de un experto en lupus como el Prof. Iñaki Sanz Paz. Finalmente, la portada ofrece merecida llamada al 10º aniversario de la Fundación Española de Reumatología, auténtico soporte y vivero de la investigación a cargo de los reumatólogos españoles.

1 Editorial
Reflexiones a la luz del XXXV congreso

3 Entrevista
Prof. Iñaki Sanz Paz "En los pacientes con lupus es fundamental prevenir ..."

6 XXXV Congreso de la SER
"Hay cerca de 10 millones de españoles con alguna enfermedad reumática"

9 Artritis reumatoide: nuevos fármacos y ensayos clínicos con nuevas moléculas

11 Lo mejor del año en Reumatología (2007-08): investigación básica

14 Una inflamación crónica de oídos, una uveítis o una erupción cutánea pueden esconder una enfermedad autoinmune

15 Padecer una enfermedad reumática no es impedimento para tener hijos

18 Experiencia de las unidades de espondiloartritis precoz en España

22 "La gota es curable, pero no hay un control suficientemente correcto"

27 Indicaciones de la terapia biológica en 2009 para el tratamiento de las vasculitis

29 "Nuestro objetivo más ambicioso sería tener la especialización de Enfermería en Reumatología"

30 La carpa de Reumasalud fue visitada por cerca de 4.000 murcianos

32 EULAR 2009
Las células madre de membrana amniótica

32 Bibliografía
Metotrexato

37 Reumaconsult:
Fibromialgia,
AR, LES

38 Reuma Update
Actualización bibliográfica en
Reumatología

41 Los pacientes preguntan
Clima y enfermedades reumáticas

44 Noticias SER
La Fundación Española de Reumatología
celebra su 10º aniversario

45 Noticias
Psoriasis con adalimumab no aporta beneficio sostenido · Mejores tasas de remisión en AR



PROF. IÑAKI SANZ PAZ

SERVICIO DE ALERGIA, INMUNOLOGÍA CLÍNICA Y REUMATOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE ROCHESTER. ESCUELA DE MEDICINA. STRONG MEMORIAL HOSPITAL, ROCHESTER, NUEVA YORK

“En los pacientes con lupus es fundamental prevenir las enfermedades cardiovasculares”



Por Carmen Salvador

El Prof. Iñaki Sanz Paz

participó como uno de los mayores expertos en lupus eritematoso sistémico (LES) en el XXXV Congreso de la SER, dentro de la mesa redonda sobre Depleción de células B en el LES, junto con la también experta doctora mexicana Claudia Mendoza Pinto. El LES tiene un componente genético importante, pero su pronóstico también depende de factores socioeconómicos. Según este experto, aunque el tratamiento y el pronóstico son buenos, “todavía hay un componente excesivo de mortalidad que se necesita mejorar”.



El Profesor Iñaki Sanz nació en Santander y fue allí donde cursó la carrera de Medicina; la residencia de Medicina Interna en el hospital Puerta de Hierro de Madrid, y Reumatología e Inmunología en Dallas. Durante seis años también ejerció en San Antonio hasta establecerse definitivamente en Rochester (Nueva York), en el Strong Memorial Hospital. "La idea de trabajar fuera ya me rondaba por la cabeza en los últimos años de residencia. Cuando me fui sabía que iba a ser para largo." Lleva ya 24 años en Estados Unidos. Está casado y tiene dos hijos.

—¿Por qué ha centrado su atención en el LES?

—Por interés científico en la Inmunología e interés clínico en el lupus, que tiene una base inmunológica muy fuerte y de hecho el interés clínico me llevó al interés científico. El lupus es

una enfermedad con un pronóstico muy variable y no sabemos muy bien el porqué. Sin duda hay un componente genético importante; por ejemplo, en EEUU la población afroamericana tiene un lupus más severo que la población blanca. Pero el lupus es muy variable, hay lupus muy leves y otros muy severos. Probablemente es una combinación de factores. En EEUU un factor importante es el socioeconómico. Hay un grupo amplio de personas con un nivel socioeconómico bajo, no tiene seguro médico, por lo cual va al médico menos, toma menos medicinas porque en muchos casos no pueden pagarlas... Es un factor que interviene en el pronóstico, pero no el único.

MEJORA EN LA SUPERVIVENCIA

—¿Es difícil el control de la enfermedad con los tratamientos actuales?

—Depende de cómo se mire, desde hace 30-40 años la supervivencia del lupus ha mejorado muchísimo en los centros donde son correctamente atendidos; a los 10-15 años la supervivencia es del 90%. Por un lado la enfermedad se puede controlar bien, por otro lado la alta supervivencia cuando se aplica a una persona de 20 años es, lógicamente, más baja que en un adulto mayor. Todavía hay un componente excesivo de mortalidad que se necesita mejorar, pero aún así el tratamiento y pronóstico son buenos.

Según el Prof. Iñaki Sanz, en los primeros 10 años de la enfermedad la mayor parte de la mortalidad se debe a la propia actividad del lupus, sobre todo a causa de fallo renal. "Al cabo de ese tiempo el elemento fundamental es la enfermedad cardiovascular. Hay mayor riesgo de complica-

Las terapias biológicas están aportando, de momento, mejoría en el LES a corto plazo

ciones que van aumentando con los años, desde infartos cardiacos a ictus... Hoy en día es fundamental el tratamiento preventivo de las enfermedades cardiovasculares en los pacientes con lupus, controles muy estrictos de la hipertensión, colesterol y utilizar fármacos como hidroxiquina que parece tener un efecto protector a nivel cardiovascular y, en general, en la enfermedad.”

–¿Qué aportan las terapias biológicas en el LES?

–De momento están aportando mejoría de la enfermedad a corto plazo. En el lupus todavía no tenemos la experiencia que hay con la artritis o la espondilitis donde llevan varios años... Por ahora podemos decir que mejoran la enfermedad a corto plazo, pero todavía no tenemos experiencia a más tiempo.

–¿Ha aumentado la incidencia?

–Es difícil de saber. Hay estudios que han sugerido que la incidencia había aumentado, pero los estudios tienen varias deficiencias y en algunos casos el diagnóstico no ha sido el adecuado.

–¿Qué se ha aprendido del lupus en los últimos 10 años?

–Se ha aprendido y se está aprendiendo de genética, que hay muchos genes implicados, cómo es diferente de unos grupos raciales a otros, la importancia de la enfermedad cardiovascular que antes se había ignorado, se ha aprendido mucho de mediadores de la enfermedad, como el interferón, otras citoquinas... acerca del papel de la célula B, cómo afecta a la enfermedad, no sólo produciendo anticuerpos sino con otro tipo de funciones que son independientes de los anticuerpos, y ahora que hemos comenzado con los tratamientos biológicos.

DE TODO UN POCO

–¿Qué es lo que más le gusta de Nueva York?

–No vivimos exactamente en NY, sino en la parte alta, cerca de Canadá. Lo mejor es la naturaleza; el paisaje es impresionante, verdor, lagos..., también mucha nieve en invierno.

–Lo mejor de su lugar de trabajo

–Lo bueno que tiene el sistema americano es el ambiente de colaboración y las oportunidades, sobre todo para la gente joven. También la posibilidad de financiación, aunque hay que luchar mucho por ello.

Es un mito eso de que una vez que estás allí el dinero te lo dan. No es así, el dinero hay que conseguirlo continuamente, con becas competitivas con el resto del país que son muy duras, muy difíciles de conseguir, pero si tienes éxito a ese nivel luego hay muchas ventajas... Se trabaja duro y hay un nivel de colaboración muy alto. Es un sistema muy abierto, nadie te limita a qué es lo que puedes hacer o no puedes hacer, siempre y cuando consigas tu propia financiación.

–¿Se ha planteado volver a España?

–No. Y tampoco nadie ha mostrado ningún interés en que vuelva. No, no me lo he planteado. Sería muy complicado volver. Estoy casado y tengo dos hijos, de cinco y ocho años.

–¿En casa hablan español?

–Desgraciadamente no mucho. Mis hijos entienden algo, pero mi mujer no habla nada de español.

–De no ser reumatólogo, ¿qué le hubiera gustado ser?

–(Lo piensa muchísimo). Probablemente algo relacionado con dos cosas que me llaman la atención: el periodismo y la música.

–¿Qué aficiones tiene?

–Además de la música, la lectura y el judo.

–Una comida favorita

–El marisco.

–¿Vino o cerveza?

–Vino.

–¿Qué descubrimiento científico le gustaría que anunciaran?

–Una vacuna definitiva contra la malaria, el paludismo, el VIH...

–Una película que le haya gustado mucho

–(No recuerda el título en castellano). Prefiero comedias o dramas.

–Un viaje que le gustaría realizar

–A Japón. Me atrae muchísimo y voy a ir dentro de poco.

–¿En casa se habla mucho de Reumatología?

–De Reumatología no, pero sí de Inmunología, porque mi mujer es inmunóloga.

–¿Cómo ve la Reumatología en España?

–Muy bien, creo que está a nivel de los lugares más avanzados en cualquier otro país desarrollado del mundo. El único “pero” que le pongo, a la Medicina en general o a la ciencia, es lo que vemos desde fuera, la falta de oportunidades para la gente joven.

Hay estudios que han sugerido que la incidencia había aumentado, pero los estudios tienen varias deficiencias y en algunos casos el diagnóstico no ha sido el adecuado

PRESIDENTA DE LA SER:

“Hay cerca de 10 millones de españoles con alguna enfermedad reumática”



De izquierda a derecha, Dr. Víctor M. Martínez-Taboada, vicepresidente de la Sociedad Española de Reumatología; Dra. Rosario García de Vicuña, presidenta de la Sociedad Española de Reumatología; Dr. Manuel Castaño, presidente de la Sociedad Murciana de Reumatología y presidente del comité organizador del XXXV Congreso Nacional de la SER; y Dr. Santiago Muñoz, presidente del comité científico del XXXV Congreso de la SER.

En España hay cerca de diez millones de personas con alguna enfermedad reumática, las de tipo crónico más prevalentes en nuestro país. Además, este grupo de enfermedades causa cerca del 30% de las consultas de atención primaria, el 10% de las urgencias hospitalarias y están implicadas en casi el 20% de las incapacidades laborales de nuestro país. A pesar de estas evidencias, la Reumatología y las enfermedades reumáticas siguen siendo enormemente desconocidas para la mayoría de la población, lo que provoca continuos retrasos en el diagnóstico

y, por tanto, en el tratamiento”. Tal era el análisis de la Dra. Rosario García de Vicuña, presidenta de la Sociedad Española de Reumatología (SER), en el XXXV Congreso Nacional de la SER, que se celebró por primera vez en Murcia y que reunió a más de 1.200 profesionales sanitarios de toda España.

Señaló la Dra. García de Vicuña que “las enfermedades reumáticas están aumentando su incidencia de forma exponencial en el mundo occidental debido al envejecimiento de la población. Es imprescindible concienciar a los ciudadanos de la magnitud del problema, sobre todo

si tenemos en cuenta que, por ejemplo en artrosis, la enfermedad reumática más prevalente, en el año 2017, con la previsión de envejecimiento que se maneja en la actualidad, el número de afectados en España habrá aumentado, aproximadamente, en 1.500.000 personas y lo mismo ocurre con el resto de patologías del aparato locomotor.”

Entre las novedades de este año del Congreso, el Dr. Martínez-Taboada, vicepresidente de la Sociedad Española de Reumatología destacó la inclusión de sesiones clínicas, en las que un reumatólogo o reumatóloga joven presentaron un caso. Posterior-

“Para evitar el retraso en el diagnóstico se hace imprescindible la coordinación con la mayoría de los servicios del hospital”
(Dr. Santiago Muñoz)

mente, dos expertos en la materia lo discutieron desde diferentes perspectivas para dar paso, por último, a la discusión y preguntas por parte del auditorio. "Con esta estructura hemos pretendido abordar casos clínicos de excepcional interés por sus características, problemas en diagnóstico o por su manejo terapéutico, fomentando la puesta en común de ideas de los asistentes y el diálogo entre expertos."

COMPLEJIDAD DE LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES

El Dr. Santiago Muñoz, presidente del comité científico del XXXV Congreso de la SER, destacó la complejidad de las enfermedades sistémicas autoinmunes, como lupus eritematoso sistémico (inflamación en la piel, articulaciones y otros órganos internos), miositis (inflamación del tejido muscular), uveítis (inflamación de la úvea, lámina intermedia del ojo), síndrome de Sjögren (sequedad en ojos y en boca por una disminución de la secreción de las glándulas lagrimales y salivales), el síndrome antifosfolípido (el sistema inmunológico crea unos anticuerpos que provocan trombosis y, por tanto, la oclusión de vasos sanguíneos) y vasculitis (inflamación de los vasos sanguíneos). "Lo complejo de estas enfermedades –ha explicado– es que habitualmente presentan síntomas confusos que se pueden corresponder con múltiples dolencias, lo que suele provocar un retraso importante en el diagnóstico definitivo. Para evitar esto se hace imprescindible la coordinación con la mayoría de los servicios del hospital (Inmunología, Oftalmología, Dermatología, Ginecología, Cardiología, Neurología, Neumología, Medicina Nuclear, Diagnóstico por Imagen, etc.), pero esto no siempre es fácil." Por esta razón, para el experto, encuentros como este XXXV Congreso Nacional de la SER, "son de suma importancia al convertirse durante unos días en foro común para reumatólogos y otros especialistas médicos que ponen sobre la mesa las necesidades básicas de nuestra especialidad y, por tanto, de la población".

EN POCOS AÑOS, EL NÚMERO DE REUMATÓLOGOS SERÁ INSUFICIENTE

El Dr. Manuel Castaño, presidente de la Sociedad Murciana de Reumatología y presidente del comité organizador del XXXV Congreso Nacional de la SER, señaló que Murcia en la actualidad cuenta con 16 reumatólogos en el Sistema Público de Salud. Sobre este punto, el Dr. Manuel Castaño ha asegurado: "esta cifra en poco tiempo será totalmente insuficiente debido al paulatino envejecimiento de la población y a la complejidad creciente del manejo óptimo de muchos pacientes. Hay que recordar que el 50% de los mayores de 65 años está afectado por alguna dolencia reumática, y éste es el grupo de población que más crece año tras año".

DR. LUIS FRANCISCO LINARES FERRANDO

SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. MURCIA.



Dres: María Galindo Izquierdo y Luis Francisco Linares Ferrando

Artritis reumatoide: nuevos fármacos y ensayos clínicos con nuevas moléculas

La Conferencia Magistral del XXXV Congreso de la SER, “Lo mejor del año en Reumatología (2007-08): Investigación básica y aspectos clínicos”, corrió a cargo de los doctores Luis Francisco Linares Ferrando, del Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca de Murcia, y María Galindo Izquierdo, del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.

Todas las estrategias para las artritis de inicio que se basan en un control estrecho para conseguir la remisión o una actividad mínima de la enfermedad, consiguen buenos resultados clínicos y en algunos de estos pacientes puede lograrse una remisión prolongada sin fármacos. Gracias a la instauración de las consultas de artritis precoz en España, poseemos información exacta de la incidencia de artritis precoz, que es de 25 casos/año/100.000 habitantes, mientras que la de AR es unas tres

veces menor. Estos resultados indican que la incidencia de AR es más baja que en los países de Europa del Norte y algo inferior a los datos conocidos en países del área mediterránea.

La artritis reumatoide (AR) es la enfermedad inflamatoria sistémica en la que se han realizado más progresos en su tratamiento. Se han incorporado nuevos fármacos que actúan contra el anti-TNF, como el certolizumab, un anti-TNF pegilado, o golimumab, un anticuerpo monoclonal completamente humano, que permiten una

administración mas cómoda y posiblemente con menos efectos secundarios.

Existen nuevas dianas terapéuticas como tocilizumab, un anticuerpo humanizado que actúa contra el receptor de IL-6 y que permite neutralizar la inflamación articular y sus efectos sistémicos como la anemia, una rápida disminución de los reactantes de fase aguda (VSG, PCR) y que también ha demostrado su eficacia en niños con la forma sistémica de artritis idiopática juvenil (AIJ). Denosumab es también un anticuerpo

monoclonal humanizado que se une al RANKL interfiriendo en la maduración y supervivencia del osteoclasto; en un estudio multicéntrico se ha observado que tiene un efecto importante evitando la formación de erosiones en pacientes con AR.

También se han iniciado ensayos clínicos con las denominadas pequeñas moléculas. Se trata de péptidos de bajo peso molecular que pueden administrarse de forma oral y que pasan con facilidad al interior del la célula, bloqueando enzimas que participan en la activación y transmisión de citoquinas y otros productos que median la inflamación. Los ensayos clínicos con estas moléculas están aún en fase muy inicial y es necesario esperar los resultados de los ensayos clínicos que actualmente están en marcha. El reto de los próximos años será encajar estos avances en un nuevo algoritmo terapéutico.

LUPUS: ATENCIÓN ESPECIALIZADA Y MULTIDISCIPLINAR

Aunque la mortalidad y morbilidad del lupus eritematoso sistémico (LES) han disminuido notablemente en las últimas décadas, como pone de manifiesto el estudio canadiense del grupo de Urowitz, que siguió una cohorte de más de 1.000 pacientes durante 36 años, la mortalidad de esta enfermedad sigue siendo superior respecto a la población general y la incidencia de complicaciones cardiovasculares aumenta notablemente.

Los linfocitos B tienen un papel muy importante en la patogenia de esta enfermedad, y existen fármacos que pueden bloquear esta célula impidiendo su transformación a células plasmáticas y que han mostrado su eficacia en la AR; sin embargo, en el LES aún no tenemos datos definitivos. La experiencia con rituximab en estudios abiertos no controlados indica un buen grado de eficacia clínica; no obstante, estos datos no se han constatado en los resultados preli-

Un estrecho control de las artritis de inicio consigue la remisión o una actividad mínima de la enfermedad. En algunos pacientes puede conseguirse una remisión prolongada sin fármacos

minares de dos grandes ensayos clínicos que finalizarán en el año 2010.

La experiencia con rituximab es similar a la de otros tratamientos ensayados en esta enfermedad y que han hecho replantear a la comunidad científica que la causa de estos fracasos, más que a una verdadera ineficacia de estos tratamientos, se deba a un mal diseño y a duración inadecuada de los ensayos clínicos. Se pone así de manifiesto la complejidad de esta enfermedad autoinmune sistémica que precisa de una atención especializada y multidisciplinaria.

LOS ANTI-TNF EN LAS ESPONDILOARTRITIS

En las espondiloartritis y en especial la artritis psoriásica se ha constatado un aumento de arteriosclerosis subclínica y del riesgo cardiovascular que es independiente de los factores de riesgo clásicos. Tenemos datos recientes que demuestran la eficacia y seguridad a largo plazo de los fármacos anti-TNF en estas enfermedades. También sabemos que estos fármacos son eficaces en distintos estadios de la enfermedad. Golimumab es un nuevo fármaco anti-TNF que puede mejorar el arsenal terapéutico de la espondilitis anquilosante y la artritis psoriásica. Sin embargo, los anti-TNF no han demostrado aún que puedan neu-

tralizar la progresión del daño estructural; desconocemos si en estadios muy iniciales de la enfermedad lo pueden conseguir. El programa Esperanza, con la instauración de consultas para atender pacientes con espondiloartritis en estadios muy iniciales, va a permitirnos el diagnóstico y tratamiento precoz y nos va a facilitar el conocimiento de esta enfermedad.

ARTROSIS: LAS NUEVAS TÉCNICAS DE IMAGEN

En la artrosis las nuevas técnicas de imagen permiten el estudio in vivo de las alteraciones funcionales del cartílago antes de que se produzcan cambios estructurales. Con la ayuda de estas técnicas como la RMN, RMN T1 rho, ecografía etc... cada vez es más patente que en la artrosis el daño se produce en todas las estructuras articulares y no sólo en el cartílago. Así, cada vez es más evidente la participación del hueso subcondral y de la sinovial en la patogenia de esta enfermedad desde estadios iniciales incluso precediendo a las alteraciones del cartílago. Estas técnicas nos van a permitir monitorizar de una manera más fiable y precoz que la radiología convencional los resultados del tratamiento y de otras intervenciones en pacientes con artrosis. Y probablemente el hueso puede ser una diana terapéutica más precoz y con mejor respuesta que el cartílago.

Respecto a la gota, los datos obtenidos del estudio GEMA indican que el grado de cumplimiento de las recomendaciones EULAR para su manejo clínico entre reumatólogos de diferentes centros de España es bajo, por lo que debemos mejorar la adecuación diagnóstica y el tratamiento para lograr el objetivo terapéutico. Disponemos en la actualidad de dos nuevos fármacos hipouricemiantes muy potentes (febuxostat y pegloticasa) que pueden ser muy útiles para casos de intolerancia o respuesta inadecuada del tratamiento convencional de los pacientes con gota.

DRA. MARÍA GALINDO IZQUIERDO

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO 12 DE OCTUBRE. MADRID

Lo mejor del año en Reumatología (2007-08): investigación básica

Hacer un resumen de lo mejor que se ha hecho en investigación básica en Reumatología es complicado. En el último año se han publicado cerca de 2.000 trabajos potencialmente relacionados con la patogenia de la inflamación en general. Por tanto, el cribado ha sido muy riguroso para poder abarcar diferentes aspectos de la patología inflamatoria reumatológica. Por establecer unos límites, me basé en el concepto general que tenemos de la etiopatogenia de la patología autoinmune, que defiende que en individuos genéticamente susceptibles y en presencia de determinados estímulos exógenos se desencadena una respuesta inflamatoria alterada tanto en forma como en duración. En esta respuesta inflamatoria participan múltiples tipos celulares que a su vez sintetizan mediadores solubles que potencian y perpetúan dicha reacción.

Con los primeros trabajos de GWAS (genome wide association studies) publicados en el año 2007, surgió la descripción de marcadores genéticos asociados a diferentes enfermedades, entre las que se encontraban la artritis reumatoide (AR) y el lupus eritematoso sistémico (LES). A lo largo del último año, se han publicado numerosos trabajos que han confirmado aquellas

asociaciones en otros grupos poblacionales. En general, los trabajos describen asociación entre una determinada variante genética y susceptibilidad a desarrollar una enfermedad y cabe esperar que, en un futuro no lejano, se encuentren además asociaciones que permitan definir perfiles de mayor severidad

En el último año se han publicado cerca de 2.000 trabajos potencialmente relacionados con la patogenia de la inflamación en general

de la enfermedad. La mayoría de las variaciones genéticas corresponden a genes que codifican proteínas directamente relacionadas con la patogenia de las enfermedades. En el caso de la AR, las variaciones genéticas que se han descrito son de los genes PTPN22, STAT4, región TRAF1-C5, región 6q23, PADI4 y región 4q27. Cabe destacar la contribución española en este campo. En este sentido, numerosos trabajos confirman la

asociación de determinados polimorfismos de STAT4, TNFAIP3, BANK1, IRF5, KLF2 con susceptibilidad aumentada para desarrollar AR en la población española.

En cuanto al LES, la mayoría de las variantes genéticas asociadas con una mayor susceptibilidad a padecer la enfermedad están relacionadas con tres vías patogénicas: procesamiento de inmunocomplejos, función de los TLR (toll-like receptor) y producción de IFN tipo I, y la transducción de la señal inmune en los linfocitos. La producción científica en este ámbito ha sido también muy rica, con numerosos trabajos de confirmación de asociaciones previas. Además de las aportaciones en relación con AR y LES, otros trabajos han descrito variantes genéticas asociadas con susceptibilidad aumentada a desarrollar otras enfermedades como artritis idiopática juvenil, espondilitis anquilosante, o esclerosis sistémica. Una mención especial para dos nuevos estudios de GWAS realizados en gota y osteoporosis que han descrito la asociación de determinados polimorfismos en genes que codifican proteínas implicadas en el metabolismo del ácido úrico, y polimorfismos en regiones próximas a los genes de la osteoprotegerina y RANKL, respectivamente.



BIOLOGÍA CELULAR: MÁXIMO INTERÉS

En el campo de la biología celular, las aportaciones han sido de máximo interés. La implicación de los linfocitos T es primordial en la patogenia de las enfermedades inflamatorias crónicas. Clásicamente, se aceptaba que estas enfermedades eran del tipo Th1 o Th2 en función del patrón de citoquinas que predominaba.

En los últimos años hemos asistido a la definición de un nuevo subtipo celular, Th17. Trabajos recientes han caracterizado con precisión el patrón de mediadores solubles que secretan (IL-17, IL-17F, IL-21, IL-22 y CCL20) así como sus factores de transcripción característicos (STAT3 e IRF4, y posteriormente, RORa, y RORgt). Quizá los trabajos más relevantes en este campo son los que hacen referencia al término de plasticidad celular. Esta expresión se refiere a que determinados subtipos celulares, como las Th17 o las Th2, en función de las condiciones del entorno, van a ser capaces de modificar el patrón de citoquinas que secretan. Así, las Th17 son capaces de sintetizar IL-17 o bien, IL-17+ IFN γ , citoquina característica de las células Th1. En el caso de las Th2, en presencia de TGF β e IL-4, pueden diferenciarse a un subtipo celular, Th9 con capacidad para secretar IL-9 e IL-10 con potencial proinflamatorio. Estas células Th9, parecen más un subtipo de células Th2 con capacidad

para modificar los mediadores solubles que liberan, pero no un tipo de célula Th diferente pues no se han descrito unos factores de transcripción que sean específicos, a diferencia de lo que acontece en las Th17.

Por otra parte, con la descripción inicial de las células Th17 cambió el concepto clásico de enfermedades consideradas como dependientes de Th1 de acuerdo con modelos animales de artritis inducida por colágeno o encefalitis experimental autoinmune. Sin embargo, trabajos recientes describen que estas enfermedades pueden estar mediadas tanto por células Th1 como Th17. El fenotipo dominante puede estar determinado, al menos en parte, por la exposición inicial del antígeno, incluyendo la calidad e intensidad de estimulación de los TLR y/o el tipo de células presentadoras de antígeno.

De gran interés son también los trabajos que profundizan en el conocimiento de los mecanismos de acción de las células T reguladoras (Treg). Las células Treg son consideradas como los principales mediadores de la tolerancia periférica y aunque tienen un papel esencial en la prevención de las enfermedades autoinmunes, también pueden bloquear respuestas beneficiosas evitando la inmunidad frente a determinados patógenos y tumores. Sus posibles vías de actuación son muy variadas, desde la síntesis de

citoquinas antiinflamatorias (IL-10, IL-35, TGF β), citólisis por liberación enzimática, bloqueo metabólico sobre otros subtipos celulares o actuando directamente sobre las células dendríticas. En cualquier caso, requieren de la expresión estable de su factor de transcripción Foxp3 a través de señales recibidas por el receptor de la célula T, moléculas de coestimulación o señales mediadas por citoquinas.

Por último, las células T helper foliculares de los centros germinales pueden ser un elemento esencial en el desarrollo de una respuesta autoinmune, como han demostrado los trabajos con el modelo de ratón con lupus, roquinsan/san (sanroque).

Especial relevancia tienen los trabajos que describen el papel de factores solubles como la IL-21, IL-23 o HMGBP1 mediando múltiples efectos pleiotrópicos sobre células inflamatorias y células residentes como los fibroblastos sinoviales y que hacen de ellas potenciales dianas terapéuticas.

Para finalizar, y como aplicación práctica de los avances en el conocimiento de la patogenia de las enfermedades inflamatorias crónicas y autoinmunes, surge la extensa producción científica centrada en la búsqueda de nuevos tratamientos dirigidos fundamentalmente a bloquear diferentes vías de señalización intracelular, citoquinas o determinados tipos celulares.

Técnicas de neuroimagen permitirán ver el dolor

“Ya se puede preguntar al paciente no sólo si tiene dolor, sino ver cómo responde su cerebro ante un estímulo doloroso externo o bien en qué estado se encuentra su cerebro sin recibir ese estímulo doloroso pero sintiendo dolor”, ha afirmado el Dr. Joan Deus Yela, de la Unidad de Investigación de Resonancia Magnética de CRC-Hospital del Mar del PRBB de Barcelona, durante su intervención en el Congreso Nacional de la SER.

El dolor es un síntoma muy incapacitante, que limita la calidad de vida del paciente que lo sufre. Poder medir el dolor facilitará el diagnóstico del médico, permitirá que éste valore la eficacia de un tratamiento para el dolor y que haya un seguimiento objetivo de la evolución del paciente con dolor.

Para el Dr. Joan Deus, “las técnicas de neuroimagen se utilizarán como pruebas complementarias en el diagnóstico de los pacientes con patología de dolor y para valorar la posible eficacia de fármacos para su tratamiento”.

La utilización de técnicas de neuroimagen no agresivas para el paciente permitirá ver qué áreas del cerebro se activan cuando el paciente sufre dolor. Gracias a esta técnica –que hasta el momento está solo disponible para investigación– se adquieren fotografías del cerebro que visualizan la respuesta de ciertas regiones del cerebro de un paciente cuando éste padece dolor, es decir, se realiza una medida objetiva y cuantificable de la respuesta cerebral al dolor.

“La medición se efectúa de dos formas. En primer lugar, determinando qué estructuras neuroanató-

micas –del circuito cerebral del dolor– se activan cuando un paciente percibe dolor. En segundo lugar, cuantificando la extensión de la activación funcional de dichas estructuras cerebrales”, ha explicado el especialista.

En las enfermedades reumáticas es el principal síntoma y la causa más frecuente de consulta

EL DOLOR EN LOS PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS

El dolor es el principal síntoma de las enfermedades reumáticas y es la causa más frecuente de consulta. Su origen puede ser muy variado, ya que no sólo las articulaciones pueden ser la causa de este dolor, sino también todas las estructuras músculo-esqueléticas cercanas, como tendones, músculos, bolsas serosas, ligamentos y huesos. La intensidad, localización, duración y características del dolor osteoarticular son muy variadas y con frecuencia es necesaria la consulta médica para establecer el origen y gravedad de este síntoma.

En algunas enfermedades reumáticas, como la fibromialgia, el dolor es uno de los síntomas que centran la vida del paciente, que presentan además un elevado número de bajas laborales y de solicitud de incapacidad laboral porque el dolor condi-

ciona su autonomía y su rendimiento laboral. Incluso este estado produce una serie de alteraciones emocionales al propio paciente que repercuten negativamente en su dinámica familiar y de pareja.

En otras ocasiones, en lugar de dolor se producen molestias, pinchazos, sensación de pesadez, tirantez o cansancio localizados en una zona del cuerpo (hombro, cuello, región lumbar, piernas, etc.) con dificultad para realizar las actividades de la vida diaria. Otras veces la localización es más imprecisa y el dolor se percibe en zonas más extensas del cuerpo, aunque casi siempre es más intenso alrededor de las articulaciones y en las zonas de inserción de los músculos.

Otros síntomas que pueden presentarse en las enfermedades del aparato locomotor son las contracturas musculares, la rigidez matutina, las alteraciones del sueño y el descanso nocturno poco reparador (levantarse peor que estaba al acostarse).

El dolor es un mecanismo de defensa del organismo que alerta al individuo de la existencia de un daño o disfunción en alguna parte de su cuerpo. No sólo está relacionado con el daño producido, sino que se trata de una experiencia personal que está influenciada también por factores psicosociales y afectivos del propio enfermo. Este hecho origina gran variabilidad tanto en la intensidad de la sensación de dolor como en la respuesta de cada individuo ante este dolor. Por eso, la limitación funcional, las quejas frente al dolor y la ingesta de fármacos son distintas en cada paciente.

MESA “EN LOS LÍMITES DE LA REUMATOLOGÍA”

Una inflamación crónica de oídos, una uveítis o una erupción cutánea pueden esconder una enfermedad autoinmune

Según los especialistas que participaron en la mesa “En los límites de la Reumatología”, prácticamente no hay enfermedades autoinmunes que no presenten manifestaciones dermatológicas, ORL u oftalmológicas en sus primeros momentos, por lo que en muchos casos a través de ellas se puede llegar al diagnóstico de las mismas incluso antes de que aparezca la enfermedad reumática. Por eso es tan importante que no sólo los profesionales sanitarios, sino toda la población conozca estos síntomas.

Según el doctor Jesús del Pozo, del Servicio de Dermatología del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, “el diagnóstico precoz de las enfermedades autoinmunes es clave para intentar frenar cuanto antes la progresión natural de la enfermedad previniendo el daño estructural y mejorando la evolución de la enfermedad a largo plazo”. La doctora Mata, del Servicio de ORL del hospital Infanta Sofía de Madrid, añade que “la detección temprana es clave para mantener la función del órgano; por ejemplo, en el caso de la hipoacusia inmunomediada pueden permitir la conservación de la audición durante años antes de que la propia enfermedad destruya el oído interno de forma irreversible y el paciente tenga como única alternativa un audífono”.

El doctor David Díaz, del Servicio de Oftalmología del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid, destacó “la relación que puede existir entre los diferentes tipos de uveítis con las espondiloartropatías, la artritis idiopática juvenil o la sarcoidosis, o entre las vasculitis retinianas y las panuveítis con la enfermedad de Behçet, sin olvidar la vinculación del ojo seco grave con el síndrome de Sjögren”.

En relación con los síntomas ORL, según la doctora Mata, “una inflamación crónica en oídos, senos paranasales, glándulas salivares o de vías respiratorias que no responde al tratamiento habitual o que reaparece en el tiempo debe alertar al otorrinolaringólogo. Los síntomas ORL tienen más o menos importancia, pero en algunos casos son claros criterios diagnósticos, como por ejemplo en el síndrome de Sjögren, la granulomatosis de Wegener o la policondritis recidivante”.

“Las manifestaciones cutáneas de las enfermedades autoinmunes son tan variadas –señaló el doctor Del Pozo– que suponen prácticamente un repaso a toda la dermatología; sin

cen el resto de manifestaciones clínicas de las enfermedades autoinmunes, lo que les impide relacionar los síntomas entre sí.”

En el campo de la oftalmología, el doctor Díaz destacó la importancia de realizar una aproximación “a medida”, de forma individualizada y centrada en el patrón de inflamación ocular en cada caso, evitando la realización de extensos y costosos protocolos diagnósticos que en muchos casos sólo aportan elementos de confusión.

Los participantes en la mesa insistieron en la creación de consultas multidisciplinarias como las que ya se llevan a cabo en algunos hospitales como el Infanta Sofía de

Los especialistas proponen la creación de más consultas multidisciplinarias, rotación de especialistas y nuevos comités de coordinación de enfermedades autoinmunes

embargo en enfermedades como el lupus eritematoso, la dermatomiositis y la esclerodermia, los problemas cutáneos son clave para llegar al diagnóstico.”

ELEVAR EL ÍNDICE DE SOSPECHA

Todos los asistentes a la mesa mostraron su acuerdo en cuanto al correcto grado de conocimiento que de estos síntomas se tienen entre los diferentes especialistas, pero del mismo modo han querido destacar la necesidad que existe de elevar el índice de sospecha para relacionarlos con las enfermedades autoinmunes. “Podríamos decir –señaló la doctora Mata– que los otorrinolaringólogos conocen bien su patología, pero descono-

Madrid entre otorrinolaringólogos y reumatólogos, la rotación de especialistas por las unidades que ya están en funcionamiento o los comités de coordinación de Enfermedades Autoinmunes, que permiten comentar casos clínicos entre especialistas para orientar al paciente y consensuar los tratamientos. Desde Oftalmología también se destacó la necesidad de la creación de una Sociedad de Uveítis en el ámbito nacional que establezca una serie de protocolos y guías de actuación consensuadas y desde Dermatología el doctor del Pozo reclamó nuevos congresos conjuntos de las Academias de Reumatología y Dermatología como los que ya se han celebrado en alguna ocasión.

DR. EDUARDO ÚCAR, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL DE BASURTO
PALOMA VELA, REUMATÓLOGA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

Padecer una enfermedad reumática no es impedimento para tener hijos

Muchos de los fármacos que se utilizan para tratar las diferentes enfermedades reumáticas son incompatibles con el embarazo; sin embargo, con una buena planificación y control, más de la mitad de las mujeres con estas patologías está en condiciones, por su enfermedad y tratamiento, de quedarse embarazada, según afirmó el Dr. Eduardo Úcar, del Servicio de Reumatología del Hospital de Basurto (Bilbao), durante el XXXV Congreso Nacional de la SER.

“El planteamiento de la gestación en enfermedades reumáticas se basa en dos principios: seleccionar el momento de la concepción y contar con un equipo multidisciplinar. A partir de ahí, se construye toda la estrategia de planificación del embarazo.” En su opinión, es labor del reumatólogo valorar cuándo una mujer con una enfermedad reumática quiere quedarse embarazada en un plazo de uno o dos años, qué medicación se va a utilizar y cuál es la estrategia que se va a seguir con el tratamiento, “porque sabemos que en ese plazo vamos a tener que retirarlo si la mujer está en condiciones”.

Para el doctor Úcar, una vez llegado el momento de la gestación, la mujer tiene que reunir las siguientes condiciones: que la enfermedad tenga poca actividad o la menor posible; que no sea imprescindible la utilización de medicación inmunosupresora, incompatible con el embarazo, y que no sea imprescindible la utilización de tratamientos biológicos “sobre los cuales aún no hay experiencia suficiente”. Y estas tres características se dan, según sus palabras, en un alto porcentaje de mujeres “si se lo



plantean con tiempo suficiente”, por lo que “padecer una enfermedad reumática no es un impedimento para quedarse embarazada”.

LAS SISTÉMICAS, LAS MÁS PROBLEMÁTICAS

Las enfermedades más problemáticas a la hora de planificar un embarazo son las inflamatorias sistémicas, es decir, lupus, esclerodermia... “porque en ellas hay más actividad y brotes durante el embarazo que en el tiempo que las mujeres no están embarazadas”. Y todo lo contrario, ha añadido, ocurre en otras patologías como la artritis reumatoide o las espondiloartritis, “de las que se suelen padecer menos brotes durante la gestación”.

En el caso de otras enfermedades reumáticas más prevalentes como la

lumbalgia, la artrosis o la cervicalgia, añadió el especialista, el embarazo no está de ninguna forma contraindicado ni va a existir ninguna complicación extra por la concepción, “aunque sí se requerirá un plan de ejercicios porque las mujeres van a sufrir una sobrecarga de peso que deben compensar”.

Y en cuanto a los fármacos, el especialista aseveró que se restringirá el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) a casos muy concretos. “En general no los utilizamos, especialmente ni en la primera ni en la última fase del embarazo y tampoco en la época en que la mujer ni el hombre están planeando el embarazo porque disminuyen levemente la fertilidad en ambos sexos; además, en el caso del varón, durante la planificación tampoco se deberán utilizar fármacos inmunosupresores por su efecto teratógeno, es decir, de malformaciones fetales.”

Asimismo, la concepción, explicó, está contraindicada con prácticamente todos los inmunosupresores y con dosis mayores de 10mg de prednisona; y en cuanto a las complicaciones “en principio está contraindicada cuando existe afectación visceral, es decir, renal, cerebral o fenómenos trombóticos recientes”.

Con respecto a la transmisión de la enfermedad, el doctor Úcar insistió en que la herencia de estas enfermedades reumáticas es excepcional: “En general no se transmiten.”

Uno de los principales retos de la Sociedad Española de Reumatología, señaló el doctor Úcar, es la creación de unidades multidisciplinarias para poder llevar a buen término estos embarazos. “Hoy por hoy, obstetras y

A la hora de planificar un embarazo, las inflamatorias sistémicas (lupus, esclerodermia...) son las más problemáticas

reumatólogos están realizando su trabajo por separado y de lo que se trata es de buscar el estímulo para que trabajen en equipo." En su opinión, lo ideal sería crear dos nuevas unidades multidisciplinarias cada año.

RECURRIR A TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA

La doctora Paloma Vela, reumatóloga del Hospital General Universitario de Alicante, abordó en el Congreso las técnicas de reproducción asistida en mujeres con patología reumática, las cuales al requerir la estimulación ovárica con fármacos que suponen una sobrecarga hormonal, pueden llegar a exacerbar el lupus o producir problemas trombóticos en mujeres con Síndrome Antifosfolipídico (SAF).

En mujeres con enfermedad reumática, ha explicado la experta, pueden darse situaciones en las que esté completamente contraindicado el tratamiento de fertilidad, pero también puede haber técnicas menos agresivas y con menor sobrecarga hormonal a las que sí pueden optar. "Asimismo, en algunas ocasiones se puede recurrir a tratamientos preventivos que pueden evitar el desarrollo de complicaciones."

Algo fundamental –ha insistido– y que muchas mujeres no hacen a la hora de acudir a clínicas de fecundación, es advertir de su patología reumática de base, "con lo que, a veces, el ginecólogo se encuentra con que no sabe que esa persona puede presentar unos riesgos". En ocasiones, ha explicado, no comunican su enfermedad por desconocimiento de los riesgos que corren o por miedo a que el ginecólogo no lleve a término el tratamiento de fertilidad "probablemente porque no tienen una adecuada información de los riesgos a los que se están sometiendo". Por esta razón la doctora Vela ha abogado, al igual que el doctor Úcar, por un abordaje multidisciplinar entre el ginecólogo y el reumatólogo.

Asimismo, la reumatóloga ha explicado que en ocasiones es la propia estimulación ovárica la que pone de manifiesto la enfermedad. "Existe un pequeño grupo que no tiene diagnosticada la patología reumática y ésta se pone de manifiesto a raíz de someterse a la estimulación ovárica." Sin embargo, este hecho, ha añadido, no se puede evitar.

Por último, la especialista ha querido recalcar que las pacientes deben hablar con su reumatólogo antes de someterse a ningún tratamiento para elegir el momento más adecuado, por la actividad de la enfermedad, por los fármacos que estén recibiendo y para saber si está indicado o no, "ya que hay personas en las que no está contraindicado, pero siempre bajo control".



DR. SANTIAGO MUÑOZ FERNÁNDEZ
HOSPITAL INFANTA SOFÍA.
SAN SEBASTIÁN DE LOS REYES. MADRID.

Experiencia de las unidades de espondiloartritis precoz en España

Existe en todo el mundo un retraso considerable desde el inicio de los síntomas hasta llegar al diagnóstico de espondiloartritis (EspA), en concreto de espondilitis anquilosante (EA). Este retraso se ha evaluado que es de más de 6 años en España (1), lo cual está en consonancia con otros países de nuestro entorno.

LA PREGUNTA ENTONCES ES: ¿PODEMOS DIAGNOSTICAR PRECOZMENTE LAS ESPONDILOARTRITIS?

Las claves para evitar el retraso diagnóstico pueden ser, entre otras:

- El desarrollo de consultas multidisciplinarias con otros especialistas, como las consultas de uveítis, por ejemplo, en donde se pueden detectar pacientes no diagnosticados previamente (2, 3).

- El desarrollo de consultas de EspA precoz en donde contribuyamos a desenmascarar síntomas comunes, como la lumbalgia, ayudemos a concienciar de este problema a médicos de Atención Primaria (AP) y se evalúe la relevancia en el diagnóstico precoz de pruebas de imagen (eco, RMN, etc.) o el HLA-B27.

Hace unos años se publicó un estudio multicéntrico español que

trataba de determinar la validez de distintos criterios de clasificación para el diagnóstico de EspA (4). Su principal conclusión fue que este diagnóstico se mantiene en menos de la mitad de los pacientes tras 5 años de seguimiento, en el resto se cambia. Se pudo también poner de manifiesto por primera vez una edad muy alta de inicio de los síntomas (31,8 años de media), una frecuencia similar entre sexos y una baja frecuencia de HLA-B27 (21%) y sacroileítis (19%) en estos pacientes con diagnóstico precoz.

Posteriormente, en el año 2007, se puso en marcha en el Hospital Universitario La Paz el Estudio Piloto de derivación de Pacientes con Espondiloartritis Precoz (ESPIDEP). Durante 6 meses, se trabajó con 8 centros de AP que derivaron pacientes con unos determinados criterios. Dos de cada tres pacientes remitidos fueron diagnosticados de EspA, la mitad fueron indiferenciadas, el 8% EA y también se encontraron artritis psoriásicas y asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal. La incidencia calculada de las EspA fue de 62 casos/100.000 habitantes/año, siendo la de EA de 7,2 casos/100.000 habitantes/año. Hay

que tener en cuenta que es previsible que pacientes con EspA indiferenciada cambien a otro diagnóstico a lo largo del tiempo (5, 6). Se confirmaron datos del estudio anterior, como la edad llamativamente alta al inicio de los síntomas (más de 30 años de media), la frecuencia similar de sexos, la baja prevalencia de HLA-B27 (alrededor del 50% del total) y la frecuencia alta de pacientes sin sacroileítis (casi la mitad).

PROGRAMA ESPERANZA DE LA FER

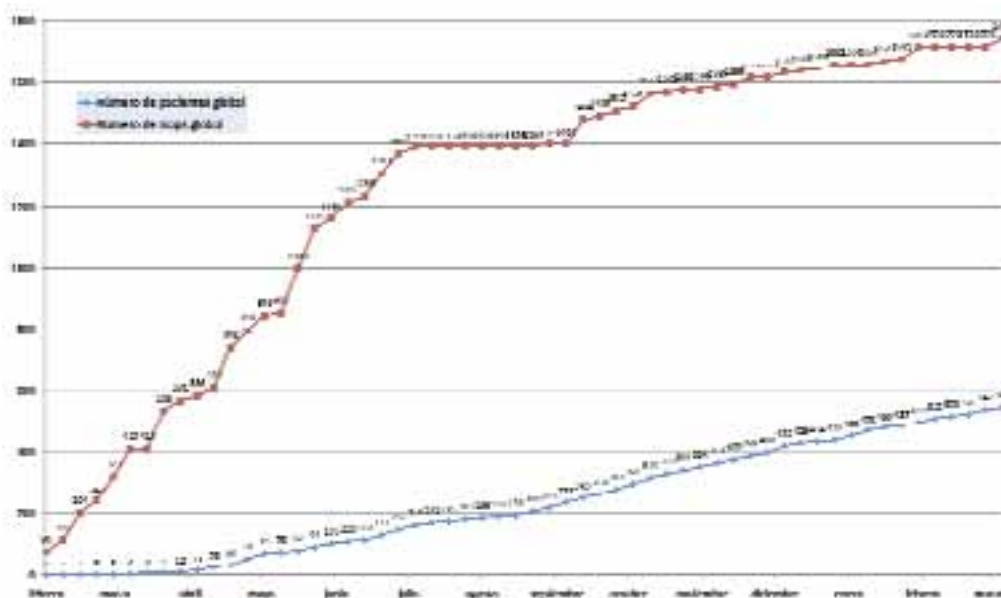
Este estudio piloto dio paso al desarrollo del programa de la Fundación Española de Reumatología (FER) denominado ESPERANZA para la puesta a punto y desarrollo de unidades de EspA precoz en todo el país. Los objetivos del programa son, básicamente, tres:

- Proporcionar, de forma coordinada, la asistencia necesaria para el tratamiento integral de los pacientes,
- Mejorar la situación funcional, la calidad de vida de los pacientes y evitar la progresión de la enfermedad.
- Fomentar la creación de proyectos de investigación en EspA.

Un grupo de especialistas en EspA, gestión sanitaria e investigación definieron un plan gestor con

Parecen confirmarse la edad alta de inicio de los síntomas (33 años de mediana), la casi igualdad de sexos y la baja frecuencia de HLA-B27 (menos de la mitad)

Figura 1 : Evolución de la inclusión de médicos de AP y pacientes en el programa Esperanza a lo largo del tiempo.



indicadores concretos, para garantizar los fines del programa. Se creó una plataforma informática específica para seguir en tiempo real la evolución de los indicadores de gestión.

A continuación se convocó a todos los servicios de Reumatología para que, los interesados, solicitaran su inclusión en el programa, seleccionándose 25 centros en todo el país.

Se realizó también un curso "online" de puesta a punto en EspA para médicos de AP y, tras la creación de las unidades, se convocaron proyectos de investigación dentro del programa. Se trata de que cualquier socio de la SER pueda desarrollar y solicitar un proyecto aunque no participara en el programa.

Hasta la primera quincena de mayo de 2009 se habían adscrito al programa 1.746 médicos de AP de los hospitales participantes, con un total de 546 pacientes derivados a las unidades (figura 1). De los pacientes con datos recogidos, el 76% de los derivados ha sido diagnosticado de algún tipo de EspA, siendo alrededor del 42% indiferenciadas y el 24% EA. Estos datos irán cambiando según se complete la recogida de datos. Parecen confirmarse datos mencionados anteriormente como la edad alta de inicio de los síntomas (33 años de

mediana), la casi igualdad de sexos y la baja frecuencia de HLA-B27 (menos de la mitad). Todo esto nos da una idea de que la EspA precoz es una entidad heterogénea, clínicamente muy distinta a lo descrito hasta ahora.

En el programa se están llevando a cabo 4 proyectos de investigación, dos de ellos acerca de técnicas de imagen en el diagnóstico precoz (eco y RMN), otro acerca de genética y el último trata de estudiar la utilidad pronóstica de ciertos biomarcadores. Actualmente se ha abierto una segunda convocatoria de proyectos de investigación a todos los socios de la SER, estén o no participando en el programa.

En conclusión, se pueden definir estrategias eficaces para detectar pacientes con EspA precoz; como en otros tipos de patologías, se han podido implementar en España unidades de EspA precoz y los resultados de los registros del programa ESPERANZA y sus proyectos de investigación, van a generar datos de gran interés en el futuro para el conocimiento de las EspA.

El estudio ESPIDEP del Hospital Universitario La Paz y el programa ESPERANZA de la FER, han sido patrocinados con becas no restringidas de Wyeth

REFERENCIAS

- Collantes E, Zarco P, Muñoz E, Juanola X, Mulero J, Fernández-Sueiro JL, et al. Disease pattern of spondyloarthropathies in Spain: description of the first national registry (REGISPONSER). *Rheumatology* 2007; 46:1309-15.
- Muñoz-Fernández S, Martín-Mola E. Uveitis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2006;20: 487-505.
- Fernández-Melón J, Muñoz-Fernández S, Hidalgo V et al. Uveitis as the initial clinical manifestation in patients with spondyloarthropathies. *The Journal of Rheumatology* 2004; 31: 524-527.
- Collantes E, Veroz R, Escudero A, et al. *Joint Bone Spine* 2000 ; 67 : 516-20
- M. Steinerova, S. Muñoz-Fernández, T. Cobo-Ibáñez, et al. A pilot study with referred patients suffering early spondyloarthropathies: results of espidep study. *Ann Rheum Dis* 2007;66(Suppl II): 410.
- T. Cobo-Ibáñez, S. Muñoz-Fernández, M. Steinerova, et al. A pilot study with referred patients suffering early spondyloarthropathies: patients' features from espidep study. *Ann Rheum Dis* 2007;66 (Suppl II): 392.

“La gota es curable, pero no hay un control suficientemente correcto”

“La gota es una enfermedad curable, pero no siempre se ha tratado como tal”, señaló el doctor Eliseo Pascual, jefe de Sección de Reumatología del Hospital General Universitario de Alicante, durante el XXXV Congreso de la SER.

En su opinión, esta enfermedad, que se debe a la formación de cristales de una sal de ácido úrico (urato monosódico monohidratado) en el interior de determinadas articulaciones y que habitualmente se manifiesta con inflamación de articulaciones intensa y dolorosa, está mal tratada en la mayoría de los casos. “Los tratamientos están disponibles, pero hay una falta colectiva de interés”, ha explicado. Señaló que lo importante es insistir en que la gota es curable y tratarla desde Reumatología, no desde Atención Primaria, como está ocurriendo en el 80% de los casos. Y es que, ha asegurado, “el tratamiento sobre el papel parece fácil, pero no se lleva a cabo correctamente porque no se conoce”.

El especialista ha insistido en que los pacientes deben demandar al médico una curación, ya que “probablemente se podría curar más del 90% de las gotas, pero en la actualidad esta enfermedad está mal llevada y no se consigue alcanzar estas cifras”.

Añadió que los médicos deben tomar conciencia de que los cristales se disuelven y la gota queda curada. Además, se trata de una patología de gran importancia porque puede poner de manifiesto otras enfermedades latentes y porque en la actualidad se ha demostrado que los pacientes con gota tienen mayor probabilidad de sufrir infarto de miocardio.



NUEVOS FÁRMACOS

El doctor Fernando Pérez, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Cruces (Vizcaya) y consultor de las empresas IPSEN y Savient Pharmaceuticals, que han desarrollado nuevos medicamentos para la reducción de la uricemia, abordó en el Congreso las nuevas opciones terapéuticas en gota. Se refirió a febuxostat, registrado en la Unión Europea desde marzo del año pasado pero aún no disponible en el mercado español, y pegloticasa, en registro en Estados Unidos y que acaba de terminar los ensayos en fase III.

Febuxostat, explicó, es un inhibidor selectivo de la enzima xantina oxidasa a nivel de las dos isoformas de la enzima, no sólo una de ellas. El

medicamento es mucho más selectivo y bloquea los dos sistemas, de tal forma que es más potente en las dosis que están registradas en Europa –entre 80 y 120 miligramos al día-. Otra de sus ventajas es que presenta una cinética lineal: a más dosis mayor efecto, hasta las dosis más altas registradas, y que no es dependiente de la función del riñón ni del hígado siempre que exista una función aceptable, es decir, “es un fármaco relativamente fácil de utilizar”. Se trata, según señaló, de una opción para los pacientes que no responden bien a los tratamientos disponibles hoy en día, entre los que se puede destacar aquellos con cifras de ácido úrico muy altas de entrada y con insuficiencia renal.

En cuanto a la pegloticasa, se trata de una enzima recombinante que se puede infundir por vía intravenosa, unida a la molécula polietilenglicol. “Los resultados en fase III muestran que los pacientes con casos muy graves de gota reducen bien el ácido úrico con este fármaco, aunque tanto su eficacia como su seguridad están limitadas por la aparición de anticuerpos frente al polietilenglicol, por lo que su uso estaría restringido a aquellos pacientes con un perfil de gota más severa.”

El arsenal terapéutico es, por tanto, eficaz. Sin embargo, “aún no existe un control suficientemente correcto de la enfermedad porque se considera una patología de escasa importancia, aunque para el paciente supone un gran problema en términos de calidad de vida”. El experto ha insistido en que se debe concienciar a todos los profesionales de que la forma de curar la gota es bajar el ácido úrico por debajo de 6.

“La enfermedad se puede curar siempre que se tenga claro que el objetivo es reducir de forma adecuada y prolongada la uricemia”

**DR. LOÏC GUILLEVIN**

DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE, FRENCH VASCULITIS STUDY GROUP,
CENTRE DE RÉFÉRENCE VASCULARITES ET SCLÉRODERMIE.
HÔPITAL COCHIN, UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES.

Indicaciones de la terapia biológica en 2009 para el tratamiento de las vasculitis

El tratamiento de las vasculitis sistémicas es hoy en día esperanzador. Los tratamientos convencionales que demostraron ser efectivos en muchos estudios prospectivos se utilizan hoy día. Desde hace dos o tres décadas se intenta manipular la respuesta inmune para alcanzar la remisión o la curación de las vasculitis, con el uso de la plasmaféresis y las inmunoglobulinas intravenosas (IgIV). Recientemente, nuevos fármacos que tienen como diana a citocinas o a los linfocitos B, han aparecido y merecen ser evaluados en pacientes en quienes la enfermedad se comporta resistente a los tratamientos convencionales y quizás también en los pacientes diagnosticado de novo.

VASCULITIS ANCA POSITIVOS (GRANULOMATOSIS DE WEGENER Y POLIANGELITIS MICROSCÓPICA)

INMUNOGLOBULINAS INTRAVENOSAS

Por su eficacia, seguridad y buena tolerancia, las IgIV se deben considerar en pacientes con recidivas de la vasculitis y probablemente

también para mantener la remisión en pacientes con vasculitis asociados a la presencia de anticuerpos citoplasmáticos anti-neutrófilos (ANCA).

La efectividad de las IgIV administradas de forma aislada o asociadas a otra terapia, ha sido evaluada en las vasculitis asociadas a la presencia de ANCA. En pequeños estudios prospectivos, se observa respuesta parcial o total en el 45% al 75% de los pacientes en los que se utilizó IgIV como terapia aislada o combinado a otros tratamientos inmunosupresores y/o a corticoides. Un estudio controlado con placebo, realizado en pacientes con recidivas de vasculitis asociado a ANCA, demostró mejoría del curso de la vasculitis en los pacientes tratados con IgIV. Este estudio evaluó la eficacia de un curso aislado de IgIV (0.5 g/kg/día, durante 5 días) en pacientes con actividad de la enfermedad persistente a pesar de tratamiento convencional (al menos durante 2 meses). Se aleatorizaron 17 pacientes para recibir un curso de tratamiento con IgIV y 17 para recibir placebo. A los 12 meses, se obtuvo respuesta en 14 pacientes del grupo IgIV

y en 6 de los pacientes que recibieron placebo.

Recientemente hemos realizado un estudio prospectivo, abierto y multicéntrico en pacientes franceses con vasculitis recidivante asociada a ANCA, que recibieron mensualmente IgIV durante 6 meses, además del tratamiento convencional (Martínez et al, 2005). Se obtuvo remisión completa en 13 de 22 pacientes (59%), sin detectarse efectos secundarios. Por tanto, las IgIV se pueden utilizar asociados a corticoides y fármacos inmunosupresores en pacientes que presenten brotes de vasculitis estando en tratamiento, o brotes de forma precoz después de finalizar el tratamiento. Se ha demostrado que la eficacia de las IgIV para conseguir una remisión prolongada en las vasculitis asociadas a ANCA, se asocia a la disminución de los niveles de estos anticuerpos.

ANTICUERPOS MONOCLONALES

Los anticuerpos monoclonales dirigidos contra citocinas proinflamatorias y/o linfocitos, implicados en la patogénesis de las vasculitis, ofrecen una alternativa prometedora a los inmunosupresores.

Infliximab, un anticuerpo monoclonal anti-TNF- humanizado, en combinación con tratamiento convencional, indujo la remisión clínica en el 88% de los pacientes en un estudio abierto y prospectivo, en pacientes con vasculitis activa asociada a ANCA aguda o persistente. Nuestro grupo también ha comunicado nuestra experiencia con infliximab en 10 pacientes con vasculitis sistémica grave y refractaria, incluyendo a 7 pacientes con granulomatosis de Wegener. La remisión parcial o completa se obtuvo en los 7 pacientes, con erupción cutánea como único efecto secundario.

Etanercept, otro anti-TNF- , ha sido evaluado en vasculitis asociadas a ANCA, en combinación con tratamiento convencional, aunque con un objetivo distinto, reducir la tasa de recaídas. Comparado con placebo (estudio WGET) y en combinación con tratamiento de inducción (con ciclofosfamida o metotrexate para enfermedad limitada), no obtiene ventajas para la prevención de la recaída (WGET, 2005).

Rituximab, es un anticuerpo monoclonal quimérico (murino/humano) IgG1 kappa dirigido contra el antígeno CD20 que se encuentra en la superficie de los linfocitos B. El tratamiento con rituximab parece prometedor de acuerdo con los resultados del primer estudio abierto en pacientes con vasculitis refractaria y recidivante asociado a ANCA. Sin embargo, algunas diferencias ocurren en la aparición de la respuesta al tratamiento en las manifestaciones constitucionales y vasculíticas de la enfermedad, comparado con lesiones granulomatosas como los nódulos pulmonares o el pseudotumor orbitario en la granulomatosis de Wegener, la mejoría en este último puede ser lenta, algunas veces de hasta 3 a 6 meses.

Los resultados del estudio randomizado norteamericano (RAVE), actualmente en marcha determina-

rá si el rituximab puede ser administrado como fármaco inductor de la remisión, reemplazando a la ciclofosfamida, y si puede evitar el uso de otros fármacos inmunosupresores como tratamiento de mantenimiento. Un estudio prospectivo (MAINRITSAN), evalúa en la actualidad la indicación de rituximab como terapia de mantenimiento.

Por el momento, todas las terapias biológicas deberían quedar restringidas para los casos refractarios y recidivantes. Sin embargo, la dosificación y el esquema de tratamiento de estos fármacos, especialmente el tiempo para la reinfusión del rituximab no está claramente establecido.

ENFERMEDAD DE BEHÇET Y UVEÍTIS REFRACTARIAS

La enfermedad de Behçet es una vasculitis que afecta a venas y arterias de pequeño calibre. Los síntomas mayores incluyen a aftas orales y genitales recurrentes, artritis, trombosis, uveítis y afectación del sistema nervioso central. La uveítis puede ser grave cuando se presenta como vasculitis retiniana. Aunque la causa de

trataron con una única infusión y el seguimiento fue de 14 días. La inflamación ocular persistió 7 días después del tratamiento en los 5 pacientes. En nuestra experiencia, la mitad de nuestros pacientes respondieron favorablemente a infliximab; sin embargo, se necesitaron infusiones repetidas para mantener la remisión y evitar la recidiva. Por otra parte, el tratamiento con infliximab permitía disminuir la dosis de corticoides. La mayor desventaja de infliximab, en las condiciones estudiadas, fue la corta duración del efecto. Sin olvidar el coste de este fármaco. Infliximab podría ser considerado como parte del tratamiento de la enfermedad de Behçet, pero no debe ser administrado como único tratamiento.

VASCULITIS REUMATOIDEA

Habitualmente los pacientes con vasculitis reumatoidea reciben tratamiento inmunosupresor con ciclofosfamida y corticoides. La eficacia de este tratamiento ha sido demostrada. Estudios recientes abiertos indican que los fármacos anti-TNF pueden ser efec-

Aunque la causa de la enfermedad de Behçet es desconocida, la patogénesis de la uveítis se explica por una respuesta anómala de los linfocitos T a antígenos oculares

la enfermedad de Behçet es desconocida, la patogénesis de la uveítis se explica por una respuesta anómala de los linfocitos T a antígenos oculares. Los linfocitos T de estos pacientes inducen la producción de numerosas citocinas inflamatorias. Una de estas citocinas, el TNF , juega un papel crucial en la patogénesis de la uveítis. Sfikakis et al, fueron los primeros en administrar infliximab a 5 pacientes con enfermedad de Behçet, aunque sólo los

tivos en la vasculitis reumatoidea refractaria. Hasta la fecha, 11 pacientes con vasculitis reumatoidea han sido tratados con anti-TNF- con éxito: 9 con infliximab y 2 con etanercept o lenercept. Sin embargo, se debe tener precaución porque se ha comunicado la aparición de vasculitis necrotizante durante el tratamiento con anti-TNF- . rituximab o abatacept.

Traducido por el doctor José Rosas



ISABEL PADRÓ BLANCH

**ENFERMERA DE CONSULTAS EXTERNAS DE REUMATOLOGÍA
DEL HOSPITAL DEL MAR, BARCELONA.**

GTESER. GRUPO DE TRABAJO DE ENFERMERÍA DE LA SER

“Nuestro objetivo más ambicioso sería tener la especialización de Enfermería en Reumatología”

Impulsar cursos de formación para la enfermera de Reumatología con objeto de mejorar la calidad asistencial, fomentar la investigación en nuestro campo, dar a conocer las actividades de enfermería, participar y colaborar en los diferentes grupos, y conseguir que no haya en nuestro país ningún servicio o unidad de Reumatología (en hospitales o asistencia primaria) sin la figura de una enfermera especializada en la asistencia reumatológica. Todo ello con el objetivo de conseguir una mejor y mayor calidad asistencial para mejorar la calidad de vida de los pacientes. Como objetivo más ambicioso, poder llegar a conseguir la especialización en Reumatología. Estos son los objetivos principales del Grupo de Trabajo de Enfermería de la SER (GTESER), un grupo joven oficialmente, aunque ya llevaba trabajando en esta línea desde principio de los 90, cuando se celebraron las primeras jornadas de Enfermería de Reumatología en Barcelona.

Ya en los años 80 y 90 en los Servicios de Reumatología se dieron cuenta de la necesidad de colaboración asistencial de la Enfermería, dado que en la mayoría de los casos los reumatismos crónicos se beneficiaban tanto de las técnicas de soporte como del mismo tratamiento farmacológico. Por este motivo, se vio la necesidad de darle un papel más específico, como el de colaborar y dar soporte al tratamiento médico, proporcionando información de la enfermedad y ofreciendo la educación sanitaria correspondiente.

La enfermera de Reumatología ha

sido autodidacta hasta hace muy poco tiempo, pero gracias al esfuerzo por nuestra parte y por el apoyo de los reumatólogos ha sido posible trabajar juntos para conseguir una mejor calidad de vida de nuestros pacientes.

Más tarde, con la colaboración de la industria farmacéutica asistíamos a cursos y congresos, integrándonos poco a poco a la SER. En el año 2000 aparecieron nuevos tratamientos, las terapias biológicas, y con ellos la creación de los hospitales de día. Con la colaboración y el apoyo de Schering, empezamos a reunirnos un grupo de enfermeras de distintos hospitales españoles para poder marcar nuestros objetivos y organizar las jornadas de Enfermería dentro de los congresos SER.

En el año 2004 se solicitó poder formar parte como socios de la SER, siendo a partir de entonces socios adscritos de Enfermería.

El GTESER se formó oficialmente en el 2008 con 9 enfermeras socias adscritas y un reumatólogo socio numerario, siendo la primera Jornada de Enfermería en el Congreso de La Coruña. En la actualidad el grupo está compuesto por 12 enfermeras y 1 reumatólogo.

Durante el XXXV Congreso de la SER, en Murcia, se presentó la web del Grupo, <http://www.ser.es/gteser/>, que ha contado desde el principio con el apoyo de Abbott. En la web disponemos de recursos de Enfermería con documentación de consulta, guías de práctica clínica y preguntas frecuentes entre otras utilidades. Se informará de la oferta educativa para ampliar los conocimientos y de un área dedicada a pacientes donde se

podrá consultar los hábitos para mejorar la calidad de vida. Además, el portal servirá de puente entre los miembros del grupo para compartir información, establecer reuniones e informar de los avances.

Entre los proyectos de futuro está el Estudio SCORE, para un Seguimiento y Control en Reumatología-Enfermería. Los objetivos son: definir la consulta de Enfermería en Reumatología y desarrollar estándares que permitan caracterizarla; la eficiencia de la consulta y comparar la calidad asistencial de las consultas de Enfermería con las convencionales de Reumatología.

LA ACTUAL JUNTA DIRECTIVA GTESER ESTÁ FORMADA POR

Coordinador: Dr. Santiago Muñoz. Hospital Infanta Sofía. Madrid.

Secretaria: Isabel Padró. Hospital del Mar IMAS (Barcelona).

Encarnación Roncal, Hospital La Paz (Madrid); Ana Bilbao, Hospital Dr. Negrín. (Las Palmas de Gran Canarias); Matilde Garro, Hospital Torrecardenas-C.P.E. (Almería); Susana Fernández, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau (Barcelona); Jenny de la Torre, Hospital General Universitario (Alicante); Dolores Beteta, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca (Murcia); Maria Rusiñol, Hospital Universitario Mutua de Terrassa. (Barcelona); Susana Escandón, Hospital Xeral-Calde (Lugo); Amelia Carbonell, Hospital Universitario de San Juan (Alicante); Montse Jordana, Ciudad Sanitaria y Universitaria de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat (Barcelona); Isabel Castro, Hospital Xeral-Calde (Lugo).

La carpa de Reumasalud fue visitada por cerca de 4.000 murcianos



Cerca de 4.000 murcianos se acercaron hasta la carpa de Reumasalud para informarse sobre las enfermedades reumáticas. La carpa, instalada por la SER, permaneció durante dos días en el Jardín Botánico-Paseo del Malecón de Murcia. Desde las 10 de la mañana hasta las 7 de la tarde no solo se ofreció información sobre las distintas enfermedades, también sobre pruebas diagnósticas como ecografías o densitometrías.

Reumasalud, que ya ha recorrido varias ciudades españolas, fue inaugurada en Murcia por la concejala de Juventud y Empleo de Murcia, María Dolores Sánchez Alarcón; la presidenta de la Sociedad Española de Reumatología,

Dra. Rosario García de Vicuña; el presidente de la Sociedad Murciana de Reumatología y presidente del comité organizador local, Dr. Manuel Castaño, y el Dr. Carlos Marras, reumatólogo de Murcia y representante local en el comité científico del XXXV Congreso de la SER.

Según la presidenta de la SER, Reumasalud pretende mejorar el conocimiento de la población sobre las enfermedades del aparato locomotor, algo necesario porque aún hoy existe un gran desconocimiento sobre ellas. "Uno de los mitos más comunes es que no hay nada que hacer, probablemente derivado de incluir las más de 250 enfermedades reumáticas en una sola definición y con un nombre poco adecua-

do, reuma, con una connotación tan arcaica. Otros mitos son que sólo afectan a personas mayores o que no pueden prevenirse". Incrementando el conocimiento de los pacientes, se conseguirá también un diagnóstico y tratamiento más temprano, que puede evitar cambios irreversibles en la enfermedad como las erosiones en el hueso o deformidades.

En opinión del Dr. Manuel Castaño, presidente del comité organizador local, Murcia, con un 17% de la población afectada de artrosis de rodilla, mano o columna y un 16% con cervicalgia, necesita más iniciativas como ésta, que den a conocer las patologías reumáticas a la población y la mejor forma de tratarlas y prevenirlas

“EVALUACIÓN DEL POTENCIAL CONDRÓGÉNICO DE CÉLULAS AISLADAS DE MEMBRANAS AMNIÓTICAS HUMANAS”,

Las células madre de membrana amniótica, solución sencilla y efectiva para regenerar cartílago

Uno de los grandes retos, no sólo de la Reumatología sino de la medicina en general, es la reparación del cartílago, ya que en la actualidad con los medicamentos y técnicas quirúrgicas disponibles, se produce un tejido que no soporta las presiones ni rozamientos a las que está sometida la articulación e inevitablemente el tejido de reparación se acaba desprendiendo y perdiendo. Sin embargo, estudios realizados por reumatólogos españoles, arrojan grandes expectativas en este campo.

Uno de estos estudios es el realizado por los Dres. S. Díaz, I. Fuentes y F. de Toro, de la Universidad de A Coruña, y E. Muiños, C. Cicone, F. Galdo y F. J. Blanco, del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña: “Evaluación del potencial condrogénico de células aisladas de membranas amnióticas humanas”, presentado en el Congreso EULAR 2009.

“El objetivo de este estudio -ha explicado el Dr. Francisco J. Blanco- se enmarca dentro de otro objetivo más amplio que consiste en buscar diferentes fuentes de células madre mesenquimales adultas, con capacidad para diferenciarse a condrocitos. Dentro de esta línea, hemos buscado células con capacidad condrogénica en distintos tejidos: en el músculo-esquelético, en la médula ósea, en el cordón umbilical, en la membrana sinovial y también en la membrana amniótica. En esta últi-



Se inicia el estudio “Evaluación del potencial condrogénico de células aisladas de membranas amnióticas humanas”

ma hemos encontrado un tipo de célula madre que tiene esta propiedad, se diferencia hacia condrocitos.”

“El beneficio de este proyecto radica en que hemos encontrado una nueva fuente de células

madre, la membrana amniótica, de relativamente fácil acceso, para obtener, aislar y, en un futuro, poder utilizar estas células como terapia celular para reparar las lesiones del cartílago en los pacientes.”

Además, ha añadido el Dr. Blanco, otra de las ventajas de estas células madre es que como no proceden del propio paciente se evita una intervención quirúrgica y se simplifica el proceso de obtención e implante celular.

Aunque aún no se ha iniciado el ensayo clínico previo y necesario para que esta técnica llegue a la práctica clínica habitual, el Dr. Blanco ha afirmado que en un plazo de, aproximadamente, cinco años esta técnica podría estar disponible para los pacientes.

Una de las enfermedades más beneficiadas por este hallazgo sería la artrosis, patología en la que se destruye el cartílago por una sobrecarga de presión o por factores bioquímicos que provocan su alteración. Ambas situaciones producen inicialmente fisuras en la superficie del cartílago y posteriormente una pérdida progresiva de dicho tejido. Este hecho puede provocar dolor articular, limitación de los movimientos, crujidos y, ocasionalmente, derrame articular, rigidez y deformidad articular. La artrosis de rodilla, mano o columna afecta en la actualidad a cerca del 17% de la población española, lo que se traduce, en la actualidad, en casi 8 millones de pacientes.

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

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

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

Bibliografía Comentada

METOTREXATO

Controversias con la monitorización de la toxicidad del metotrexato

FIBROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON PSORIASIS Y ARTRITIS PSORIÁSICA TRATADOS CON DOSIS ALTAS ACUMULATIVAS DE METOTREXATO Y TERAPIA A LARGO PLAZO. RHEUMATOLOGY 2009; 48:569-572.

El metotrexato (MTX) es uno de los FAMES más eficaces en el tratamiento a largo plazo de la artritis reumatoide (AR) y posiblemente también de la artritis psoriásica (APs), siendo ampliamente utilizado en la psoriasis cutánea. Se considera que la fibrosis hepática y la cirrosis pueden ser complicaciones de la terapia con MTX. Se ha señalado que estas complicaciones serían dosis dependientes y más comunes ante la presencia de factores de riesgo como la diabetes, la obesidad, el consumo del alcohol y trastornos de la función renal. Dos enfermedades hepáticas como la esteato-hepatitis y el hígado graso no alcohólico están aumentando su frecuencia y podrían ser la causa de cirrosis si se asocian a factores de riesgo como el consumo de alcohol o la utilización del MTX.

Las recomendaciones para la monitorización del tratamiento con MTX en la psoriasis sugieren la necesidad de una biopsia hepática a los 2-4 meses del inicio de la terapia si existen factores de riesgo y posteriormente si existe una dosis acumulativa de 1-

1.5 gramos. Estas recomendaciones distan de las actualmente recomendadas para la monitorización del tratamiento de la AR. Se ha desarrollado un marcador serológico de la fibrosis hepática, el péptido procolágeno 3NTerminal (PIIINP), ampliamente utilizado en Dermatología. Sin embargo, no está validado en la AR y la APs.

Los objetivos de este estudio fueron determinar la prevalencia de la fibrosis hepática en un grupo de pacientes con APs, e investigar la utilidad del PIIINP en la monitorización de la fibrosis hepática en los pacientes tratados con MTX.

Se estudiaron 54 pacientes: 7 con psoriasis, 15 con APs y 32 con psoriasis y APs. Se realizó una biopsia hepática en todos los pacientes y se evaluó la presencia de factores de riesgo como la obesidad, enfermedad hepática, diabetes y trastornos de la función renal.

La duración media del tratamiento con MTX fue de 6.6 años y la dosis media acumulada del MTX fue de 4.396 mg. El 65% de los pacientes tenían una biopsia hepática normal, el 13% cambios inflamatorios tempranos, y el 20% fibrosis leve temprana. Solo tres pacientes presentaron anomalías en los test de función hepática (TFH), de ellos dos consumían alcohol pero presentaron biopsias hepáticas normales, el tercero no consumía alcohol y tenía una fibrosis leve temprana. Ninguno de los factores de riesgo individuales predijo la presencia de fibrosis temprana, aunque la presencia del número total de factores se asoció con la probabilidad de fibrosis en la biopsia hepática. Con respecto a los efectos adversos todos los pacientes presentaron dolor

abdominal, se presentó un efecto adverso severo en un paciente que requirió hospitalización.

El PIIINP estaba elevado en 16 pacientes, 4 de los pacientes que presentaban fibrosis leve tenían valores normales de este marcador, en 7 pacientes los valores estaban elevados pero en ningún caso se encontró enfermedad hepática avanzada.

Los autores sugieren que las recomendaciones de la ACR son útiles tanto para la AR como la APs. Por tanto el seguimiento de los pacientes con TFH es apropiado para la monitorización de los pacientes tratados con MTX. Si los TFH se encuentran dentro de los rangos normales es improbable el desarrollo de una fibrosis hepática. El PIIINP está elevado frecuentemente en los pacientes con APs, por lo tanto no parece un test fiable para la monitorización del riesgo de la fibrosis hepática en los pacientes con APs.

En nuestra opinión estos datos son relevantes para la práctica clínica. Es una muestra de la forma de entender la utilización de diversas terapias inmunosupresoras en los pacientes con inflamación. La reciente polémica suscitada por expertos dermatólogos internacionales acerca de la toxicidad del MTX en los pacientes con psoriasis no parece verse correspondida con los datos y la experiencia de su utilización en los pacientes con AR y APs. Si bien es cierto que puedan existir matices entre las diversas enfermedades inflamatorias como es la psoriasis, la APs y la AR, los diversos resultados publicados reafirman la buena línea de actuación por parte de la reumatología en el uso de fármacos inmunosupresores y enfatizan la experiencia del reumatólogo, no sólo como médico del aparato locomotor sino como un especialista en tratar la inflamación.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

Seguridad del metotrexato en el tratamiento de la artritis reumatoide

SEGURIDAD A LARGO PLAZO DEL TRATAMIENTO EN MONOTERAPIA CON EL METOTREXATO EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA. SALLIOT C Y VAN DER HEIJDE D. ANN RHEUM DIS. DOI:10.1136/ARD.2008.093690.

El metotrexato (MTX) es uno de los fármacos más utilizados y eficaces para el control de la AR. Un aspecto de interés es conocer su seguridad a largo plazo. Los autores de este estudio realizan una revisión sistemática de la literatura del uso de MTX en monoterapia en pacientes con AR. Definen monoterapia a largo plazo, aquella que se mantiene al menos dos años. Se evaluaron 88 estudios publicados y 3 abstracts de congresos.

Se observó que las tasas de interrupción por toxicidad con MTX fueron menores comparadas con sulfasalacina, D-penicilamina y oro, pero mayores que la hidroxiclороquina. El 73% de los pacientes presentaron un efecto secundario, siendo los más frecuentes los que afectaban el tracto gastrointestinal y la elevación de los enzimas hepáticos. La neumonitis por MTX se presentó en el 0,43% de los casos apareciendo solo al inicio del tratamiento. Citopenia de una sola línea celular se presentó en el 5.1% de los casos mientras que la pancitopenia tuvo una incidencia del 0.96%-1,4%.

Las tasas de mortalidad fueron similares en los tratados o no con MTX. Los resultados sobre reducción de la mortalidad cardiovascular son contradictorios existiendo datos a favor y en contra. No se encontró un incremento en el riesgo para las infecciones en general, aunque a tres años el 8,3% de los pacientes presentaron infecciones graves, especialmente durante los dos primeros años. Por ausencia de datos adecuados no se pudo estimar la presencia o no de un riesgo incrementado para el desarrollo de enfermedades linfoproliferativas como linfomas o tumores.

Con respecto a la toxicidad hepática se observó que la elevación de las enzimas hepáticas es el segundo efecto adverso más frecuente. El 20% de los 3.808 pacientes que recibieron una dosis baja de MTX durante una media de 55,8 meses presentó al menos un episodio de elevación de estas enzimas, el 13% tuvo una elevación 2 veces por encima del límite superior de lo normal y el 3,7% tuvo que interrumpir el MTX por toxicidad hepática. Con respecto a la evaluación de la toxicidad mediante biopsia hepática, un metaanálisis sugiere que el 3% de los pacientes pueden desarrollar una fibrosis o cirrosis hepática especialmente si se consume alcohol; sin embargo otros estudios no confirman estos datos.

Los autores concluyen que el MTX en monoterapia a largo plazo no incrementa el riesgo de eventos cardiovasculares, mortalidad o infecciones. Aunque los pacientes presentan efectos secundarios, en general son leves y la suspensión del tratamiento es inferior a la de otros FAMEs; no hay datos concluyentes con respecto al desarrollo de malignidades y de cirrosis. En la discusión los autores comentan ciertos aspectos acerca de las limitaciones de la revisión, los estudios son heterogéneos, solo se ha revisado el MTX en monoterapia y la dosis media de los estudios fue de 10.7 mg por semana y no se evalúa el impacto que puede tener el ácido fólico.

En nuestra opinión los datos acerca del MTX están demostrando paulatinamente que éste fármaco es de una gran utilidad en el tratamiento de la AR y, aunque con cautela, refleja un perfil muy seguro.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

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 se inició en el 2007 y aún continúa vigente.

COORDINACIÓN PARA LR: DR JOSÉ ROSAS

61. ¿Cuáles son los primeros síntomas a destacar en la AR para derivar al paciente al reumatólogo?

La artritis reumatoide (AR) es la artropatía inflamatoria crónica más frecuente, con una incidencia en nuestro país de 8 casos por cada 100.000 habitantes. Todo paciente con sospecha de AR, y en general ante cualquier artritis no filiada, debe ser remitido al reumatólogo lo antes posible para confirmar el diagnóstico e iniciar lo precozmente el tratamiento, dado que hoy en día contamos con fármacos y estrategias muy eficaces en el manejo de la AR. El debut suele ser de forma poliarticular.

La característica principal que nos debe hacer pensar en la AR, es la presencia, durante más de 4-6 semanas, de dolor e inflamación de afectación simétrica, especialmente en manos. Suele acompañarse de rigidez matutina de una duración superior a 30 minutos. La presencia en sangre de factor reumatoide y/o de anticuerpos anti-peptidos citrulinados nos ayudarán para confirmar el diagnóstico.

62. ¿Existe alguna tabla de ejercicios o deportes recomendados para los pacientes con AR?

No existe una tabla específica para los pacientes que padecen de artritis reumatoide, por lo que a continuación señalamos algunas normas generales sobre el ejercicio para pacientes con artritis.

Se aconseja realizar ejercicio de forma regular, incluyendo de forma diaria los que incluyan flexibilidad y de movilidad articular. Si es posible, realizarlos en grupo y bajo supervisión. Se deben evitar actividades o de deportes de impacto (como correr) y en cambio es aconsejable el paseo, bicicleta o la natación y especialmente ejercicios que sean agradables para el propio paciente. No se debe olvidar utilizar calzado adecuado a la actividad a desarrollar. Se debe tener en cuenta que el objetivo es hacer el ejercicio y no tanto la intensidad del mismo, que debe ser moderada. En situaciones de brote de la enfermedad se debe evitar la sobrecarga y mantener actividades suaves así como de corta duración.

63. ¿Es cierto que el tratamiento psicológico puede ayudar mucho en la evolución de pacientes afectados por fibromialgia?

La mayoría de los expertos en fibromialgia apoyan un abordaje multidimensional al tratamiento de esta enfermedad que incluye una combinación de terapias farmacológicas y no farmacológicas. Entre estos últimos se incluyen el ejercicio, la educación con información y estrategias psicológicas de tipo cognitivo-conductual.

A nivel cognitivo-conductual los objetivos son:

1) Ayudar a los pacientes a comprender los efectos que de las cogniciones

(ideas, creencias y expectativas) y las conductas tienen sobre sus síntomas.

2) Enfatizar el papel fundamental que tienen los pacientes para controlar sus síntomas.

3) Enseñar estrategias cognitivas y conductuales específicas. Por ejemplo, enseñar a priorizar el tiempo y las actividades.

Diversos estudios realizados en este sentido demuestran mejoría en los pacientes, aunque no en todos ellos, comparados con el grupo control.

64. ¿Cuál es la edad promedio en la que habitualmente aparecen los síntomas del LES?

En los últimos años ha aumentado la detección de casos de LES, probablemente por la mejoría de la asistencia sanitaria y su facilidad de acceso. La prevalencia del LES en la población adulta española (estudio EPISER) se estima en 91 nuevos casos por cada 100.000 habitantes (IC 95%: 30-390).

Respecto a la edad de comienzo del LES:

■ El 65% de los pacientes comienzan entre los 16 y los 55 años.

■ El 20% la enfermedad aparece en la edad infantil, antes de los 16 años.

■ El 15% restante aparece en pacientes mayores de 55 años.

La media de edad de comienzo de la enfermedad es superior entre los varones (50 a 59 años), respecto a las mujeres (37 a 50 años).

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.

COLAGENOPATIAS

AMPUTACIÓN DE DEDOS O MIEMBROS EN PACIENTES CON SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO.

Asherson RA, Cervera R, Klumb E, Stojanovic L, Sarzi-Puttini P, Yin H J, Bucciarelli S, Espinosa G, Levy R, Shoenfeld Y.

Semin Arthritis Rheum 2008;38:124-31

Resumen: La gangrena secundaria a enfermedad vascular periférica puede condicionar la amputación de dedos o miembros y es una grave complicación en pacientes con síndrome antifosfolípido (SAF). Resulta difícil distinguir la causa

subyacente responsable de la oclusión vascular (arteriosclerosis, vasculitis, o trombosis secundaria a antifosfolípido) en ausencia de histopatología; pueden incluso coexistir diferentes fenómenos.

Los autores analizan los hallazgos clínicos, serológicos e histopatológicos (si los hubiera) de 21 pacientes con amputación secundaria a patología oclusiva arterial en el seno de SAF: 9 padecían lupus eritematoso sistémico (LES), 8 SAF primario, 3 enfermedad "lupus-like" y 1 lupus discoides. En 5 enfermos ocurrió un SAF catastrófico definido y en 2 más, probable. En 7 pacientes se encontró vasculitis y en 5 vasculopatía asociada a antifosfolípido (vasculopatía con trombosis blanda asociada). 2 enfermos presentaban arteriosclerosis precoz, otro arteriosclerosis coronaria en el seno de un LES y otros 2 infarto de miocardio en la treintena. La aparición de lúvido reticularis precediendo a la trombosis arterial sucedió en 9 casos (43%) y en 1 paciente se objetivó crioglobulinemia.

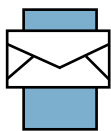
Comentario: Basándose en las manifestaciones clínicas y la histopatología de los 21 enfermos, los autores señalan 10 puntos a destacar en los casos de amputación en pacientes con SAF:

1. La presencia de anticuerpos antifosfolípido debería ser considerado un factor de riesgo mayor para el futuro desarrollo de oclusiones vasculares. 2. La insuficien-

cia vascular puede ocurrir temprano en el curso de la enfermedad o años más tarde. 3. Encuentran una alta frecuencia de SAF catastrófico en esta serie. 4. La vasculopatía asociada a antifosfolípido puede demostrarse histopatológicamente. La coexistencia con vasculitis es posible. 5. La enfermedad arteriosclerótica puede estar presente en otros vasos.

6. El abandono de la anticoagulación es peligroso. 7. La lúvido reticularis puede predecir la aparición de insuficiencia vascular. Su aparición súbita en un paciente asintomático con antifosfolípido debe ser vigilada estrechamente. 8. El fenómeno de Raynaud puede también predecir la oclusión arterial, sobretudo en los dedos de las manos. 9. Se deben evitar otros factores riesgo para trombosis (tabaco, terapia hormonal,...) en pacientes con antifosfolípido positivos. Recomiendan control estricto de hiperlipemia e hiperhomocisteinemia. 10. Se deben tratar agresivamente las oclusiones vasculares (anticoagulación, vasodilatadores, esteroides, inmunosupresores) para prevenir la gangrena que condiciona la amputación.

Las recomendaciones de los autores del artículo resumen perfectamente el mismo, y suponen unas indicaciones prácticas a seguir en la clínica habitual ante este tipo de situaciones de gravedad manifiesta.



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

Clima y enfermedades reumáticas

Soy una mujer de 62 años y tengo una artrosis de rodilla. Cuando el tiempo va a empeorar me duele mucho más la rodilla y necesito tomar más medicamentos para el dolor. Vivo en un clima húmedo y tengo posibilidades de pasar largas temporadas en un pueblo del interior, con un clima más seco en el que me encuentro mejor. ¿Qué me aconseja? A veces pienso que esto son tonterías.

A. Poveda (Requena)

Muchos pacientes notan aumento del dolor con los cambios del clima, incluso determinadas personas predicen los cambios climáticos dependiendo de las molestias que tienen. Por ejemplo, saben que va a llover o que va a hacer mal tiempo porque notan más dolor. No existen muchos estudios que hayan evaluado la influencia del clima en las enfermedades reumáticas, y los que se han realizado muestran resultados contradictorios. En el clima influyen muchas variables, como son la humedad, la presión atmosférica, la temperatura y las precipitaciones. Por eso es difícil saber cómo influye en una enfermedad reumática el clima

de un determinado lugar. Además en general los pacientes están protegidos de condiciones climáticas extremas mediante la utilización de calefacción, aire acondicionado o ropa de abrigo. Como idea general parece que los cambios en las condiciones climáticas que provocan variaciones en la presión atmosférica y la temperatura tienen influencia sobre el dolor en las enfermedades reumáticas.

Contestando a su pregunta le diría que no es una tontería, el clima sí que parece influir. Lo difícil es saber cómo va a afectarle de forma concreta a usted el clima de un determinado lugar, porque influyen muchos factores. Otro factor puede ser la estación del año; en verano, por ejemplo, el clima es menos variable. Por ello la única forma de saber si usted va a estar mejor es hacer la prueba.

Dr. José Ivorra Cortés

Artritis por cuerpos extraños, ciertos riesgos de la jardinería

Recientemente me han diagnosticado una inflamación en un dedo que el reumatólogo tras diversas pruebas denominó artritis

por cuerpo extraño. Realmente lo que tengo es una espina clavada de un cactus y me comentó que una vez extraída la espina con toda probabilidad se curaría esta inflamación. Yo me pregunto si esto es así y si cuando se extraiga la espina se me curará la inflamación

Rosa, Laracha, La Coruña

La sinovitis o artritis por cuerpo extraño es una patología bien conocida en la reumatología, de hecho se han descrito por múltiples tipos de material, espinas de cactus, rosas, palmeras, vidrio, plástico, plomo, etc.

En términos generales cuando se evalúa en la consulta a un paciente que presenta una inflamación localizada en una articulación (monoartritis) es importante realizar una historia cuidadosa teniendo en cuenta esta posibilidad. Como en ocasiones no existe una respuesta inflamatoria inmediata a la lesión, es importante tener presente esta posibilidad a la hora de realizar la historia clínica.

Generalmente tan sólo existen síntomas locales en el área afectada, no suele existir fiebre ni otro tipo de sintomatología, siendo las localizaciones más frecuentes en las manos, muñecas o rodillas, se presenta de forma más fre-

cuente en niños y en adultos que desarrollan su actividad profesional en la construcción, en el campo o en la jardinería.

Para realizar el diagnóstico es necesario sospechar que pueda ser este el problema; desde el punto de vista analítico no se encuentra ningún tipo de alteraciones; sin embargo, con diversas pruebas de imagen pueden en ocasiones detectarse estos cuerpos extraños. Para ello será necesario realizar radiografías u otras pruebas de imagen como la tomografía computerizada o la resonancia magnética nuclear. El tratamiento consiste en la extracción del cuerpo extraño. Una vez retirado el cuerpo extraño el proceso se resuelve.

En el caso que usted nos comenta no disponemos de información acerca de cuál es el tiempo de evolución del proceso; por lo tanto, salvo que este proceso se haya mantenido durante un tiempo prolongado y por lo tanto la inflamación haya producido lesiones óseas, la extracción de la espina permitirá que la inflamación se resuelva totalmente y la articulación funcione normalmente sin ningún tipo de secuelas

Dr. José Luis Fernández Sueiro

Hasta cuándo tengo que estar con la terapia biológica para la espondilitis anquilosante

Me llamo José Antonio y tengo 42 años. Desde los 24 me diagnosticaron una espondilitis anquilosante. Como no iba nada bien de la enfermedad, hace 6 años me pusieron un tratamiento con un fármaco que bloquea el TNF. Con el medicamento me encuentro muy bien y no he tenido ningún tipo de sintomatología. Como me encuentro bien y el medicamento no está exento de riesgos me gustaría saber si se puede suspender el tratamiento. Muchas gracias.

José Antonio, La Coruña

La espondilitis anquilosante es una enfermedad que se caracteriza por la inflamación de la columna vertebral, presentando en ocasiones otras manifestaciones como la artritis periférica, inflamación ocular o incluso inflamación intestinal.

Es esta una enfermedad crónica que no presenta hasta el momento una cura conocida; sin tratamiento la enfermedad sigue un curso crónico y puede ser invalidante, de tal manera que podría ocasionar una fusión completa de la columna vertebral con severas limitaciones físicas en los pacientes.

Hasta la llegada de los fármacos biológicos, aquellos que bloquean el TNF, no existían realmente tratamientos eficaces para el control de la sintomatología de los pacientes que padecí-

an la enfermedad. Actualmente con estos tratamientos se controlan los signos y los síntomas de la enfermedad en un gran número de pacientes pero no en todos.

Una de las preguntas que nos hemos hecho los reumatólogos es qué hacer con el tratamiento cuando se controla de forma adecuada la enfermedad en los pacientes con espondilitis anquilosante; pues bien, a esta pregunta no existe una respuesta del todo satisfactoria.

En diversos estudios se ha observado que cuando se suspende el tratamiento en aquellos pacientes que presentan una espondilitis anquilosante controlada, la mayoría de los pacientes tienen una recidiva de la sintomatología a lo largo de los 12 meses siguientes a la suspensión del tratamiento. Esto indica que de alguna manera para el control de la sintomatología es necesario mantener el tratamiento.

Desde el punto de vista clínico y utilizando un adecuado juicio clínico, en aquellos pacientes en los que la enfermedad está controlada durante al menos un año, podría intentarse suspender el tratamiento y observar qué sucede, pero siempre para evitar sufrir decepciones por parte del paciente debe tenerse presente que lo más probable es que la enfermedad recidive y por lo tanto haya que readministrar el tratamiento.

En el caso que usted nos comenta una opción razonable sería hablar de estos aspectos con su médico reumatólogo y entre ambos tomar una decisión consensuada. Lo importante es

que usted deberá seguir las pautas que le indique su reumatólogo y no tomar decisiones por su cuenta.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

Información sobre los tratamientos biológicos

Mi pareja tiene artritis psoriásica y desde hace un año toma metotrexato y no mejora. Quisiera información sobre las medicinas biológicas.

Silvia (remitida a web-SER)

El metotrexato, a dosis de 15 a 25 mg, suele ser uno de los primeros fármacos que se utilizan en el manejo de la artritis psoriática (APs). Otro fármaco es la leflunomida (nombre comercial Arava), que ha demostrado ser eficaz en esta enfermedad. Sin embargo, es en los pacientes en los que no se consigue el control adecuado de la APs, cuando se debe valorar el inicio de terapia biológica, habitualmente asociado a metotrexato o leflunomida, con buenos resultados en gran parte de los pacientes. En la actualidad están autorizados 3 fármacos biológicos para su uso en APs con eficacia similar. Dos de ellos, se administran por vía subcutánea semanal (Etanercept) o quincenal (Adalimumab). El restante (Infliximab), se administra por vía intravenosa en el hospital de día (no tiene que quedar ingresado para su administración) cada 8 semanas.

En su caso, desconocemos la dosis de metotrexato que se ha alcanzado y si se ha utilizado leflunomida, por lo que le aconsejamos que comente con su reumatólogo las posibilidades de tratamiento según las características de su pareja y la situación de la enfermedad.

Dr. José Rosas

Combinaciones de fármacos

Soy una paciente mexicana, diagnosticada del síndrome de Reiter hace como año y medio. Sigo tratamiento con Aralen® y metotrexate. Últimamente me dieron síntomas como falta de aire y mareos y me suministraron fluoxetina y Tafil®. Me gustaría saber si no se contraponen con lo que estoy tomando.

Carmen (México. Remitida a la web-SER)

Usted está recibiendo en México como tratamiento de base para su enfermedad metotrexato y cloroquina (Aralén®). Para sus síntomas de probable ansiedad/depresión, le han recetado un antidepresivo (Fluoxetina®) y un ansiolítico (Tafil®), que contiene la benzodiacepina alprazolán. En principio no hay datos que contraindiquen el uso de Tafil®, con el resto de fármacos que usted utiliza. Si bien, se aconseja siempre utilizar la mínima dosis eficaz de los fármacos que actúan sobre el sistema nervioso central.

Dr. José Rosas

Buzón para el reumatólogo

Enviar las consultas a losreumatismos@ser.es

¿Cuál sería el tratamiento aconsejable en los pacientes con AR activa que han desarrollado neumopatía intersticial?

Con respecto al efecto de los distintos fármacos que empleamos para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) sobre el pulmón, siempre nos movemos entre dos extremos: por un lado, la posible eficacia de dichos fármacos en la afectación pulmonar asociada a la enfermedad y, por otro, dicha manifestación como efecto secundario del tratamiento. A esto hay que añadir que, en la práctica clínica diaria, se presenta, en no pocas ocasiones, la necesidad de distinguir si una neumopatía intersticial se ha desarrollado en el contexto de la propia enfermedad o como efecto secundario de alguno de los fármacos empleados para su tratamiento.

Se ha descrito el desarrollo de neumopatía intersticial en pacientes con AR en tratamiento con metotrexato, sales de oro, sulfasalacina, leflunomida y D-penicilamina. Sin embargo, lo que actualmente está en plena discusión es el papel de los nuevos fármacos biológicos en dicha manifestación extraarticular. En los últimos años, distintos autores han planteado la posibilidad de que los agentes anti-TNF pudieran inducir patología pulmonar inflamatoria o exacerbarla en casos previamente diagnosticados.

Según la revisión sistemática llevada a cabo recientemente por la Dra. González Crespo, desde el año 2002 se ha descrito en la literatura un total de 35 casos de aparición o empeoramiento de enfermedad pulmonar inflamatoria (EPI) en pacientes con AR tratados con los tres agentes anti-TNF disponibles en el momento actual (18 con infliximab, 13 con etanercept y 4 con adalimumab). Aspectos comunes a todos los casos publicados son la edad superior a 60 años, una enfermedad severa con un tiempo de evolución variable, el diagnóstico previo de patología pulmonar intersticial en más de la mitad de los casos, la relación temporal con el tratamiento y la rápida instauración y severidad del cuadro pulmonar con resultado de muerte en el 37 % de los casos.

Cuando se analizan los datos de BIOBADASER, se han registrado 11 casos de neumopatía intersticial de nueva aparición y 9 casos de exacerbación tras el inicio del tratamiento con el agente anti-TNF. Cuando se compara la incidencia en BIOBADASER y EMECAR no se puede hablar de diferencias estadísticamente significativas aunque sólo es posible la comparación para los casos de nueva aparición ya que, por el diseño del estudio EMECAR, no se han registrado las exacerbaciones de neumopatías intersticiales previamente diagnosticadas. Tampoco hay diferencias entre ambas cohortes en cuanto a la mortalidad.

Por lo tanto, la información disponible hasta ahora no nos permite confirmar que el desarrollo o la exacerbación de EPI en pacientes con AR tratados con agentes anti-TNF sea un efecto secundario del fármaco y por lo tanto, en el momento actual, no hay datos suficientes para contraindicar un agente anti-TNF en un paciente con neumopatía intersticial en el contexto de su AR. Sin embargo, sí es aconsejable, en estos pacientes, un seguimiento exhaustivo de su sintomatología respiratoria ya que lo que sí parece es que los pacientes con AR que desarrollan patología inflamatoria pulmonar en el contexto del tratamiento con agentes anti-TNF tienen un perfil "especial" y que el cuadro pulmonar desencadenado podría ser más severo de lo habitual en estos pacientes.

DRA. ANA ORTIZ

SERVICIO REUMATOLOGÍA

HOSPITAL DE LA PRINCESA

MADRID

La Fundación Española de Reumatología celebra su 10º aniversario

Hace diez años la Sociedad Española de Reumatología ponía en marcha la Fundación Española de Reumatología (FER) para promover la formación y la investigación en Reumatología, fomentar la prevención y el tratamiento de las enfermedades reumáticas, defender la calidad asistencial en la atención sanitaria y difundir la especialidad de Reumatología entre la sociedad.

En este tiempo ha cumplido con creces sus expectativas a través de diversas acciones, entre las que se puede destacar la convocatoria de las becas FER. En concreto, desde el establecimiento en 2003 de estas ayudas, dirigidas a la ampliación de estudios en el extranjero, la realización de estancias cortas en España o en el extranjero, la colaboración en proyectos de investigación ya financiados y la realización de doctorado en proyectos SER, se han podido beneficiar de ellas cerca de medio centenar de especialistas. Además, se ha podido incrementar la cuantía de estas becas desde los 60.000 euros con los que se comenzó en 2003 hasta los 120.000 que se han otorgado en 2008.

Es importante destacar que la concesión de las becas FER es evaluada por la Agencia Nacional de Evaluación y Prospectiva (Anep), lo que otorga a estas ayudas un carácter totalmente independiente de la FER y les dota de una mayor calidad científica y técnica.

Asimismo, la FER mantiene un extenso programa formativo dirigido a los socios de la Sociedad Española

de Reumatología y a todos los especialistas interesados en este campo de la Medicina. De hecho, durante 2008 se han impartido casi medio centenar de cursos en toda España, en los que se ha abordado desde las patologías reumáticas en general hasta aquellas enfermedades menos prevalentes, como las autoinmunes. Entre todos los cursos, se podría destacar la Escuela de Ecografía (que se ha llevado a cabo en Barcelona, Madrid, Sevilla y Alicante), el Curso de artritis reumatoide para residentes de 3º y 4º año, el Curso de Biología Molecular aplicada a la Reumatología, las Jornadas de Actualización para Reumatólogos, el Curso de enfermedades reumáticas autoinmunes: lupus eritematoso y síndrome antifosfolípido o el Curso SER sobre Técnicas de Evaluación Clínica e Instrumental del Fenómeno de Raynaud y la Esclerodermia, entre otros.

LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LA FER

La FER es una de las pocas fundaciones que cuenta con su propia unidad de investigación. La Unidad de Investigación de la Fundación Española de Reumatología (UIFER) es una iniciativa pionera que tiene como misión promover la investigación de calidad en Reumatología, proponiendo, ayudando, ejecutando y difundiendo proyectos de investigación, desarrollando y adaptando a la Reumatología española herramientas de investigación o a través de acciones de formación.

En palabras de la Dra. Loreto Carmona, directora de la UIFER, "en estos años hemos superado el objetivo que impulsó el nacimiento de esta unidad de investigación: mejorar la calidad de la investigación clínico-epidemiológica en España, pero todavía queda mucho por hacer. Debemos redoblar esfuerzos, por ejemplo, en la lucha por que se reconozca la figura del investigador clínico, para que se justifique su presencia en el hospital sin tener que ver pacientes todos los días o hacer de lobby en los lugares en los que se deciden los temas a investigar".

En estos momentos la UIFER tiene 6 proyectos en activo en los que trabajan directamente más de un centenar de reumatólogos y en los que colaboran los principales hospitales de nuestro país: El registro español de acontecimientos adversos de terapias biológicas en enfermedades reumáticas (Biobadaser), la creación de unidades para el diagnóstico y seguimiento de la espondiloartritis de reciente comienzo (ESPeranza), el registro nacional de espondiloartritis (Regisponser), la evaluación de un modelo de atención de la artritis en España (SERAP) o el estudio del índice combinado de afectación en pacientes con fibromialgia (ICAF). Mención especial merece el proyecto sobre factores pronósticos de las espondiloartritis juveniles, el primero que la UIFER desarrolla con carácter internacional al realizarse en colaboración con investigadores y hospitales mexicanos.

Cuenta con su propia unidad de investigación, con una filosofía similar a la de las unidades de apoyo a la investigación clínica de los hospitales

Añadir una pomada al tratamiento de la psoriasis con adalimumab no aporta beneficio sostenido

El tratamiento con adalimumab (Humira), el anticuerpo monoclonal de Abbott para la psoriasis moderada o grave, es a las 16 semanas igual de efectivo con o sin el uso simultáneo de un tratamiento tópico (pomada), de acuerdo con los resultados del estudio BELIEVE, que acaba de presentarse en el simposio de primavera de la Academia Europea de Dermatología y Veneorología (AEDV) en Bucarest (Rumanía). Los datos demostraron también que los pacientes que no tenían éxito con otros tratamientos sistémicos podían lograr una alta respuesta con Humira.

"Los nuevos datos confirman que la psoriasis se puede tratar de manera eficaz con Humira sin el uso simultáneo de pomadas, que los pacientes consideran a menudo pringosas e incómodas", ha declarado el Dr. Diamant Haçi, director de investigación clínica de la Universidad Goethe de Frankfurt e investigador principal del estudio.

De acuerdo con el estudio, después de cuatro semanas, el uso de una pomada tópica (calcipotriol/betametasona) además de Humira no añadió ningún efecto beneficioso en comparación con el uso de sólo Humira.

El estudio pretendía ser un reflejo de la práctica clínica diaria. Se incluyó a 730 pacientes de 15 países, y se llevó a cabo en 133 centros. Todos los pacientes del ensayo recibieron Humira; un grupo recibió tratamiento combinado (Humira más una pomada) y otro, monoterapia (Humira más un placebo tópico).

Humira obtiene unas tasas de respuesta altas en pacientes que no responden a tratamientos sistémicos previos. Todos los pacientes habían utilizado múltiples tratamientos sistémicos antes de su incorporación al estudio; el 70% había recibido metotrexato y casi la mitad había recibido otro fármaco biológico.

PSORIASIS: UNA AMENAZA A LA AUTOESTIMA

La psoriasis es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por la presencia de zonas escamosas gruesas en la piel que a menudo producen picor o dolor. Se calcula que la psoriasis afecta a 125 millones de personas en todo el mundo. La gravedad de la enfermedad varía de unas personas a otras. El 25% aproximadamente de quienes sufren psoriasis presenta una afectación moderada o severa.

La psoriasis puede aparecer en cualquier parte de la piel, y con mucha frecuencia lo hace en el cuero cabelludo, las rodillas, los codos y la zona lumbar. Incluso puede aparecer en las manos y los pies y en las uñas. Aunque la psoriasis se presenta a todas las edades, lo más característico es que aparezca por primera vez en personas de entre 15 y 25 años. La psoriasis es una enfermedad que puede provocar el aislamiento del paciente, y es posible que las personas con una afectación moderada a severa tengan una mala imagen de sí mismas y un mayor riesgo de presentar otras enfermedades.

ANTICUERPO MONOCLONAL COMPLETAMENTE HUMANO

Humira es el único anticuerpo monoclonal completamente humano autorizado para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) moderada a grave, la artritis psoriásica (APs), la psoriasis en placas moderada a grave, la espondilitis anquilosante (EA), la enfermedad de Crohn grave y la artritis idiopática juvenil (AIJ) poliarticular moderada a grave en los Estados Unidos y Europa. Humira se parece a los anticuerpos que hay normalmente en el organismo. Actúa bloqueando el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), una proteína que, cuando se produce en exceso, desempeña una función esencial en las respuestas inflamatorias de muchas enfermedades inmunitarias.

ÉXITO DE LA TERAPIA CON EL ANTICUERPO MONOCLONAL ADALIMUMAB EN PACIENTES NO RESPONDEDORES A OTROS TRATAMIENTOS

El tratamiento estricto y precoz reduce las complicaciones por uveítis asociada a artritis idiopática juvenil

En el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, profesionales de los servicios de Oftalmología y Reumatología coordinan el seguimiento continuo de un grupo de 40 pacientes con uveítis, asociada a la artritis idiopática juvenil (AIJ). El objetivo es conocer y analizar las necesidades de este tipo de pacientes para poder ofrecerles el tratamiento y control más indicado en cada caso. Oftalmólogos y reumatólogos trabajan conjuntamente para prevenir y/o controlar los problemas oculares que padecen los niños y los jóvenes con AIJ.

Las complicaciones oculares de la uveítis (complicación oftalmológica que consiste en la inflamación de la capa media del ojo, afectando al iris, cuerpo ciliar, la pars plana y/o la coroides y por extensión a la retina) dan lugar a más de un 30 por ciento de incapacidad visual y un 10 por ciento de ceguera.

De aquí que el criterio en el seno de la comunidad científica sea coincidente en la recomendación de "tolerancia inflamatoria cero" mediante un tratamiento estricto y precoz, basado en principio en inmunomoduladores, como metotrexato, o, en los casos más resistentes, con medicamentos biológicos inhibidores del factor TNF (tumor necrosis factor), agente inflamatorio implicado en la artritis reumatoide.

La tercera parte de los niños con esta patología inflamatoria presenta uveítis asociada

Las oftalmólogas Ana Clement e Isabel Valls del Hospital Niño Jesús han destacado el dato estadístico de la reducción de complicaciones y la mejora del control visual de los pacientes cuando se administra precozmente este tipo de terapias. Estas conclusiones son fruto de la experiencia clínica desarrollada en el centro a lo largo de cuatro años con una serie de 20 pacientes de uveítis asociada a AIJ.

La necesidad especial de prevención y terapia precoz en la población infantil tiene cumplida justificación dado que la uveítis en los niños pasa mucho más inadvertida que en los adultos, ya que no se expresa con dolor ni ningún otro síntoma.

EL ÉXITO DE LA TERAPIA CON ADALIMUMAB, OBJETO DE UN ESTUDIO

Por otra parte, las investigadoras del Servicio de Oftalmología del centro infantil han desarrollado un trabajo específico sobre terapia biológica, que han presentado en abril en el congreso de la Asociación Americana de Oftalmología Pediátrica y Estrabismo. En dicho estudio las especialistas describen el éxito del tratamiento con el anticuerpo monoclonal adalimumab en pacientes no respondedores previamente a etanercept y metotrexato. Según explican las doctoras Ana Clement e Isabel Valls, integrantes del grupo investigador, se ha observado una disminución del número de brotes (de 6 anuales a 0,7) en los ocho pacientes tratados, "lo que nos lleva a afirmar que adalimumab es una terapia segura y eficaz en niños con uveítis asociada a artritis idiopática juvenil, resistentes a metotrexato y otro fármacos anti-TNF".

TRATAMIENTO DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE
ACTIVA DE MODERADA A GRAVE

Certolizumab pegol, primer anti-TNF PEGilado aprobado por la FDA

Durante el XXXV Congreso Nacional de Reumatología de la Sociedad Española de Reumatología (SER), celebrado en Murcia, expertos de prestigio han participado en el simposio organizado por UCB Pharma, "La PEGilación: Innovando en el diseño de las terapias biológicas". Los expertos, han debatido sobre el papel de la PEGilación en la terapia anti-TNF y la evidencia clínica de certolizumab pegol, el primer y único anti-TNF PEGilado sin región Fc en proceso de aprobación para Europa por parte de UCB Pharma. Estas novedades innovarán el arsenal terapéutico para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR).

La Doctora Blanca Hernández, de la Unidad de Investigación del Servicio de Reumatología e I+D+i del Hospital Virgen Macarena de Sevilla, ha expuesto en su ponencia, "Una nueva generación de terapia anti-TNF", los beneficios de la PEGilación, como por ejemplo: aumento de la biodisponibilidad del agente biológico, prolongación del tiempo de circulación de las concentraciones terapéuticas y mejora de la penetración y retención del fármaco en el tejido inflamado.

En palabras de la Doctora Blanca Hernández, "La PEGilación, que es la adición de moléculas de polietilenglicol como "transportador" de un agente terapéutico, tiene diversas ventajas que mejoran al fármaco desde el punto de vista farmacocinético y farmacodinámico". Igualmente, subrayó que "Certolizumab pegol es un nuevo anti-TNF que, gracias a su innovador mecanismo de acción y su posología mejorada, pudiendo-

se administrar por vía subcutánea cada 2 ó 4 semanas, aumenta nuestro arsenal terapéutico en una enfermedad tan compleja como la artritis reumatoide".

La PEGilación es la modificación de anticuerpos monoclonales y de fragmentos de anticuerpos, incluyendo los fragmentos Fab, como en el caso de certolizumab pegol. Esta modificación puede cambiar las propiedades físicas y químicas y mejorar el comportamiento del fármaco.

EVIDENCIA CLÍNICA EN ARTRITIS REUMATOIDE

La segunda ponencia del simposio ha sido a cargo del Doctor J. M. Álvaro Gracia, del Hospital Universitario de La Princesa de Madrid, que ha presentado "La evidencia clínica de certolizumab pegol en la artritis reumatoide". El tema ha girado en torno a las evidencias clínicas de certolizumab pegol para el tratamiento de la AR. En los estudios clínicos de Fase III multicéntricos y controlados por placebo de certolizumab pegol, junto con MTX o en monoterapia, los pacientes mostraron una reducción de los signos y síntomas de la AR en la semana 24. Algunos pacientes mostraron una respuesta clínica ya en la primera semana, en comparación con MTX. Adicionalmente, los datos radiográficos mostraron que certolizumab pegol, junto con MTX, inhibió la progresión del daño estructural articular ya en la semana 16, con cambios mínimos significativos desde el estado basal en el Índice Total de Sharp modificado (mTSS) en la semana 24 y 54, en comparación con MTX (p<0,001).

Según el Doctor Álvaro Gracia "Estos estudios nos demuestran que certolizumab pegol es un fármaco eficaz para el control de las distintas manifestaciones de la AR, tanto desde el punto de vista de mejoría de los síntomas, como de frenar la progresión radiográfica de la enfermedad. Además estos estudios muestran que certolizumab pegol es capaz de mejorar de forma muy significativa la discapacidad y la calidad de vida de los pacientes con AR. También, se han obtenido datos sobre la mejora en la productividad, tanto laboral como doméstica, de los pacientes que reciben este tratamiento".

Igualmente el Doctor Álvaro Gracia puso de manifiesto que "La principal diferencia de certolizumab pegol frente a otros anti-TNFs reside en la pegilación y ausencia de la región Fc del anticuerpo. Desde un punto de vista práctico esto se traduce en una gran rapidez de acción del fármaco, con muchos pacientes que notan la mejoría tras la primera inyección subcutánea, y una posología muy cómoda con inyecciones subcutáneas mensuales".

En base a la presentación de estos resultados, Certolizumab pegol acaba de obtener la aprobación de la FDA gracias a un extenso programa clínico con la inclusión de más de 2.300 pacientes. Certolizumab pegol será comercializado con el nombre de Cimzia® en EE.UU. y podrá ser administrado en una dosis inicial de 400mg en las semanas 0, 2 y 4, seguido de una dosis de 200mg cada 2 semanas, pudiéndose también considerar una dosis de mantenimiento de 400mg cada 4 semanas.

“PRESENTE Y FUTURO DE LA AR: HACIA
UN CONTROL ESTRICTO DE LA ENFERMEDAD”

Mejores tasas de remisión en AR con los nuevos fármacos biológicos tocilizumab y rituximab



ACTUALIDAD REUMATOLÓGICA

Tocilizumab ha demostrado elevadas tasas de remisión en distintos perfiles de pacientes con artritis reumatoide (AR) y ha probado superioridad frente al metotrexato (MTX) en el tratamiento de la enfermedad. El mecanismo de acción de este fármaco biológico reduce la inflamación articular y crónica de todo el cuerpo, incrementando la calidad de vida del paciente y mejorando efectos sistémicos de la enfermedad como la anemia o la fatiga.

Así se ha puesto de manifiesto en el simposio “Presente y futuro de la AR: hacia un control estricto de la enfermedad”, que tuvo lugar en el marco del XXXV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología. “Hasta el momento tocilizumab ha sido el

único agente biológico que ha demostrado ser superior a metotrexato –terapia base para el tratamiento de la AR- en monoterapia”, indica el doctor José María Álvaro-Gracia, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario La Princesa de Madrid.

La eficacia de este anticuerpo monoclonal, el primero de su clase que actúa inhibiendo el receptor de la interleuquina-6 (IL-6), se amplía también a diferentes perfiles de pacientes con AR. “De esta forma, también se ha mostrado que no sólo en monoterapia, sino también en combinación con metotrexato, el éxito en el tratamiento es amplio”, continúa explicando el doctor Álvaro-Gracia. “Por lo tanto, tocilizumab también es eficaz en pacientes que han fracasado al tratamiento

con fármacos modificadores de la enfermedad (FAMES), e incluso con anti-TNF (bloqueadores de los factores de necrosis tumoral).”

La interleuquina-6 tiene una función esencial en muchas de las manifestaciones de la AR, como la inflamación sistémica o la destrucción articular. Su efecto pleiotrópico, ya que es producida por un gran número de estirpes celulares diferentes, hace que esté relacionado con la patogénesis de enfermedades inflamatorias y autoinmunes.

“Este simposio ha sido el marco idóneo para analizar los resultados de eficacia y seguridad de los fármacos empleados en el tratamiento de la artritis reumatoide”, afirma el doctor Alejandro Balsa, jefe de Sección de Reumatología del Hospital La Paz y coordinador del encuentro.