

Esclerodermia

Esa hinchazón seca y desgarradora



Entrevista

Dr. Jesús Tornero Molina

“La SER avanza con vocación de independencia”



Proyectos SER

El Dr. Eugenio de Miguel, del Hospital La Paz, primer premio del Fondo de Imagen de la SER



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

Editor:

Dr. Fco. Javier Ballina García

Consejo Asesor:

Dr. Jordi Carbonell Abelló, Dr. Eliseo Pascual Gómez, Dr. Fco. Javier Paulino Tevar, Dr. Pere Benito Ruiz, Dr. Jesús Tornero Molina.

Secretario de Redacción:

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

Colaboradores:Dr. José Ivorra Cortés,
Dr. José Luis Fernández Sueirowww.ser.eswww.ibanezyplaza.com**ibáñez & Plaza** Asociados, S. L.
EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN**Coordinación Editorial,
Diseño y Maquetación:**
Ibáñez&Plaza AsociadosC/ Bravo Murillo, 81 (4º C)
28003 Madrid
Teléf.: 91 553 74 62
Fax: 91 553 27 62ediciones@ibanezyplaza.com
reumatismos@ibanezyplaza.com**Redacción:**

Gabriel Plaza Molina, Carmen Salvador López, Pilar López García-Franco

Dirección de Arte:

GPG

Publicidad:

Ernesto Plaza Gajardo

Administración:

Concepción García García

Impresión:

IMGRAF S.L.

DEPÓSITO LEGAL M-42377-2005
SOPORTE VÁLIDO 18/05-R-CM**Entidades que han colaborado con
Los Reumatismos en este número:**

- Abbott ■ BMS ■ Gebro
- Ibáñez&Plaza ■ Lacer
- Schering Plough ■ Wyeth
- Zambón

Eficacia e independencia: un modelo de gestión

Solidez y eficacia bajo criterios de independencia son las líneas maestras que conforman el perfil de la Sociedad Española de Reumatología, que a finales de mayo renueva su cúpula directiva en el marco del XXXII congreso nacional. A este perfil cabría añadir unos rasgos distintivos que no suelen prodigarse en entidades de envergadura nacional, y que podríamos definir como un plausible equilibrio entre la renovación creadora y la continuidad experimentada.

El Dr. Jesús Tornero, cuyo mandato como presidente de la SER se cierra en el congreso, resume en su entrevista el balance de estos dos años, poniendo el acento especialmente en la vocación de independencia de la Sociedad a la hora de abordar sus proyectos tanto de investigación y formación como de difusión, relaciones externas o defensa profesional.

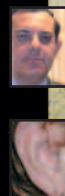
**Equilibrio entre
la renovación
creadora y la
continuidad
experimentada,
rasgos distintivos
de la SER**

**Los mensajes de
la Sociedad son
escuchados y
reproducidos por
los medios de
comunicación
con interés y
confianza**

El mantenimiento de la independencia es un desideratum común a las esferas personal y comunitaria, y su conquista exige claramente dos actitudes complementarias: trabajo y tenacidad. El trabajo ofrecido sin contrapartida supone una actitud de generosidad digna de reconocimiento, por cuanto significa sacrificar en aras del bien común un tiempo precioso, casi siempre hurtado a la vida familiar. Por otra parte, la negociación con los poderes públicos o la empresa privada requiere buenas dosis de tesón combinadas con lo que popularmente conocemos como "mano izquierda".

A lo largo de su trayectoria la SER, con el soporte de los valiosos recursos humanos de su secretaría, ha venido haciendo gala de este modelo de gestión que coordina eficacia con independencia. El resultado es, como señala el Dr. Tornero, una Sociedad bien consolidada, prestigiosa, abierta al exterior, colaborando estrechamente con numerosas sociedades científicas y asociaciones de pacientes y cuyos mensajes son escuchados y reproducidos por los medios de comunicación con interés y confianza.

Estamos seguros de que la etapa que se inicia bajo la presidencia del Dr. Josep Blanch i Rubió, estará básicamente regida por los mismos criterios de eficacia, independencia e innovación. Y asimismo deseamos que esos criterios de "continuidad" bien entendida orienten la elección de los miembros de la SER para futuros mandatos.



Entrevista
Dr. Jesús Tornero Molina
"La SER avanza con
vocación de independencia"

Proyectos SER
El Dr. Eugenio de Miguel,
del Hospital La Paz, primer premio
del Fondo de Imagen de la SER

marzo-abril 2006
N° 16 · AÑO 4

Esclerodermia

Esa hinchazón seca y desgarradora

Nuestra Portada

La esclerodermia, sin duda una de las afecciones reumáticas más complejas, es objeto en este número de un documentado trabajo de la doctora Paloma García de la Peña, que aporta valiosos consejos y pautas para su manejo.

El Dr. Jesús Tornero Molina, que deja la presidencia de la SER después de una etapa prestigiosa y fecunda, describe en la entrevista sus impresiones y balance global de esos dos años.

Finalmente el tercer argumento de la portada se refiere a los premios del Fondo de Imagen de la SER, con el patrocinio de Wyeth, que serán entregados en el propio congreso de Valencia y que reproducimos en su totalidad.

1 Editorial **Eficacia e independencia, un modelo de gestión** Solidez y eficacia bajo criterios de independencia son las líneas...

3 Entrevista **Dr. Jesús Tornero Molina**
Finaliza su mandato como presidente de la Sociedad Española de Reumatología

8 Proyectos SER **El Dr. Eugenio de Miguel, del Hospital La Paz, primer premio del fondo de imagen SER**
Relación de imágenes premiadas y seleccionadas

17 Asociaciones **Los pacientes españoles demandan una mayor participación en la política sanitaria**

20 Reportaje **Esclerodermia: esa hinchazón seca y desgarradora**

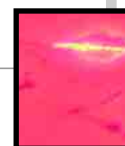
27 Bibliografía comentada
Artritis Reumatoide · Miopatía · Osteomielitis · Síndrome de Sjögren · Vacunas

34 Los pacientes preguntan
Antiinflamatorios en crema · Vasculitis leucocitoclástica: un reto para el clínico...

38 Noticias Dolor en fibromialgia · Glucosamina y condroitin sulfato · Etanercept y metotrexato · Universidad de Pacientes · Humira y espondilitis

44 Humanidades
Humor en reumatología: el ataque de gota

47 Recursos de reumatología en Internet
Reum@tismos
Medline Plus: Temas · Cuidatushuesos.com



DR. JESÚS TORNERO MOLINA
FINALIZA SU MANDATO COMO PRESIDENTE

“La SER
avanza con
vocación de
independencia”



Texto Carmen Salvador

EL DR. **Jesús Tornero Molina**

después de una década en la directiva de la SER, que culminó con la elección de Presidente, se muestra satisfecho del fortalecimiento de la Sociedad como modelo de negocio y gestión, que avanza “con vocación de independencia”. Reconoce que su paso como presidente le ha hecho adquirir experiencia y maduración y le ha proporcionado un enriquecimiento personal en el sentido de que “he podido conocer a muchos compañeros que de otra manera hubiera sido más difícil”, aunque para ello haya tenido que robarle horas a la familia.

“ **E**n estos dos años de presidencia ha fortalecido proyectos de la anterior directiva y ha emprendido otros nuevos. Es un reconocido comunicador con los medios de prensa y apreciado por la profesión médica, como lo atestigua la candidatura a mejor médico del año del grupo Edimsa.

Señala el Dr. Tornero que el gran paso hacia delante de la SER fue “asumir directamente la ejecución de sus actos de investigación, de formación, de difusión, de relaciones externas, de defensa profesional, sin agencias interpuestas y teniendo clara la independencia, respetando muchísimo otros marcos de negocios y de actuación en el ámbito sanitario”.

CALIDAD Y TIEMPOS MÍNIMOS

-De todas las actividades que ha desarrollado, ¿de cuál se encuentra más satisfecho?

-La SER tenía bien afianzadas las áreas de investigación y formación que había iniciado el doctor Jordi Carbonell, y que se han fortalecido en estos años, al igual que la mejora y consecución de la autosuficiencia financiera. Había otros aspectos quizás más necesitados de intervención, como es el área de defensa profesional de los asociados y la de difusión.

Ya ha sido editado el proyecto de Calidad y Tiempos Mínimos en Reumatología, una iniciativa que constituye un documento único y original en la estandarización de asignación de tiempos y recursos a nuestro ejercicio profesional. La reumatología va más allá de la simple consulta al enfermo ambulatorio o el pase de visita al ingresado. En estos últimos años el universo de técnicas diagnósticas y terapéuticas que realizamos incluye una amplia gama y variedad (hacemos punciones, ecografías, intervenciones agresivas para el tratamiento del dolor...). Es por ello que hemos elaborado un extenso nomenclador de actos médicos en reumato-

logía, con su correspondiente baremo de complejidad, con el fin de negociar una mejora justa, necesaria y no diferible de las compensaciones económicas que se perciben por los actos profesionales en nuestra especialidad.

UNA SOCIEDAD MÁS ABIERTA

En los últimos años la SER ha conseguido ser un punto de referencia para los medios de comunicación y para contrastar información. “Creo que hemos emitido mensajes claros, veraces e independientes, sin levantar falsas expectativas, ni crear falsas alertas, algo que se ha reflejado más que nunca en los medios de comunicación.”

Señala el doctor Tornero que la SER se ha abierto más a la población, no sólo con las campañas, como la de artritis reumatoide, sino con nuevos formatos de comunicación, como la colección “Guías de la enfermedad para el paciente”, los “decálogos”, vídeos, aulas formativas, preguntas del paciente colgadas en la web, así como la presencia constante en ferias de salud, en las que han participado el personal de la SER y asociados.

“A medida que la sociedad civil comprenda la importancia que tienen las enfermedades reumáticas, no sólo por la frecuencia, sino por la incapacidad e impacto en todos los aspectos que estas ocasionan, aumentará la necesidad de invertir en este colectivo. Nos resultará así más fácil incrementar los fondos dotacionales para sufragar la investigación y la formación, y sobre todo conseguiremos una de mis grandes aspiraciones: la diversificación de las fuentes de mecenazgo.”

La SER ha emprendido actividades en colaboración con otras sociedades científicas, tanto nacionales, como SEIOMM, SEMERGEN, o Sociedad Española de Geriátrica, como internacionales, EULAR y



sociedades iberoamericanas. “La colaboración con el Colegio Mexicano de Reumatología está afianzada y se sustenta en la tenencia de un órgano oficial común de expresión científica y los intercambios y presencia recíproca en los actos oficiales de los distintos congresos. Hemos puesto también las primeras semillas para establecer una colaboración con otras sociedades científicas reumatológicas, como la portuguesa. Pero hay que continuar y trabajar más. No podemos dejarlo sólo en reuniones de congresos, hay que establecer una colaboración permanente, definida, consolidada, con recursos financieros y humanos.”

Reconoce que ha sido menos productiva la relación con la Administración sanitaria: “Hemos intentado varios acercamientos y hemos llegado a reunirnos con el secretario general

“El gran paso hacia delante de la SER fue asumir directamente la ejecución de sus actos de investigación, de formación, de difusión, de relaciones externas, de defensa profesional, teniendo clara su independencia”



de sanidad, pero seguimos sin conseguir que las autoridades sanitarias realicen un mayor esfuerzo por dar más prioridad a las enfermedades reumatológicas, dada su enorme incidencia, impacto en la vida del paciente y la necesidad de más recursos.”

Un modelo de gestión médica

Señala el doctor Tornero que el paso de una Junta a otra se ha realizado siempre teniendo en cuenta los intereses de la Sociedad, “cogiendo lo bueno y fortaleciéndolo”. Un análisis realizado por especialistas sobre el modelo de gestión y negocio de la SER vino a señalar que era lo más próximo al modelo ideal de una sociedad científica.

“Señalaron como algo particular que no era común que las personas que trabajan, incluso en puestos de responsabilidad, conocieran tan bien las funciones, los proyectos y las

necesidades de la propia empresa, como ocurre en la SER. Y ello es posible por todo el personal que está en la sede. Es gracias a ellos que todos los proyectos y cometidos han resultado posible y más fáciles de realizar”.

APOYO A LAS ASOCIACIONES DE PACIENTES

La SER siempre ha estado abierta a las asociaciones de pacientes. “Siempre hemos colaborado con ellos en diversas actuaciones porque tenemos los mismos objetivos, que todo redunde en un mayor beneficio para el paciente, aunque las formas de actuar sean distintas. Nosotros como Sociedad potenciamos la investigación y la formación del profesional para una mejor actuación médica; ellos tienen una línea claramente social, más abierta al paciente para necesidades más concretas y particu-

lares. En realidad son actuaciones complementarias que han de seguir fortaleciéndose.”

Ahora el doctor Tornero podrá recuperar algo del tiempo perdido con la familia, aunque seguirá vinculado a la SER ocupando un puesto en el patronato de la Fundación, según estipulan los estatutos.

CRECIMIENTO EN INVESTIGACIÓN

Fortalecimiento de la FER. Se ha conseguido autosuficiencia financiera, ampliación y adición de nuevos proyectos de investigación e incremento de la plantilla (estadístico, informático, experto en metodología, monitor de ensayos).

Plan DIB-SER. Para mejorar y ampliar el colectivo de Unidades y profesionales reumatólogos entrenados y capacitados para ejecutar tareas de investigación. Contempla diversas fases y vías de desarrollo y persigue formar a nuevos profesionales, crear nuevas unidades y potenciar las ya existentes.

Proyecto SERAP-AR. Ha permitido crear una red nacional de unidades de artritis precoz, con el objetivo asistencial de acortar los períodos de diagnóstico e intervención. También tiene como finalidad validar un algoritmo de derivación desde la Atención Primaria, así como calcular la incidencia anual de la artritis reumatoide en España.

Continuación de REGISPONSER (Registro SER de Espondiloartropatías Inflamatorias). Ha permitido mejorar el conocimiento e identificar el perfil del paciente.

FONDO EDITORIAL

La SER dispone de un fondo editorial cada vez más nutrido y extendido, desde el Manual de Enfermedades Reumáticas, la colección de Monografías de la SER, la colección Documentos SER de Revisión de Evidencias, el Fondo de Imagen, y la Biblioteca Virtual Rotés Querol.

“Hemos emitido mensajes claros, objetivos, veraces e independientes, sin levantar falsas expectativas, ni crear falsas alertas ante los pacientes reumáticos y la sociedad civil”

RELACIÓN Y REPRODUCCIÓN DE LAS IMÁGENES PREMIADAS Y SELECCIONADAS

El Dr. Eugenio de Miguel, del Hospital La Paz, primer premio del fondo de imagen de la SER

La Sociedad Española de Reumatología ha fallado los premios Fondo Imagen, que serán otorgados en el marco del XXXII congreso nacional de la SER (24-26 de mayo 2006, Valencia). Los premios Fondo Imagen, iniciativa de la SER con el patrocinio de laboratorios Wyeth, se mantendrán con el mismo formato para años sucesivos. **La coordinación corre a cargo de los Dres. José Rosas y Antonio Naranjo.** Reproducimos a continuación el listado de ganadores y seleccionados, junto con las imágenes correspondientes.

PREMIADOS

- Primer premio: C-I-8-002: policondritis recidivante auricular: antes y después del tratamiento
Autor: Dr. Eugenio de Miguel
Centro: Hospital La Paz. Madrid
- Accésit: B-5-020: ecografía en paciente con atrapamiento del nervio mediano
Autor: Dra. Jacqueline Usón y Dr.R. Míguelez
Centro: Hospital de Móstoles. Madrid
- Accésit: B-3-007: cristal intracelular de urato monosódico con luz polarizada y compensador rojo
Autor: Dr. Fernando Pérez Ruiz
Centro: Hospital de Cruces. Baracaldo
- Accésit: C-V-1-011: mano con numerosos tofos de urato monosódico
Autor: Dr. Miguel A. Belmonte
Centro: Hospital General de Castellón

RESTO DE SELECCIONADOS

- B-4-006: imagen artroscópica de sinovitis vellonodular
Autor: Dr. Juan de Dios Cañete
Centro: Hospital Clinic. Barcelona
- C-I-1-092: mano con nódulos de AR
Autor: Dr. Jaime Calvo
Centro: Hospital Sierrallana. Torrelavega
- C-I-3-017: lupus profundus con atrofia grasa
Autor: Dr. Miguel A. Belmonte
Centro: Hospital General de Castellón
- C-I-3-031: mano con artropatía de Jaccoud, en paciente con LES
Autor: Dr. Miguel A. Belmonte
Centro: Hospital General de Castellón
- C-I-9-010: Angio-RM con estrechamiento de la arteria renal dcha, mesentérica superior y aorta infrarrenal, en paciente con arteritis de Takayasu
Autor: Dr. Mauricio Mínguez
Centro: Hospital Universitario de San Juan. Alicante

■ C-I-9-051: queratitis en paciente con Sdme de Cogan

Autor: Dr. Juan Tovar

Centro: Hospital General de Elche. Alicante

■ C-I-10-001: infarto cutáneo en paciente con SAF

Autor: Dr. José Luis Marengo

Centro: Hospital de Ntra Sra de Valme. Sevilla

■ C-II-3-008: artritis psoriática

Autor: Dr. Norberto Gómez

Centro: Centro Médico POVISA. Vigo

■ C-III-1-013: artrosis en mano

Autor: Dr. Eugenio de Miguel

Centro: Hospital La Paz. Madrid

■ C-IV-062: pústula gonocócica

Autor: Dr. Juan Tovar

Centro: Hospital General de Elche. Alicante

■ C-IX-020: osteonecrosis aséptica en cóndilo femoral interno

Autor: Dr. Eugenio de Miguel

Centro: Hospital La Paz. Madrid

■ C-V-1-001: podagra

Autor: Dr. Eugenio de Miguel

Centro: Hospital La Paz. Madrid

■ C-VII-2-003: hiperlaxitud

Autor: Dr. Norberto Gómez

Centro: Centro Médico POVISA. Vigo

■ C-VIII-1-1: tumor de células gigantes

Autor: Dr. José M^a Pego

Centro: Hospital do Meixoeiro. Vigo

■ C-XIV-3-008: enfermedad de Paget en calcáneo

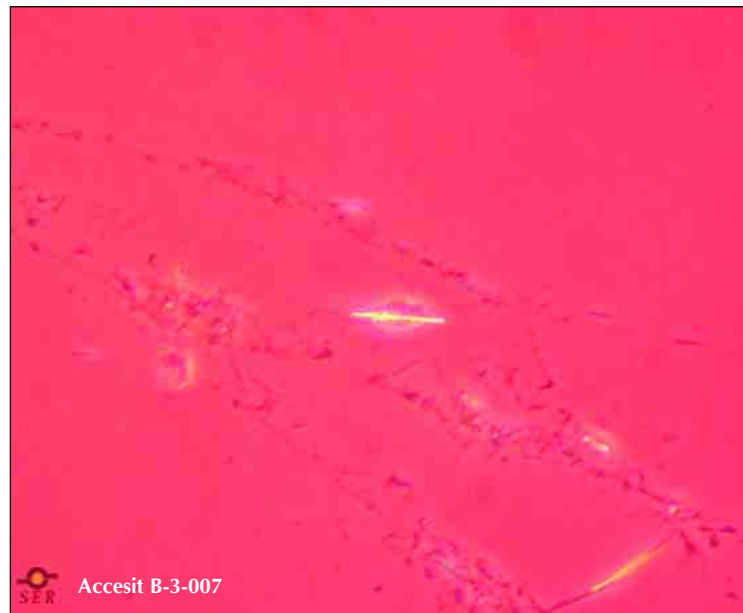
Autor: Dr. Delfín Rotés, Dr. Jordi Carbonell

Centro: Hospital del Mar y la Esperanza. Barcelona

■ C-XIV-3-042: enfermedad de Paget en falange de segundo dedo

Autor: Dr. Eugenio de Miguel

Centro: Hospital La Paz. Madrid





Accesit C-V-1-011



B-4-006



C-I-1-092



C-I-3-03



C-I-9-010



C-I-10-001



C-I-3-017



C-I-9-051



C-II-3-008



C-III-1-013



C-IV-062



C-IX-020



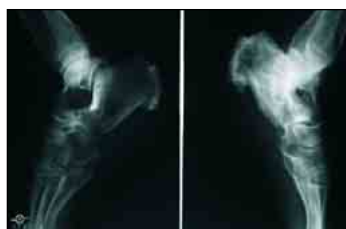
C-V-1-001



C-VII-2-003



C-VIII-1-1



C-XIV-3-008



C-XIV-3-042

Los premios Fondo Imagen, iniciativa de la SER con el patrocinio de laboratorios Wyeth, se mantendrán con el mismo formato para años sucesivos

Los pacientes españoles demandan una mayor participación en la política sanitaria



Doctor Albert Jovell, presidente del Foro Español de Pacientes, y Dña. Begoña Barragán, presidenta de la Asociación Española de Afectados por Linfomas

El Foro Español de Pacientes, que agrupa a más de 600 asociaciones –entre ellas la Liga Reumatológica Española, como miembro fundador del Foro-, y más de 250.000 pacientes, solicitan acciones políticas concretas para mejorar su calidad de vida, aumentar su participación en las decisiones políticas y perfeccionar el sistema sanitario.

Para ello ha elaborado un programa con 20 acciones concretas para mejorar “problemas reales de la sanidad española, cuya última finalidad es la democratización del sistema de nuestro país, ya que en la actualidad no se cuenta con los pacientes en los procesos y tomas de decisiones que les afectan directamente a ellos”, ha señalado el doctor Albert Jovell, presidente del Foro.

Entre otras acciones concretas, el Foro señala la necesidad de una mayor representación de los

pacientes dentro de las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas y la implantación de la historia clínica electrónica universal incorporada a la tarjeta sanitaria.

Pide también el Foro que se promueva una política de investigación que favorezca el desarrollo de fármacos en fase I y II en España, para permitir el acceso temprano a nuevos tratamientos, así como un mejor acceso a las tecnologías de diagnóstico por imagen que eviten demoras en el diagnóstico y tratamiento.

POR UNA MAYOR COORDINACIÓN

Según las propuestas del Foro, es necesario promover estrategias que garanticen una mejor coordinación entre la atención hospitalaria, la primaria y la sociosanitaria mediante la existencia de una historia clínica, única, compartida; reforzar las funciones del médico de atención primaria y la

identificación de un profesional de la medicina como responsable del paciente en el hospital. Se insiste en la necesidad de una mayor coordinación para atender al paciente cuando sale del hospital, por ejemplo, después de una operación, o de un proceso largo de tratamiento.

Otro de los puntos del Forum señala la necesidad de un responsable de enfermería para el control, seguimiento y educación del paciente crónico en atención primaria. Que los pacientes participen en la determinación y evaluación de los indicadores que midan la calidad de la atención sanitaria que reciben.

Los 20 acciones completas pueden verse en la web del Foro:

www.webpacientes.org

http://www.webpacientes.org/fep/docs/agend_polit_fep_feb2006_cast.pdf



PALOMA GARCÍA DE LA PEÑA LEFEBRE
SERVICIO DE REUMATOLOGÍA,
HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL, MADRID

Esclerodermia: esa hinchazón seca y desgarradora

La esclerosis sistémica o esclerodermia, es una enfermedad del tejido conectivo, autoinmune sistémica, de etiología desconocida, que se caracteriza por el aumento de depósito de colágeno en la piel y en múltiples órganos internos, una alteración prominente de la microcirculación y determinadas alteraciones en la inmunidad humoral y celular. Si bien la incidencia es variable, aparecen al año entre 2 y 10 nuevos casos por millón de habitantes. Predomina en mujeres (de 2 a 9 mujeres por cada paciente varón), con una edad de comienzo habitual de alrededor de los 40 años.

La esclerosis sistémica de forma característica puede afectar a múltiples órganos como la piel, el tubo digestivo, los pulmones, los riñones y los vasos sanguíneos, haciendo que en ocasiones el manejo de estos pacientes resulte complejo. Si a ello

unimos su baja incidencia, no es infrecuente que algunos médicos no estén familiarizados con los problemas que surgen en el día a día de estos pacientes y se pueda olvidar que pequeñas medidas o consejos generales son fundamentales para evitar el desarrollo de complicaciones y obtener una mejor calidad de vida.

Los cuidados que a continuación se exponen deben ser explicados y adaptados a cada paciente desde las primeras consultas para que los incorpore en su rutina diaria lo antes posible y los realice con naturalidad.

CUIDADOS DEL FENÓMENO DE RAYNAUD (FRY)

La primera medida fundamental debe ser la protección contra el frío con guantes y calcetines especiales que se ajusten adecuadamente a la muñeca y pantorrillas. Se aconsejará al paciente que se los ponga

antes de salir de casa y no está de más revisar en la consulta qué tipo de guantes usa el paciente ya que nos daremos cuenta de que en la mayoría de los casos son inadecuados.

Se deben evitar las situaciones de estrés y los cambios bruscos de temperatura, puesto que en muchas ocasiones son éstos cambios, más que la temperatura ambiente los que desencadenan el episodio del FRY. El paciente evitará lavar las manos con agua fría y se secarán con rapidez, para evitar el enfriamiento por evaporación. En los casos más graves, incluso se aconseja adaptar los utensilios de uso doméstico, como por ejemplo emplear una cubertería con mangos de madera en vez de metálicos.

En todos los pacientes que fumen se aconsejará el abandono del hábito del tabaco.

Está contraindicado el uso de fármacos vasoconstrictores, como



Puede afectar a múltiples órganos como la piel, el tubo digestivo, los pulmones, los riñones y los vasos sanguíneos, haciendo que en ocasiones el manejo de estos pacientes resulte complejo



Están desaconsejadas las condiciones que resecan la piel, como el frío, la exposición solar excesiva, lavados de manos repetidos, múltiples baños o duchas al día, el empleo de ciertos jabones...

b-bloqueantes, caseína o nicotina y se advertirá sobre el riesgo de ciertas drogas como la cocaína.

En verano no debe bajarse la guardia. El uso de aire acondicionado, la temperatura del agua del mar o de las piscinas pueden ser los causantes de episodios graves de FRy.

En cuanto al tratamiento farmacológico, se pautará de forma escalonada en función del grado de severidad (tabla 1).

CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS Y CICATRICES

La higiene cutánea y ungueal serán fundamentales para evitar la sobreinfección de cicatrices y úlceras. ¡ Ojo con los quitacúculas y las visitas al podólogo ! ya que el uso de los primeros puede ser el desencadenante de heridas y úlceras de evolución tórpida y unas manos inexpertas en el manejo de este tipo de pacientes puede ser fatal.

Los parámetros que tendremos en cuenta a la hora de valorar una

úlceras serán: la presencia de sobreinfección y/o de tejido necrótico, cantidad de exudado, presencia de tejido de granulación y si se ha iniciado la reepitelización. Protegeremos la lesión evitando los roces y golpes pero debemos favorecer su oxigenación y aireación. Cuando utilicemos antisépticos será conveniente diluirlos al 5%, ya que su aplicación directa produce una disminución del Ph cutáneo e impide el crecimiento del nuevo tejido.

La mayoría de las infecciones serán causadas por S.aureus y P. Aeruginosa pero es aconsejable tomar cultivo. Las infecciones podrán tratarse en la mayoría de los pacientes con pomadas antibióticas como la sulfadiacina argéntica (Silverderma,) o la mupirocina (Bactrobán,). Se aconseja vigilar muy de cerca su evolución y si ésta fuese tórpida añadir antibioterapia oral y descartar, según el caso, la existencia de osteomielitis.

Otro aspecto fundamental en el

enfoque terapéutico de las úlceras es el tratamiento del dolor, el cual se hará de modo escalonado e individual.

Dado que las úlceras se asocian a cierto grado de trombosis en algunos casos puede ser beneficioso añadir aspirina a dosis bajas.

CUIDADOS DE LA PIEL

Los cuidados de la piel serán fundamentales sobre todo en aquellos pacientes que presenten una esclerosis sistémica cutánea difusa.

Una buena hidratación de la piel para evitar la sequedad es muy importante, desaconsejándose todas aquellas situaciones que resequen la piel (frío, exposición solar excesiva, lavados de manos repetidos, múltiples baños o duchas al día, el empleo de ciertos jabones). Son aconsejables todas aquellas cremas de alto contenido en lanolina, glicerina y urea (Nivea, Neutrogena,), las cuales se aplicarán varias veces al día y sobre todo tras la ducha diaria. Gel de aloe vera al 100% también es recomendable

pudiéndose alternar su uso con las otras cremas.

El prurito suele aparecer en las fases iniciales de la enfermedad causando una gran desazón al paciente; por ello se recomienda el uso de gel de baño a base de avena. En aquellos casos en los que sea preciso se usarán fármacos antipruriginosos como la Hidroxicina (Atarax), a dosis de 25 mg 3-4 veces al día, o la difenhidramina (Soñodor). Esta última más utilizada en nuestro país para tratar el insomnio ocasional.

FISIOTERAPIA, LA GRAN OLVIDADA

La fisioterapia es en la mayoría de los casos la gran olvidada en el enfoque terapéutico y debe ser introducida en la rutina diaria del paciente desde el principio. Ya en la primera consulta se deberá mentalizar y aleccionar a los pacientes de la importancia que tiene la realización de una tabla de ejercicios diaria, que nos ayudarán a combatir las limitaciones que va a producir la enfermedad. Los casos con afectación cutánea y músculo-esquelética más graves deben ser remitidos a un servicio de rehabilitación.

La ejercitación de la musculatura respiratoria será fundamental en aquellos pacientes con afectación de la piel del tronco y del abdomen y aún más si presentan afectación pulmonar, en cuyo caso se realizarán ejercicios con un

incentivador, explicando los mismos tanto en la posición inspiratoria como en la expiratoria. Los ejercicios con las manos tras la aplicación de abundante crema hidratante junto a la colocación de férulas anti-flexo durante el reposo nocturno nos ayudará a retrasar la aparición de las deformidades en flexo de los dedos de las manos. Los ejercicios de la musculatura oro-facial serán de gran utilidad para combatir la microstomía y mantener la mímica facial.

CUIDADOS DEL APARATO DIGESTIVO

Es fundamental el tratamiento del reflujo gastro-esofágico (RGE) y debe insistirse al paciente en que lleve a cabo las medidas anti-reflujo aunque no presente síntomas. El paciente tendrá que elevar el cabecero de la cama, no siendo útil utilizar más almohadas porque lo que se consigue con esto es flexionar más el tronco y aumentar el RGE. Evitará el consumo de tabaco y de alcohol y si no se puede abandonar del todo, evitarlo antes de dormir. No se acostará hasta 2-3 horas tras haber comido. Se aconseja realizar comidas menos abundantes pero más frecuentes, evitando o disminuyendo la ingesta de ciertos alimentos: chocolate, bebidas gaseosas, bebidas con cafeína, picantes, cebolla y cítricos. Igualmente se informará al paciente de

que ciertos medicamentos pueden aumentar el RGE y que la toma de fármacos se hará siempre de pie y con agua. Por último se aconsejará evitar las prendas ajustadas y si el paciente tiene sobrepeso, debe adelgazar.

El estreñimiento debe tratarse con laxantes estimulantes y no aumentando la fibra. Cuando el tratamiento se administre de forma crónica es aconsejable pausarlo a días alternos. Otras alternativas que se pueden añadir a los laxantes son la administración intermitente de soluciones de polietilén glicol, colchicina tres veces al día, misoprostol (Cytotec), con una dosis inicial de 200 mg a días alternos e ir aumentando progresivamente la dosis.

El sobrecrecimiento bacteriano debe ser tratado con antibioterapia, no existiendo ningún antibiótico de primera elección. Existen diversas pautas, las cuales en algunos pacientes puede ser necesario repetir periódicamente, 1 semana al mes. Si esta medida fracasara, se mantendrá el tratamiento durante 30 días. Los fármacos más utilizados son el norfloxacin 400 mg/12 horas durante 7-10 días y la amoxicilina-ácido clavulánico 500 mg/8 horas durante 7-10 días.

CUIDADOS RESPIRATORIOS

Estos cuidados serán indispensables para aquellos pacientes que presenten enfermedad pulmonar

TABLA 1. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DEL FRY EN FUNCIÓN DEL GRADO DE SEVERIDAD

Leve sin úlceras	Moderado con úlceras sin necrosis	Moderado-severo y/o úlceras necróticas
ADC	ADC	Prostaciclina iv
ARA	ARA	Neuroestimulador
IECA	IECA	Bosentan
Pomada de nitroglicerina	Pomada de nitroglicerina	Amputaciones
	Cuidado de las úlceras	

ADC: Antagonistas del calcio, ARA: Antagonistas del receptor de angiotensina, IECA: Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina.



intersticial difusa (EPID) o hipertensión arterial pulmonar (HAP).

Tendrán que evitar las circunstancias que puedan agravar el estado del paciente, como los ambientes contaminados, el contacto con agentes irritantes (lejía, amoníaco, pintura, barnices), evitar salir a la calle los días con mucho frío y secos. Al paciente se le ha de animar a que realice ejercicio siempre adaptado a su condición basal, que no llegue a ocasionarle dolor torácico, fatiga o síncope.

Deberán evitarse las situaciones de estrés agudo, incluyendo procedimientos médicos invasivos, con o sin

anestesia, en la medida de lo posible.

La exposición a grandes altitudes, superiores a 1500 m, puede empeorar la HAP al verse agravada por la vasoconstricción debida a la hipoxia. Aunque los viajes en avión suelen ser seguros, deberá estar disponible la posibilidad de administrar oxígeno suplementario.

Cualquier infección pulmonar o sistémica puede ocasionar el deterioro de estos pacientes. Se recomienda la administración de la vacuna antineumocócica polivalente cada cinco años y de la vacuna antigripal anual. Si pese a ello se presentan episodios de infecciones

respiratorias deberán ser diagnosticadas y tratadas con prontitud.

OTROS CUIDADOS

No es infrecuente que los pacientes esclerodérmicos presenten síndrome de Sjögren secundario. Para la xeroftalmia se utilizarán colirios con gotas lubricantes (Viscofresh, Oculotect,) y para la xerostomía enjuagues con colutorios (Xerostom,).

La higiene bucal será esencial, aconsejándose las revisiones odontológicas periódicas que incluyan limpieza de boca y los sellados a los pacientes en edad pediátrica que los precisen.

TABLA 2. FÁRMACOS UTILIZADOS EN EL TRATAMIENTO DEL FRY

Antagonistas del calcio (ADC)

■ **Nifedipino** (Adalat®:10mg)

Dosis inicial habitual:10mg/8h.

Efectos secundarios: edemas, mareos, nauseas y aumento del RGE.

■ **Flunarizina** (Sibelium®: 5mg)

Dosis habitual: 10 mg/noche y disminuir a 5mg después.

Efectos secundarios: somnolencia, astenia, aumento apetito y peso.

Inhibidores de la ECA

■ **Enalapril** (Renitec®: 10 y 20 mg) y **Captopril** (Capotén®: 25mg)

Efectos secundarios: hipotensión, mareos, cefalea y tos.

Antagonistas del receptor de la Angiotensina (ARA)

■ **Losartan** (Cozaar®)

Dosis habitual: 50mg/día.

Efectos secundarios:mareo.

Prostaciclina y Análogos Sintéticos

■ **Iloprost intravenoso** (Ilomedín®)

Dosis 0.5-2 ng/Kg durante 6 horas 5-6 días consecutivos, con intervalos de 6-8 semanas.

■ **Alprostadil** (Sugirán®)

Dosis 1 vial cada 12 horas durante 1 máximo de 21 días.

Efectos secundarios: hipotensión, cefalea y molestias digestivas.

Inhibidores de la endotelina

■ **Bosentan** (Tracleer®)

Dosis inicial: 62,5 mg/12h y aumentar 125 mg/12h el segundo mes.

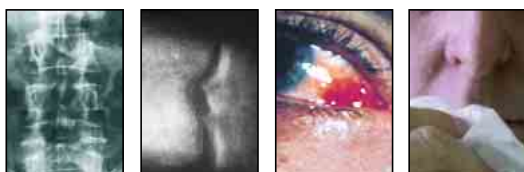
Efectos secundarios: cefalea, mareo, aumento transaminasas y anemia.

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

DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS SECCIÓN REUMATOLOGÍA. H. DE ONTENIENTE. VALENCIA

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

Bibliografía Comentada



- ARTRITIS REUMATOIDE
- MIOPATÍA
- OSTEOMIELITIS
- SÍNDROME DE SJÖGREN
- VACUNAS

ARTRITIS REUMATOIDE

¿Es más frecuente la aterosclerosis en la artritis reumatoide que en la población general?

ATEROESCLEROSIS CAROTÍDEA PRECLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE.

Roman J, Moeller E, Davis A, et al. *Ann Intern Med* 2006;144:249-256.

Cuando se compara con la población general, la mortalidad en los pacientes con artritis reumatoide (AR) aparece de forma prematura, siendo las enfermedades cardiovasculares la principal causa de esta mortalidad. En la actualidad, no ha podido demostrarse que la mortalidad cardiovascular sea consecuencia de la propia enfermedad o de los tratamientos utilizados para su control. Si en la AR la aterosclerosis es más frecuente que en la población general, será importante determinar su prevalencia e identificar los factores de riesgo que contribuyen a elevarla; de esta manera se podrían utilizar medidas terapéuticas más agresivas en la población de riesgo.

El objetivo del presente estudio fue evaluar mediante ultrasonidos (US) la presencia de placas en las carótidas en pacientes con AR. Además se evaluaron

aquellas factores clínicos o biológicos que pudiesen predecir la presencia de las placas.

Se estudiaron 98 pacientes que cumplían los criterios de clasificación de la ACR para la AR. Se evaluó la extensión de la enfermedad así como los tratamientos recibidos. Como grupo control se utilizaron 98 pacientes con y sin hipertensión derivados de una cohorte de estudio longitudinal del Instituto Nacional de la Salud. Todos los pacientes fueron emparejados de acuerdo al sexo y a la edad, se evaluaron los factores de riesgo cardiovascular tradicionales y se realizó una US carotídea de forma protocolizada. Además se midieron PCR, VSG, IL-6, ICAM-1 y VCAM-1 como marcadores de inflamación.

En los resultados se observó que, aunque los pacientes controles tenían un perfil de riesgo cardiovascular peor que los pacientes con AR, la prevalencia de placas carotídeas fue mayor en los pacientes con AR. Mediante un análisis de multivariante de regresión logística se observó que la AR era un factor de riesgo independiente asociado a la presencia de aterosclerosis. Al comparar el grupo de pacientes con AR que tenían placas con aquellos que no la tenían, se observó que los pacientes que tenían placas eran de más edad, presentaron la

AR a una edad más tardía y los niveles de colesterol, LDL y la presión arterial sistólica eran mayores. Entre los tratamientos recibidos aquellos que estaban en terapia con anti-TNF la frecuencia de aterosclerosis fue mayor. Los parámetros inflamatorios no diferían en ambos grupos.

Los autores concluyen que la prevalencia de aterosclerosis es tres veces más frecuente en pacientes con AR que en los controles y además independiente de los factores tradicionales de riesgo cardiovascular, por lo tanto su presencia podría estar estrechamente relacionada con el proceso inflamatorio. El hecho de que la frecuencia de las placas sea mayor en aquellos pacientes en tratamiento con anti-TNF, sugiere que podría ser un marcador indirecto de daño y actividad de la enfermedad en este estudio. En nuestra opinión el estudio demuestra que las placas de aterosclerosis son más frecuentes en esta población de AR estudiada; sin embargo queda todavía por demostrar cuáles son los mecanismos patogénicos para la formación de las mismas y, lo que es más importante, cual es su significado clínico, por lo que son necesarios estudios longitudinales que complementen este estudio transversal.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

Ecografía e inflamación en AR: una herramienta ya imprescindible para el reumatólogo

VALORACIÓN DE LA ACTIVIDAD INFLAMATORIA EN ARTRITIS REUMATOIDE: ESTUDIO COMPARATIVO DE LA EVALUACIÓN CLÍNICA CON LA ECOGRAFÍA DE ESCALA DE GRISES Y LA ECOGRAFÍA CON DOPPLER.

E Naredo, G Bonilla, F Gamero, J Usón, L Carmona, A Laffon. Ann Rheum Dis 2005;64:375-381.

En los últimos años se ha producido un gran esfuerzo, del que sin duda ha participado la SER, para introducir la ecografía en la práctica clínica cotidiana de los reumatólogos, en la evaluación de la patología inflamatoria y de partes blandas. El artículo de E. Naredo y cols, del Hospital de la Princesa de Madrid, contribuye a ello.

Los autores de este estudio, comparan en 94 pacientes con artritis reumatoide (AR) la valoración clínica de la actividad inflamatoria con la evaluación mediante ecografía de escala de grises y ecografía con power Doppler (PD).

Los índices clínicos de dolor e inflamación fueron evaluados por dos reumatólogos de forma independiente, llegando a un consenso tras evaluación de 60 articulaciones en cada paciente. Un tercer reumatólogo desconociendo los datos clínicos, realizó el estudio ecográfico, valorando la presencia de derrame articular, sinovitis y señal de PD, en grados de 1 a 3. Un cuarto reumatólogo evaluó la fiabilidad interobservador de los estudios ecográficos. Se calculó un índice de recuento articular de 28 articulaciones para variables clínicas y ecográficas.

La ecografía mostró de forma significativa mayor número de articulaciones con derrame (media: 15.2) y presencia de sinovitis (media: 14.6) que la exploración clínica (media: 11.5, $p < 0.05$). Se demostró correlación entre el índice de recuento articular para dolor e inflamación, presencia de derrame articular por ecografía, sinovitis y señal de PD. El estudio en 28 articulaciones se correlacionó con el de 60, para la presencia de derrame, sinovitis y señal de PD. Los hallazgos ecográficos se correlacionaron mejor con el resultado de PCR y VSG que con medidas clínicas. La fiabilidad interobservador fue mayor para los hallazgos ecográficos que para la evaluación clínica.

Los conclusiones de los autores fue que la ecografía es un método sensible para la evaluación de la actividad inflamatoria de la AR, complementaria a la valoración clínica.

Sin duda ha habido en los últimos años grandes avances en el tratamiento de la AR. Sin embargo, uno de los grandes retos para el reumatólogo en la AR ha sido pasar de la evaluación subjetiva del clínico a una evaluación basada en datos objetivos (DAS28, índices ACR, HAQ, etc), con repercusiones a la hora de tomar decisiones en el tratamiento. No obstante, en un número no despreciable de pacientes apreciamos un deterioro lento articular, con aparición de nuevas erosiones, a pesar de no detectar actividad



clínica o analítica, probablemente por la presencia de inflamación/sinovitis larvada, subclínica o de bajo grado. Es en este aspecto donde la ecografía, especialmente la PD, puede ser gran importancia y por tanto ser una herramienta imprescindible para el reumatólogo.

En este excelente estudio, entre otros aspectos, queda demostrada la ventaja de la ecografía respecto a la exploración para detectar actividad inflamatoria en pacientes con AR. Por otra parte, se refleja que la evaluación en 28 articulaciones es suficiente, aunque este mismo grupo ha publicado posteriormente un estudio donde demuestran que es suficiente evaluar con ecografía un grupo de 12 articulaciones para valorar la actividad en la AR (Clin Exp Rheumatol 2005;23:881-884).

Como comentan los autores, la ecografía tiene enormes ventajas, incluso respecto a la RM: barata, realizable en el número de articulaciones que se precise y repetir o comparar cuando sea necesario, la presencia de prótesis no interfiere con las imágenes y finalmente, una muy importante, la podemos realizar los propios reumatólogos "a pie de camilla" con el objetivo de tomar decisiones terapéuticas para conseguir en lo posible el control o la remisión de la AR.

Dr. José Rosas

MIOPATIA

Cómo detectar la miopatía por antimaláricos

MIOPATÍA POR ANTIMALÁRICOS: ¿UNA COMPLICACIÓN INFRADIAGNOSTICADA? ESTUDIO PROSPECTIVO LONGITUDINAL DE 119 PACIENTES.

Casado E, Gratacós J, Tolosa C, Martínez JM, Ojanguren I, Ariza A et al. Ann Rheum Dis 2006; 65: 385-90.

Los autores pretenden evaluar la incidencia y prevalencia de la miopatía producida por antimaláricos en pacientes con enfermedades reumáticas.

Para ello siguen durante tres años a todos los pacientes

tratados durante más de 6 meses con cloroquina (111) o hidroxiclороquina (8). Se monitorizaron LDH, CPK y aldolasa al inicio del estudio y cada 6 meses. Cuando éstas se encontraban elevadas en dos determinaciones separadas por dos semanas, se evaluaba la fuerza muscular y se realizaba un EMG y una biopsia.

De los 119 pacientes, 22 (18,5%) presentaron elevación persistente de enzimas musculares. De estos 19 (86%) tenían la LDH elevada, 7 (32%) la CK y 3 (14%) la aldolasa. En 15 pacientes se realizó biopsia muscular encontrándose en todos ellos hallazgos compatibles con miopatía por antimaláricos mediante microscopía electrónica. El examen con microscopía ordinaria sólo fue diagnóstico en 3 pacientes (20%). La prevalencia en el momento de la inclusión fue del 9,2% y la incidencia anual del 1,2%. Ocho de los 15 pacientes, con biopsia compatible con miopatía, presentaban pérdida de fuerza y coincidían con los que tenían cambios miopáticos en el EMG (53%).

Los autores concluyen que la prevalencia de la miopatía por antimaláricos es mayor que la que otros autores habían documentado hasta el momento. La persistencia de la elevación de enzimas musculares obliga a la realización de un seguimiento clínico y EMG y si se detectan alteraciones estaría indicada la realización de la biopsia.

Este trabajo de investigación clínica realizado por autores españoles es de lectura obligada, porque aporta datos valiosos para la práctica clínica diaria. La cloroquina y la hidroxiclороquina se consideran generalmente fármacos de primera línea para tratar problemas articulares poco agresivos, y se suele prestar poca atención a sus efectos secundarios más allá de los oculares. Este trabajo muestra que la miopatía puede tener una prevalencia nada desdeñable y que para su detección es importante la monitorización de enzimas musculares de forma periódica. A destacar que la enzima muscular más sensible es la LDH, que aparece elevada en el 86% de los casos frente al 32% de la CK. La LDH es la única enzima que se eleva en el 64% de los pacientes con miopatía, frente al 14% que solo elevan la CK.

Otro aspecto importante es la necesidad de un estudio con microscopía electrónica para detectar los cambios típicos de miopatía por antimaláricos (cuerpos curvilíneos con o sin cuerpos mieloides). El estudio con microscopía ordinaria aparece como poco sensible. Por último la retirada de los fármacos revirtió la sintomatología.

La miopatía por antimaláricos puede además asociarse a problemas a nivel cardíaco, como deterioro de la insuficiencia cardíaca o bloqueos A-V en especial en pacientes ancianos o con patología cardíaca de base. Su detección y su fácil tratamiento (retirar el fármaco) son importantes, si bien la larga vida media de estos compuestos hace que la sintomatología y las alteraciones analíticas puedan persistir durante meses.

Dr. José Ivorra

OSTEOMIELITIS

¿Cuál es la muestra que tiene más rendimiento para el diagnóstico etiológico de la osteomielitis crónica?

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DE LA OSTEOMIELITIS CRÓNICA.
Zuluaga A, Galvis W, Saldarriaga J, et al. Arch Intern Med. 2006;166:95-100.



La osteomielitis crónica es un proceso caracterizado por la infección persistente del hueso con recidivas frecuentes y una muy difícil curación. Uno de los principales problemas para el tratamiento de la osteomielitis crónica consiste en la dificultad para identificar correctamente el germen causante de la misma. Estudios recientes sugieren que los microorganismos aislados de las fistulas originadas por el proceso infeccioso o los aislados de las partes blandas son tan exactos a la hora de su identificación como las muestras tomadas del propio hueso infectado.

Basándose en estos datos contradictorios, los autores realizan un estudio evaluando la concordancia entre las muestras tomadas de la periferia del proceso infeccioso y las tomadas del propio hueso infectado.

De forma prospectiva los autores identifican a todos los pacientes que presentan y cumplen los criterios de osteomielitis crónica en su hospital durante 23 meses. En todos los pacientes se realizó: a) una interrupción de la antibioterapia 48 horas antes de la toma de muestras, b) toma quirúrgica de una muestra ósea, c) toma de muestras de las partes adyacentes a la herida. En las tomas de muestras óseas se especificó si estas fueron recogidas a través de tejido sano o tejido infectado. Posteriormente las muestras fueron cultivadas para identificar los diversos microorganismos causales y se realizó un análisis estadístico para evaluar la concordancia de los resultados de acuerdo a las muestras obtenidas.

En total se pudieron estudiar 100 pacientes; de estos, 26 tenían los mismos microorganismos en ambas muestras y 68 divergían en estos microorganismos. La exactitud del diagnóstico de las muestras obtenidas de las partes blandas

al compararla con las muestras obtenidas del hueso fue la misma que la esperada por el propio azar (50%). No se encontró diferencia entre los microorganismos obtenidos del hueso a través del tejido sano o infectado, lo que sugiere que en la toma de muestras del hueso no influye la vía de abordaje.

El origen del estudio se fundamentó en el mal pronóstico de las osteomielitis crónicas en manos de los cirujanos ortopédicos (COT) que los autores del estudio tenían en su hospital. En el hospital objeto del estudio, el tratamiento antibiótico se realizaba de acuerdo a los COT, basándose en los microorganismos aislados de los tejidos blandos. En función de esta situación los autores del estudio demuestran de manera inequívoca que solo los cultivos óseos permiten identificar y por lo tanto utilizar una antibiotioterapia dirigida basada en el microorganismo causal. Por otro lado, el rendimiento del cultivo óseo en sus manos es altamente rentable, en el 94% de los casos se identifica de forma exacta el microorganismo causal.

En nuestra opinión este estudio demuestra que un trabajo concienzudo y científico es altamente rentable a la hora de ejercer nuestra profesión, y sugiere la necesidad de que los profesionales implicados en el tratamiento de las enfermedades reumáticas trabajen en colaboración y de la forma más científica posible.

Dr. José Luís Fernández Sueiro

SÍNDROME DE SJÖGREN

Rituximab en el síndrome de Sjögren: estamos en el buen camino

TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN PACIENTES CON SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO: ESTUDIO ABIERTO EN FASE II.

Pijpe J, van Imhoff GW, Aijkervet FKL, et al. Arthritis Rheum 2005;52:2740-2750.

El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad sistémica autoinmune crónica, que se caracteriza por el infiltrado linfocitario a nivel de las glándulas exocrinas (exocrinopatía autoinmune), provocando hiposecreción, especialmente a nivel de las glándulas salivales (xerostomía) y lacrimales (xeroftalmia). Sin embargo, el infiltrado linfocitario puede afectar a órganos internos y ser la causa de aparición de manifestaciones extraglandulares de la enfermedad.

Durante mucho tiempo el tratamiento del SS ha sido de índole paliativa. Sin embargo, en los últimos años, gracias a un mejor conocimiento etiopatogénico de la enfermedad, disponemos de fármacos antimuscarínicos, antivirales y terapia biológica, con resultados dispares. Hay datos recientes de que el rituximab, un anticuerpo monoclonal anti-CD20, aprobado para el tratamiento del linfoma tipo B, puede ser eficaz en ciertas enfermedades autoinmunes

como el lupus eritematoso sistémico, artritis reumatoide, granulomatosis de Wegener y recientemente en el SS.

El estudio de Pijpe y cols, evalúa la seguridad y eficacia de rituximab en 7 pacientes con SS que presentan un linfoma tipo MALT de glándula parótida y en 8 pacientes con SS de corta evolución (< 4 años) con datos de actividad de la enfermedad (hipergammaglobulinemia IgG, factor reumatoide IgM y anti-Ro/anti-La). Todos los pacientes recibieron una infusión semanal durante 4 semanas de rituximab. Previamente a la infusión recibieron corticoides y un antihistamínico. Se estudiaron a las 5 y 12 semanas parámetros subjetivos y objetivos de la función salival y lacrimal, así como inmunológicos.

Demostraron mejoría significativa en síntomas subjetivos ocular y bucal, mejoría en el índice del Rosa de Bengala ocular y un aumento de la función glandular salival sólo en los pacientes con reserva glandular. Sin embargo, en el estudio destacó la aparición de anticuerpos anti quiméricos exclusivamente en el grupo de SS de corta evolución: 4 pacientes (50%) de este grupo de SS de corta evolución, desarrollaron anticuerpos humanos anti quiméricos y de ellos 3 presentaron un cuadro agudo del tipo enfermedad del suero que curó sin consecuencias.

Los autores concluyen que rituximab es efectivo en el tratamiento del SS. Se precisa evaluar las causas de la alta incidencia de anticuerpos en los pacientes con SS, no asociado a linfoma.



Un aspecto reconocido en los últimos años en la patogenia del SS es la hiperactividad de los linfocitos B. Si bien al SS se le considera una mediada por linfocitos T (el 70% del infiltrado son linfocitos T y el 20% linfocitos B), las complicaciones sistémicas se atribuyen a los linfocitos B.

Conocemos por estudios recientes que fármacos biológicos como infliximab o etanercept, no son eficaces en el SS. Sin embargo, este estudio no sólo demuestra la eficacia de rituximab en el SS. Además, nos señala aspectos de gran importancia: 1) es eficaz sobre todo en pacientes con enfer-

medad de corta evolución, antes de que quede destruida la glándula, y por tanto con reserva glandular preservada; 2) actúa en pacientes con datos de inmunológicos de actividad, que son los que tienen mayor riesgo de poder desarrollar un linfoma durante la evolución.

Sin embargo, se debe tener en cuenta el aspecto de la aparición también precoz de anticuerpos asociados a la aparición de reacciones tipo enfermedad del suero. Dado que ninguno de los pacientes con SSp y linfoma MALT desarrollaron anticuerpos, se cree que el tratamiento inmunosupresor asociado que llevan estos pacientes actúa de mecanismo protector para la aparición de anticuerpos. Sin duda, con seguridad, como ha ocurrido con el manejo nuevos fármacos e indicaciones, en los próximos años aprenderemos a usarlo de forma adecuada.

Dr. José Rosas



VACUNAS

Los anti-TNF no disminuyen la respuesta a la vacuna antineumocócica

INFLUENCIA DEL METOTREXATE, ANTI-TNFs Y PREDNISOLONA EN LOS NIVELES DE ANTICUERPOS ALCANZADOS TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA POLIVALENTE CON 23 POLISACÁRIDOS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE.

Kapetanovic MC, Saxne T, Sjöholm A et al. Rheumatology 2006; 45: 106-111.

Los autores pretenden comparar la respuesta a la vacuna antineumocócica polivalente de 23 polisacáridos (Pneumovax ©) en personas sanas y en pacientes con artritis reumatoide (AR) tratados con anti-TNF, metotrexate o una combinación de ambos. Para ello se vacunó a 47 personas sanas. De los pacientes 149 pacientes con AR vacunados 37 recibían metotrexate, 50 eran tratados con anti-TNF (infliximab o etanercept) y 62 con anti-TNF sólo o en combinación con otros fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) como sulfasalacina (4), azatioprina (5), antimaláricos (2), oro oral (2) y ciclosporina (1). Se midieron los niveles de IgG frente a los polisacáridos capsulares del neumococo 23F y 6B.

Los resultados muestran que los niveles de anticuerpos aumentan en todos los grupos. Los pacientes vacunados en tratamiento con anti-TNF sin metotrexate muestran mejor respuesta que los tratados con anti-TNF y metotrexate ($p=0,037$ para el 23F y $p=0,004$ para el 6B), o metotrexate sólo ($p<0,001$ tanto para 23F como para 6B). El tratamiento con prednisolona no tiene influencia en la respuesta. Los pacientes tratados con metotrexate presentan la menor respuesta a la vacuna.

Los autores concluyen que el tratamiento con metotrexate disminuye la respuesta a la vacuna antineumocócica, y que en cambio los pacientes tratados con anti-TNF tienen una respuesta similar al grupo control. Por ello la vacuna antineumocócica no está contraindicada en pacientes tratados con anti-TNF.

Los pacientes con AR presentan un aumento de incidencia de infecciones atribuido a los cambios inmunes de la propia enfermedad y a los diferentes tratamientos utilizados. La infección por *Streptococcus pneumoniae* conlleva una importante morbimortalidad en la población general, y la vacunación frente a ella se ha mostrado eficaz en su prevención. Sin embargo, no disponemos de datos que demuestren que la vacunación de pacientes con AR disminuya la incidencia de infecciones por este germen. Además, en estos pacientes siempre subyace el temor de que los cambios que provocan las vacunas en el sistema inmune puedan desencadenar un brote de la enfermedad. Tampoco está claro si la respuesta inmune frente al neumococo será suficiente en estos pacientes inmunodeprimidos. El presente artículo contesta parcialmente a la segunda duda, los niveles de anticuerpos aumentan en todos los grupos, si bien se desconoce cuáles son los niveles adecuados para alcanzar protección. También se desprende del estudio que el mejor momento para la vacunación es antes de iniciar tratamiento con metotrexate, pues es este fármaco el que más altera la respuesta.

En definitiva, en estos momentos no hay datos que indiquen que la vacuna antineumocócica pueda no ser beneficiosa para los pacientes con AR tratados con inmunosupresores. Sin embargo, cuando se utiliza el metotrexate, es recomendable la vacunación previa.

Dr. José Ivorra



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

DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS Y DRA. CONCEPCIÓN CHALMETA SECCIÓN REUMATOLOGÍA. H. U. DR. PESET. VALENCIA

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



Antiinflamatorios en crema

Mi abuelo tiene 80 años y tiene artrosis en las rodillas que últimamente le produce dolor. No puede tomar antiinflamatorios porque ha tenido úlcera de duodeno y la mayoría de las pastillas para el dolor le sientan mal. ¿Podría ponerse alguna pomada de antiinflamatorios? ¿Le pueden perjudicar el estómago?

R. Martínez (Villena)

Los antiinflamatorios administrados por vía tópica, en forma de crema o pomada, han demostrado que son eficaces en el control del dolor de la artrosis de rodilla, por ello son una opción que puede ayudar a su abuelo. Además en su caso que tiene tantos problemas para tomar pastillas están especialmente indicados. Cuando los antiinflamatorios se administran por

esta vía no parece que tengan efectos secundarios importantes a nivel digestivo, por ello en el caso de su abuelo son una opción segura.

Dr. José Ivorra

Vasculitis leucocitoclástica: un reto para el clínico

Tengo 37 años y hasta hace 2 no padecía de ninguna enfermedad, hasta que me diagnosticaron una vasculitis leucocitoclástica. Me aparecían manchas rojizas en mis piernas. El problema es que me siguen apareciendo y tengo dolor. Me han hecho muchos análisis y no se sabe por qué lo tengo. Me gustaría tener información de esta enfermedad.

Teresa A. (Alicante)

Debo decirle en primer lugar que las vasculitis en general son un reto diagnóstico para el médico que se enfrenta a ellas.

Las vasculitis leucocitoclásticas incluyen a un grupo de enfermedades que se caracterizan por la afectación de la piel y por la inflamación de los pequeños vasos cutáneos, provocando lesiones de diverso tamaño, habitualmente rojizas o purpúricas, que predominan en miembros inferiores.

Es una enfermedad poco frecuente, apareciendo cada año 15 casos por cada millón de habitantes. En el 50% de los casos se desconoce su causa y en el resto el diagnóstico diferencial es amplio, estando implicados fármacos (10%), como antibióticos, antihipertensivos, anticonceptivos orales, etc; infecciones (10%-30%), tan comunes como las respiratorias o las relacionadas con hepatitis B o C; enfermedades sistémicas (10%), como el lupus sistémico, la artritis reumatoide o el síndrome de Sjögren; y en raras ocasiones tumores, como linfomas.

Para el diagnóstico, además de una historia clínica detallada, se aconseja realizar un estudio analítico y biopsia de alguna de las lesiones. Si bien, tanto el

diagnóstico como el tratamiento dependerán de si se conoce alguna causa asociada como las comentadas anteriormente. En ocasiones se precisará el uso de corticoides e incluso fármacos inmunodepresores.

En su caso, desconocemos los datos concretos de su enfermedad y del tratamiento que está realizando. Sin embargo, para su tranquilidad, en la actualidad en cualquier hospital de nuestro país es posible realizar las pruebas diagnósticas necesarias para intentar averiguar las causas. Como habrá comprendido, el tratamiento dependerá de la causa que lo provoque.

Dr. José Rosas

Vértebro y cifoplastia en la osteoporosis

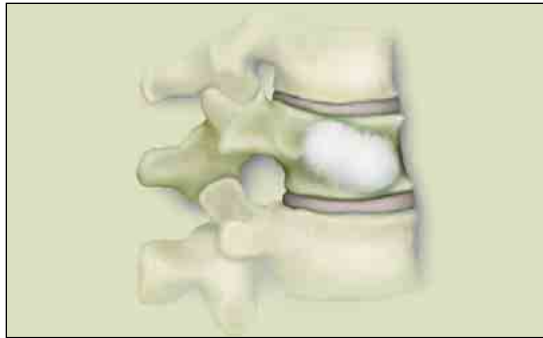
Mi madre, de 70 años, tiene osteoporosis. Recientemente ha tenido una fractura vertebral. Debido a este motivo le han realizado una intervención en la vértebra rota, llamada vertebroplastia. Finalmente no he entendido la intervención realizada. ¿Podrían explicarme realmente en que consiste?

Juana C. La Coruña

Como usted sabe, la osteoporosis es una enfermedad sistémica esquelética caracterizada por disminución de la masa ósea y alteración de la microarquitectura del hueso con aumento de la fragilidad y del riesgo de fracturas. Aunque las fracturas óseas pueden presentarse en cualquier localización, son muy características las fracturas vertebrales por compresión (FVC) y las fracturas de cadera.

Las FVC ocasionan dolor y pueden ser muy incapacitantes. Una de las formas de realizar su tratamiento es mediante el reposo en la cama acompañado de un corsé, analgesia y tiempo suficiente para su recuperación. En los últimos años se han introducido dos técnicas para el tratamiento de FVC: la vertebroplastia y la cifoplastia.

Ambas técnicas son procedimientos mínimamente invasivos y consisten en la inyección de un cemento óseo de polimetacrilato en las vértebras fracturadas. Actualmente la principal indicación de estas técnicas es el tratamiento del dolor causado por la FVC no solo de origen osteoporótico. Generalmente se utilizan en las fracturas agudas. La vertebroplastia se realiza con sedación intravenosa y con anestesia local; no suele ser necesaria una anestesia general. Mediante una aguja, introducida en la vértebra fracturada, dirigida con fluoroscopia (que es una técnica de imagen) se introduce el cemento en dicha vértebra



lo cual restaura la dureza y alivia el dolor. Una vez realizada la técnica, se retira la aguja y se realiza la hemostasia.

La cifoplastia es un procedimiento similar a la vertebroplastia. Sin embargo, en este caso se introduce un balón que se "infla" en la vértebra fracturada al fin de conseguir la altura previa de la vértebra. Finalmente se introduce el cemento en dicha vértebra. En este caso se consigue incrementar la altura de la vértebra en 3-4 mm. En general, con ambos procedimientos el paciente puede abandonar el hospital, si no hay problemas, en 2-3 horas. Las complicaciones derivadas de estas técnicas son las posibles fugas del cemento al torrente sanguíneo. Sin embargo esta complicación puede soslayarse con una técnica adecuada. Generalmente con ambas técnicas se consigue un alivio del dolor en las primeras 24 horas. En la actualidad se discute si la cifoplastia es capaz realmente de incrementar el tamaño de las vértebras fracturadas.

Con respecto a la pregunta que usted nos formula, la técnica realizada con su madre ha sido una vertebroplastia en la que se

inyectó cemento en la vértebra fracturada por la osteoporosis; de esta manera la vértebra es más sólida y además se consiguió aliviar el dolor causado por la fractura.

Dr. J. L. Fernández Sueiro

Parches para el dolor

Soy una mujer de 65 años. Desde hace varios años tengo dolor en las rodillas por artrosis avanzada. He probado varios tratamientos para el dolor, pero ninguno me alivia lo suficiente para poder hacer una vida normal, por lo que me van a poner una prótesis. Mientras espero la intervención, mi reumatólogo me ha recomendado unos parches para el dolor; sin embargo, tengo miedo a utilizarlos porque mis amigas dicen que me producirán adicción. ¿Usted qué opina?

R. Soler (El Palmar)

Los parches de opioides (fentanilo o buprenorfina) son una forma innovadora, recientemente desarrollada, para el control del dolor. Se utilizan en

pacientes que no han respondido a otros tratamientos analgésicos de menor potencia (lo que conocemos como primer y segundo escalón). Pueden ocasionar efectos secundarios: algunos son leves, como náuseas, picazón o sueño, que normalmente desaparecerán en unos pocos días cuando su organismo se adapte al medicamento. En muy pocas ocasiones se presentan efectos secundarios más serios. Muchos de los efectos secundarios de estos productos pueden prevenirse con antiéméticos o laxantes.

Contrariamente a lo que mucha gente piensa, los opioides usados como analgésicos a largo plazo raramente producen adicción si están correctamente dosificados y recetados por un médico.

Dra. C. Chalmeta
Hospital Dr. Peset.
Valencia

Artritis provocada por cuerpos extraños

He tenido durante más de un año una inflamación en una articulación de un dedo de la mano derecha. Tras múltiples pruebas se me diagnosticó de una artritis inespecífica. Sin embargo, en posteriores revisiones y tras hacerme una resonancia fui diagnosticado de artritis provocada por un cuerpo extraño. En concreto en mi caso esto fue debido a la espina de una planta que se me había clavado

en el dedo, a lo cual yo no le di importancia. ¿Podrían explicarme en que consiste este proceso inflamatorio?

**Pedro, Betanzos,
A Coruña**

La sinovitis por cuerpo extraño es una enfermedad perfectamente conocida por los reumatólogos. Se produce por la introducción de un cuerpo extraño en las articulaciones, vainas tendinosas o tejidos periarticulares. Como consecuencia de esto, a lo largo del tiempo se puede producir una artritis no infecciosa, una tenosinovitis o una dactilitis.

En general esta enfermedad puede ser producida por espinas de plantas, astillas de madera o erizos marinos. Las plantas más comunes que originan este proceso son espinas de palmeras, rosas y de cactus. También se han descrito diversos materiales como el vidrio, el plomo o el almidón.

En general, cuando se produce la herida la mayoría de las personas experimentan dolor local e inflamación que generalmente suele ceder en unos días, ya sea con la toma de analgésicos o sin ellos. Tras un período asintomático que puede durar días o incluso meses, se produce un proceso inflamatorio. Generalmente cuando el paciente llega al reumatólogo, es difícil establecer una relación causal.

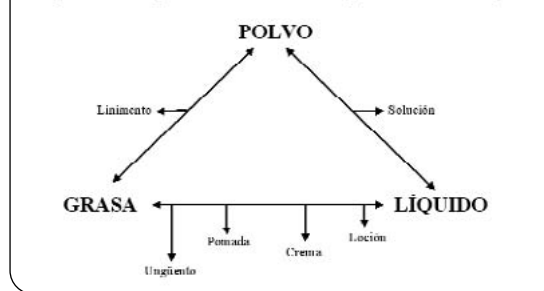
El proceso inflamatorio que ocasiona no suele ser generalizado, por lo que no suelen existir alteracio-

nes de laboratorio y, dependiendo de cuál es el material del cuerpo extraño, se puede visualizar mediante radiografías simples. En otras ocasiones es necesario realizar pruebas

han sufrido. En cualquier caso, una vez eliminado el cuerpo extraño la resolución es completa.

Dr. J. L. Fernández Sueiro

Figura 1. Triángulo del Tratamiento Tópico en Dermatología



con ecografía, tomografía o resonancia magnética. En todo caso el diagnóstico puede ser difícil, pues al no existir una relación causa efecto inmediata, se necesita un gran índice de sospecha por parte del reumatólogo para poder realizar este diagnóstico.

El tratamiento de este proceso es mediante cirugía. Se debe realizar una sinovectomía de la zona afectada eliminando el cuerpo extraño. Esto se hace necesario ya que aunque ocasionalmente se localice el cuerpo extraño, a veces éste está fragmentado y los pequeños fragmentos pueden ocasionar la persistencia del proceso incluso después de haber retirado la parte visible.

En su caso, parece claro que el origen de la inflamación que presentaba en el dedo estaba originada por una espina. Este proceso, como ya comentamos, puede ser en ocasiones difícil de diagnosticar, puesto que las personas muchas veces no se dan cuenta del "pinchazo" que

Síndrome de Sjögren: ¿Loción o crema para la sequedad de la piel?

Soy una paciente de 42 años y padezco del síndrome de Sjögren. Uno de los problemas para mí es la sequedad de la piel. Suelo utilizar lociones corporales para después de la ducha, pero me suele durar poco tiempo. Tengo algunas preguntas: ¿qué es mejor, crema o loción?, ¿puedo utilizar cosméticos?

Elena Ch (Villajoyosa)

Efectivamente, en el síndrome de Sjögren, además de la sequedad de boca y de ojos, la sequedad de piel es frecuente y se estima que aparece en el 30% al 60% de los pacientes. El tratamiento se basa en la hidratación general, uso de sustancias lubricantes locales y medidas que eviten la deseca-

ción de la propia piel.

Para el tratamiento tópico de la piel, tan importante es el producto que se aplica como el vehículo o excipiente en el que se administra. Para comprenderlo mejor, tiene interés fijarse en la figura que muestra el triángulo o pilares del tratamiento tópico: polvo, líquido y grasa (ver figura 1).

De la combinación de ellos se obtienen otros excipientes con diferentes características. Por ejemplo, la combinación de polvo y líquido produce la solución; la combinación de grasa y líquido produce las emulsiones. Entre las emulsiones de mayor a menor contenido de grasa encontramos ungüentos, pomada, crema y loción.

Para una piel seca lo que mejor hidrata es la grasa y por tanto los compuestos que mejor van a funcionar serán los que se presenten en forma de ungüentos o pomadas respecto a las cremas o lociones. En relación con su primera pregunta, es mejor la crema que la loción. Además hay que tener en cuenta que cuanto mayor proporción de líquido contenga (lociones), éste se evaporará antes y provocará mayor sequedad.

Respecto a su segunda pregunta, los cosméticos pueden utilizarse, pero se deben aplicar 10 minutos después del producto hidratante. También se pueden utilizar perfumes, pero que no contengan alcohol, porque éste aumenta la sequedad de la piel.

Dr. José Rosas

Síndrome de Sjögren: lágrimas artificiales con hialuronato sódico, las más eficaces

■ LR.- Dr. José Rosas.

En la mayoría de los pacientes con ojo seco la base del tratamiento actual sigue siendo el uso de lágrimas artificiales. Hoy en día contamos con diversos tipos de lágrimas artificiales, que difieren tanto en su composición del agente hidratante (carmelosa, alcohol polivinílico, ácido hialurónico, etc), como de la presencia o no de conservantes y de la presentación, en frasco de dispensación o en monodosis. Las características de la lágrima artificial ideal debe ser aquella que sobre la superficie ocular, consiga un tiempo prolongado de permanencia y que sean lo menos tóxicas posibles.

El grupo de oftalmología de la Unidad de Superficie e Inflamación

Ocular, del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, ha publicado recientemente un artículo en el que comparan en 30 pacientes (60 ojos) con ojo seco de diversas etiologías, la eficacia de 5 gotas diarias durante 1 mes, de lágrimas artificiales con hialuronato sódico al 0.15% sin conservante, frente a lágrimas artificiales con alcohol polivinílico y cloruro de benzalconio como conservante.

En los resultados, en ambos grupos no se obtuvo mejoría en la prueba de Schirmer. Sólo en los pacientes que recibieron lágrimas artificiales con hialuronato sódico al 0.15%, encontraron una mejoría significativa en los datos subjetivos, mediante cuestionario y en los resultados de la tinción con rosa de

bengala y tinción de fluoresceína. Esto último indicaría que sobre el epitelio corneal, con frecuencia dañado en los pacientes con ojo seco, además el hialuronato sódico tendría una acción protectora.

Por tanto, las lágrimas artificiales con hialuronato sódico pueden ser de gran utilidad para el tratamiento del ojo seco, siendo superior a otros hidratantes oculares como el alcohol polivinílico.

Artículo origen: Vico E, Quereda A, Benítez del Castillo JM, Fernández, García Sánchez J. Estudio comparativo entre el hialuronato sódico al 0.15% y el alcohol polivinílico como tratamiento para el ojo seco. Arch Soc Esp Oftalmol 2005;80:387-394.

Infliximab mejora la calidad del sueño en los pacientes con AR

■ LR.-Dr. José Ivorra

En un breve e interesante artículo Zamarrón et al. (Ann Rheum Dis 2004; 63: 88-90) detectan alteraciones en el sueño en seis mujeres con artritis reumatoide (AR). Los hallazgos más importantes corresponden a un aumento de la fragmentación del sueño. Tras la administración de la primera dosis de infliximab las pacientes experimentaron una mejoría estadísticamente significativa en variables que evalúan el patrón

del sueño, en cambio no se detectaron cambios en el número de articulaciones dolorosas o tumefactas ni en la rigidez matutina. Estos resultados se suman a los de otros autores que han comunicado que las alteraciones en el sueño no se relacionan con la actividad inflamatoria de la enfermedad en los pacientes con AR. Aunque el número de pacientes es pequeño, los resultados son muy evidentes y dan lugar a una interesante reflexión de los autores sobre el papel que

desempeña el TNF en el sueño. Otro dato a resaltar es el una de las pacientes que sufría un síndrome de apnea obstructiva durante el sueño, al iniciar el tratamiento con infliximab tuvo un mayor número de desaturaciones de oxihemoglobina probablemente porque se despertaba menos por la noche. Por lo tanto los autores sugieren que es importante detectar a los pacientes que sufran este síndrome antes de iniciar tratamiento con infliximab.



Dolor en fibromialgia, condicionado por los cambios hormonales

■ LR.- Dr. José Rosas.

Diversos estudios muestran que la hipersensibilidad al dolor es más frecuente en mujeres. Uno de los factores más importantes para explicar las diferencias en la percepción del dolor, parece residir en el papel desempeñado por las hormonas sexuales. Un dato de la práctica cotidiana es que un grupo de pacientes con fibromialgia (FBM) se queja de que los síntomas se iniciaron o empeoraron con la menopausia o con la menstruación. De hecho, hay trabajos que demuestran diferencias en este campo a lo largo del propio ciclo menstrual, aunque algunos resultados son contradictorios.

El estudio reciente de Tamak analiza mediante cuestionarios y escala visual análoga (EVA) a 80 mujeres premenopáusicas y 72

postmenopáusicas con fibromialgia (FBM), para conocer si existe relación entre los síntomas de la FBM y el ciclo menstrual y entre la pre y postmenopausia.

Entre las pacientes postmenopáusicas había más dolor (EVA; $p=0.048$); el 25% de ellas referían que los síntomas de FBM habían comenzado coincidiendo con el inicio de la menopausia; el 26% de ellas afirmaba que habían empeorado con la menopausia.

Entre las mujeres premenopáusicas el 45% admitían presentar más dolor y el 57% más síntomas de cansancio/fatiga, durante la menstruación. En este grupo predominaban los mayores índices de alteración del sueño, mayores síntomas de somatización y mayor número de puntos gatillo ($p<0.05$). Además, los síntomas de dolor y fatiga, fue-

ron mayores en la fase lútea del ciclo que en la fase folicular y premenstrual.

Los autores concluyen afirmando que el ciclo menstrual y el comienzo de la menopausia afecta a los síntomas de dolor y a la intensidad de otros síntomas de la FBM, en al menos el 50% de las pacientes.

Si bien este estudio incluye pocos pacientes y hay que tomar con precaución los resultados, apunta la posibilidad de que en la FBM puedan existir subgrupos de enfermos, en los que sí pueda influir los cambios hormonales, tanto con la menopausia como durante el ciclo menstrual. ¿Cuál es el verdadero alcance?: este tema todavía está confuso. Algunos datos son contrapuestos. Por ejemplo, en algún metaanálisis se concluye que el efecto del ciclo menstrual sobre la sensibilidad al dolor puede ser pequeña (Riley JL, et al. *Pain* 1999;81:225-235).

Artículo origen: Variación del dolor difuso y de otros síntomas en pacientes n fibromialgia. Efectos de la menstruación y de la menopausia. Pamuk ÖN, Çakir N. Clin Exp Rheumatol 2005;23:778-782.

Eficacia de la combinación de glucosamina y condroitin sulfato en la artrosis de rodilla

■ LR.- Dr. José Ivorra

Legg DO et al. publican en el número del 23 de febrero del *New England Journal of Medicine* (N Engl J Med 2006; 354: 795-808) un ensayo clínico aleatorizado, doble ciego en el que se compara la eficacia de hidrocloreto de glucosamina (1500 mg/día), condroitin sulfato (1200 mg/día), la combinación de ambos o celecoxib 200 mg/día con placebo en pacientes con artrosis de rodilla. El estudio

tiene una duración de 6 meses y los resultados que se presentan corresponden al final del estudio. La eficacia se define como una disminución en el 20% en la subescala de dolor del WOMAC. Según este criterio el 60% de los pacientes tratados con placebo mejora. De los grupos con tratamiento sólo el grupo con celecoxib parece alcanzar una mejoría significativamente superior a placebo (70%).

Para este estudio denominado

GAIT (Glucosamine/condroitin Arthritis Intervention Trial), se ha seleccionado un grupo de pacientes con artrosis de rodilla moderadamente sintomática, lo que explicaría el alto porcentaje de pacientes (60%) que responden a placebo y la dificultad de encontrar eficacia respecto a placebo en los grupos de tratamiento.

En definitiva, en pacientes con artrosis de rodilla con dolor intenso la combinación de glucosamina con condroitin sulfato puede ser eficaz.

RESULTADOS DEL ESTUDIO TEMPO A DOS AÑOS, EN "ARTHRITIS & RHEUMATISM"

La combinación de **etanercept** y **metotrexato** supera significativamente a la monoterapia

Etanercept en combinación con metotrexato (MTX) reduce la actividad de la artritis reumatoide, ralentiza la progresión radiológica y mejora la capacidad funcional de forma más eficaz que la monoterapia con cualquiera de los dos fármacos, al cabo de 2 años. Por otra parte, no se ha observado aumento de toxicidad en el tratamiento combinado de etanercept más MTX. Al término de este periodo en el estudio TEMPO (Trial of Etanercept and Methotrexate with Radiographic and Patient Outcomes), diseñado para una duración de tres años con 686 pacientes.

Los resultados a dos años acababan de ser publicados en abril 2006 en la revista "Arthritis & Rheumatism" del American College of Rheumatology. En este estudio multicéntrico internacional han participado varios centros españoles.

MEJORES RESULTADOS CON LA COMBINACIÓN

El objetivo del TEMPO es evaluar la eficacia (incluyendo cambios radiológicos) y seguridad de etanercept y metotrexato, usados en combinación y solos, en pacientes con artritis reumatoide (AR) en los que hubiese fracasado un tratamiento previo con fármaco antirreumático modificador de la enfermedad, distinto de MTX.

Los datos a 2 años publicados ahora indican que en el estudio continuaban 503 de los 686 pacientes reclutados. Las respuestas de mejoría (ACR20, ACR50 y ACR70) y los índices de remisión

(basados en el DAS de <1,6) fueron significativamente más altos con la terapia de combinación que con las monoterapias ($P < 0,01$). Asimismo, la mejoría de la incapacidad (basada en el Health Assessment Ques-

Por segundo año consecutivo la progresión global de la enfermedad en el grupo de terapia combinada fue negativa

tionnaire) fue mayor con la terapia combinada ($P < 0,01$). El grupo de terapia combinada mostró progresión radiológica significativamente menor que cualquiera de los otros dos grupos que recibían monoterapia ($P < 0,05$); además, la progresión radiológica fue significativamente menor en el grupo de etanercept que en el grupo de MTX ($P < 0,05$). Por segundo año consecutivo la progresión global de la enfermedad en el grupo de terapia combinada fue negativa, con el 95% de intervalo de confianza menor de cero. Los efectos adversos fueron similares en los 3 grupos de tratamiento.

CONFIRMAR LOS RESULTADOS A MÁS LARGO PLAZO

Aunque los agentes anti-TNF han sido usados en el tratamiento de la AR a largo plazo, pocos estudios

controlados, aleatorizados a doble ciego han evaluado la terapia continuada con estos agentes durante un periodo de 2 años.

El manejo eficaz de enfermedades progresivas crónicas, como es el caso de la AR, exige adherencia al régimen terapéutico durante largo tiempo y, por tanto, se necesita mayor experiencia de ensayos controlados randomizados a largo plazo. En este sentido, el estudio TEMPO ha sido prolongado 2 años más, a modo de doble ciego, para determinar si los prometedores resultados y los elevados índices de contención de la enfermedad observados durante el primer año se mantenían. Los datos obtenidos al segundo año confirman positivamente esta expectativa.

En cuanto a los datos de efectos secundarios, son estimulantes ya que indican que el uso de la combinación de etanercept y MTX ofrece clara ventaja adicional con nulo incremento de toxicidad.

En resumen, los datos de este estudio aleatorizado a doble ciego proporcionan apoyo adicional al uso de etanercept en combinación con MTX, frente a la monoterapia con cualquiera de ellos. El alto nivel de respuesta clínica, reflejado en la respuesta ACR70 y la remisión determinada por el DAS, se ve incrementado por la significativa reducción de discapacidad y la disminución estadísticamente significativa en el daño articular, como indica el análisis radiológico.

Universidad de los pacientes: formar e informar sobre salud

La Universidad de los Pacientes acaba de ver la luz por iniciativa de la Universitat Autònoma de Barcelona y la Fundació Biblioteca Josep Laporte, con la colaboración del Departamento de Salud de la Generalitat de Catalunya, el Foro Español de Pacientes y el Fòrum Català de Pacients.

La creación de la Universidad de los Pacientes responde al hecho de que actualmente existen unas necesidades de información y conocimiento sobre salud y abordaje de la enfermedad por parte de los pacientes, familiares y cuidadores que, años atrás, no se contemplaban y deben ser



atendidos. El objetivo de esta universidad, por tanto, es atender las necesidades existentes de información y conocimiento sobre salud y manejo de la enfermedad por parte de pacientes, familiares y cuidadores. Nace también porque existe

un nuevo modelo de paciente con un mayor grado de implicación en las estrategias de responsabilidad y abordaje de la enfermedad, y porque en los últimos años se han visto reforzados los conceptos y el valor social de la salud, el bienestar y la calidad de vida por parte de los pacientes y de la población. Además, la educación sanitaria de los pacientes contribuye a una mejora de la calidad del sistema sanitario.

La universidad cuenta con su propia página web, www.universidadpacientes.org, donde se puede descargar el tríptico informativo y las aulas de que dispone.

La FDA aprueba MabThera contra la artritis reumatoide

La FDA (Food and Drug Administration) ha dado su aprobación para la nueva indicación de MabThera (Rituximab) en artritis reumatoide (AR). Se convierte así en la primera y única terapia selectiva dirigida a las células B para el tratamiento de esta enfermedad. Esta autorización constituye una buena noticia para los pacientes con AR, ya que 1 de cada 3 no responde adecuadamente a las terapias biológicas disponibles en la actualidad y se necesi-

tan, por tanto, nuevas opciones terapéuticas de manera urgente. "Con Rituximab se incorpora al arsenal terapéutico de la artritis reumatoide un fármaco útil y beneficiosos para los pacientes activos, con enfermedad grave y refractarios a la terapias actuales", señala del doctor Jesús Tornero.

La aprobación estadounidense y la solicitud europea se basan en los datos positivos del estudio REFLEX, un estudio en fase III realizado a más de 800

pacientes, durante 1 año, en los que MabThera ha demostrado ser muy eficaz en el control sintomático de estos pacientes. Además, sus beneficios clínicos de larga duración se observan ya tras una sola tanda de dos infusiones.

El nuevo fármaco es un anticuerpo monoclonal que actúa selectivamente sobre los linfocitos B (células B), sin afectar a las células madre, las células pro-B ni las células plasmáticas, permitiendo así que se mantenga su función protectora normal del sistema inmunitario. Los linfocitos B desempeñan una función crucial en la cascada inflamatoria de la AR, y MabThera está diseñado para romper esta cascada de reacciones que inflaman las membranas sinoviales y desembocan en la pérdida de cartílago y la erosión ósea, características de la enfermedad.

Opinión positiva de la Agencia Europea del Medicamento para la indicación de **Humira en espondilitis anquilosante**

ADALIMUMAB ESTÁ YA APROBADO PARA EL TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE Y LA ARTRITIS PSORIÁSICA

El comité científico de la Agencia Europea del Medicamento (EMA) ha emitido una opinión positiva recomendando la aprobación de Humira® (adalimumab) para el tratamiento de la espondilitis anquilosante activa severa.

Este dictamen positivo se basa en los resultados del estudio clínico en fase III ATLAS (Adalimumab Trial Evaluating Long-Term Efficacy and Safety in AS).

La espondilitis anquilosante (EA) es la tercera de las enfermedades autoinmunes hacia las que se orienta la terapia con Humira. En la actualidad, este anticuerpo monoclonal totalmente humano de Abbott está aprobado en la Unión Europea y USA para el tratamiento de la artritis reumatoide y la artritis psoriásica.

Se prevé que la autorización definitiva a la comercialización de Humira para la terapia de la EA en la Unión Europea se produzca en un plazo aproximado de dos meses.

DOLOROSA E INVALIDANTE

Como es sabido, la espondilitis anquilosante es una enfermedad crónica que causa inflamación de las articulaciones de la columna vertebral y de las sacroilíacas.

Ocasiona dolor en la columna y en las articulaciones, rigidez vertebral, pérdida de movilidad y defor-



A diferencia de otras muchas afecciones reumáticas, la EA afecta a adultos jóvenes, en su mayoría hombres, y generalmente comienza antes de los 35 años

midad articular progresiva. Puede acompañarse de manifestaciones extraarticulares, como inflamación en los ojos o en las válvulas del corazón y se asocia con otras enfermedades inflamatorias de la piel y el intestino.

A diferencia de otras muchas afecciones reumáticas, la EA afecta a adultos jóvenes, en su mayoría hombres, y generalmente comienza antes de los 35 años. En sus estadios iniciales la EA tiene difícil diagnóstico.

En su forma severa puede llegar a ocasionar fusión total de la columna vertebral, lo que da lugar a una limitación física extrema.

Se calcula que aproximadamente tres millones de personas en Europa están afectadas por una espondiloartritis.

Acido zoledrónico en solución, nuevo tratamiento para la enfermedad de Paget

La llegada a España de Aclasta® (ácido zoledrónico 5 mg en solución para perfusión), un bisfosfonato de administración intravenosa, abre un nuevo horizonte en el manejo de la enfermedad de Paget, tanto en eficacia y seguridad como en el más fácil cumplimiento de la terapia, lo que conlleva poder evitar en mayor medida los trastornos asociados a la patología.

“El ácido zoledrónico 5 mg en solución para perfusión actúa del mismo modo que los bisfosfonatos orales, pero es más eficaz y con una acción más rápida y duradera, de forma que con una sola inyección la mayoría de los pacientes obtienen de uno a dos años de inactividad de la enfermedad”, explica el doctor Javier del Pino, del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario de Salamanca.

Según el doctor Jesús Tornero, “aunque muchos pacientes con enfermedad de Paget son asintomáticos, deben ser tratados igualmente

que si se presentaran signos de la patología, que puede manifestarse en un hueso o en varios, precisamente para evitar los trastornos aso-

Entre el 1 y el 2% de la población mayor de 55 años en España padece la enfermedad

ciados”. “Cuando se presenta alguno de estos trastornos”, añade el presidente de la SER, “el empeoramiento de la calidad de vida de los pacientes es muy importante en sus relaciones sociales, laborales, desplazamiento, etc., limitándose la capacidad motora y funcional.”

TEJIDO ÓSEO ANÓMALO

Entre el 1 y el 2% de la población mayor de 55 años en España padece enfermedad de Paget, la

segunda patología metabólica ósea por orden de frecuencia después de la osteoporosis, que se caracteriza por una destrucción ósea excesiva seguida de una reparación desorganizada del hueso, dando lugar a un tejido óseo anómalo, de mayor tamaño, menor resistencia y más susceptible a deformidades y fracturas. Además del dolor, hay otros signos importantes asociados a la enfermedad, como pérdida auditiva, trastornos neurológicos, como la estenosis del canal espinal y, con menor frecuencia, osteosarcoma.

Hasta el momento, la enfermedad de Paget se trataba con bisfosfonatos orales, que frenan la pérdida ósea por inhibición de la actividad osteoclástica (las células destructoras de hueso), de forma que actúan impidiendo que continúe la destrucción/lesión ósea en tanto que restauran el equilibrio entre la resorción y la formación de hueso.



El buzón del paciente de “Los Reumatismos”, en la web de la SER

En la web de la SER ya se pueden consultar algunas de las cuestiones que los pacientes plantean y los especialistas responden en la sección “Los pacientes preguntan” de la revista “Los Reumatismos”.

Se ha comenzado por colgar preguntas sobre artritis reumatoide, pero poco a poco irán apareciendo de otras patologías. Es una iniciativa coordinada por los doctores José Rosas y José Ivorra.

Las alternativas a la terapia de la AR, a análisis en el congreso de la SER

Una discusión a tres bandas sobre las posibles alternativas a las terapias biológicas clásicas en artritis reumatoide es el objeto de mesa redonda de formación continuada que tendrá lugar en el marco del XXXII Congreso Nacional de la SER (Palacio de Congresos de Valencia) el día 24 de mayo 2006 a las 8 de la mañana. En este encuentro de trabajo, que patrocina Bristol-Myers Squibb, intervendrán los doctores José L. Andreu Sánchez (Hospital Puerta de Hierro, Madrid), Víctor

M. Martínez Taboada (Hospital U. Marqués de Valdecilla, Santander) y Alejandro Balsa (Hospital U. La Paz, Madrid).

En la actualidad, y tras el avance terapéutico conseguido con los fármacos antagonistas del TNF, la investigación se centra en el estudio de mediadores linfocitarios implicados en la inmunopatología de la AR.

FRENTE AL LINFOCITO T

Uno de estos mediadores, el linfocito T activado, es el target del abata-

cept, fármaco perteneciente a la segunda generación de terapias biológicas. Abatacept actúa en un paso inicial del proceso inflamatorio "distrayendo" a la sustancias necesarias para que se activen los linfocitos T. Según un estudio publicado en "New England Journal of Medicine", el nuevo antiartrítico, autorizado en diciembre de 2005 por la FDA, mejora la artritis reumatoide en pacientes que no respondieron a otros fármacos modernos.

"Las tasas de respuesta en el grupo de abatacept fueron significativamente superiores a las del grupo placebo a partir del día 15 en adelante y fueron aumentando progresivamente durante los seis meses del estudio", según los investigadores. Los datos indican que los pacientes mejoraban en cuanto a su función física, remisión de la enfermedad,

EL 50% DE LAS FRACTURAS OSTEOPORÓTICAS SE PRODUCEN DURANTE LA OSTEOPENIA

Nueva indicación de risedronato para prevenir fracturas osteoporóticas

Risedronato -Acrel- dispone ya de una nueva indicación para la prevención de la osteoporosis, además del tratamiento de la enfermedad para lo que ya estaba autorizado.

Según el estudio "Los límites de la Densidad Mineral Ósea para la intervención farmacológica a la hora de prevenir fracturas", (Siris et al. Arch Intern Med. 2004 May 24), el 50% de las fracturas osteoporóticas se producen durante la osteopenia. Por cada reducción en la densidad mineral ósea de 1 DE (desviación estándar) en mujeres osteopénicas, el riesgo de sufrir una fractura vertebral se multiplica por dos. En el caso de nuevas fracturas vertebrales el riesgo se multiplica por cinco, y la morbilidad a cinco años de un 40%.

Las fracturas vertebrales representan un factor predictivo de la aparición de otras deformidades vertebrales o fracturas en otros segmentos esqueléticos. Por esta razón se insiste en la necesidad de actuar antes de que se produzca esa primera fractura. En el tratamiento previo a la menopausia en pacientes con riesgo debe hacerse hincapié, además de aumentar la masa ósea, en la necesidad de optimizar la calidad del hueso y reducir el riesgo de fracturas.

MÁS EXACTITUD EN LA MORFOMETRÍA

Las radiografías simples siguen siendo un elemento fundamental en el diagnóstico de la fractura; sin embargo, hay una gran variabilidad

en la morfología del cuerpo vertebral tras una fractura. Un innovador programa informático, MorphoXpress permite diagnosticar con mayor claridad, y más precozmente, si se trata de fractura vertebral, sólo aplastamiento, pequeñas deformidades...

El programa informático ha sido desarrollado por Procter & Gamble e ImagenMetrics, y permite semiautomatizar el proceso de morfometría vertebral a partir de radiografías simples laterales de columna digitalizadas.

La propia máquina efectúa el análisis automático de la imagen y, a continuación, el operador puede manipularla para corregir los puntos que no han sido correctamente localizados.

PROF. DR. ANTONIO CASTILLO-OJUGAS

PRESIDENTE DE HONOR DE LA SER, ANTIGUO JEFE DE SERVICIO DE REUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE DE MADRID Y PROFESOR EMÉRITO DE REUMATOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE

Humor en reumatología: el ataque de gota

El cuadro agudo articular de la gota en la metatarso-falángica del primer dedo del pie lleva el nombre de podagra, palabra de origen griego que significa "cepo en el pie", por semejanza a la trampa que utilizaban los campesinos tracios para atrapar fieras salvajes. La localización en otras articulaciones, como el hombro, se llama onagra; en la mano, quiragra; y en la rodilla, gonagra.

La autodescripción del ataque de podagra que Sydenham (1624-1689) nos dejó, es tan completa, tan clínica y tan real que no se ha superado. Por otra parte, la frecuencia y la aparatosidad del cuadro, el dolor y la impotencia funcional que acarrea han sido motivo para que muchos artistas lo plasmaran de modo diverso, desde grabados en libros incunables, hasta pinturas como las de Holbein y Brueghel en el XVI, pero sobre todo representaciones gráficas de artistas de los siglos XVIII y XIX, en especial ingleses y franceses, y algunos escultores y artesanos de pequeñas piezas de porcelana.

FRUTO DE LOS EXCESOS

Aparte de alteraciones genéticas como debió de suceder en la familia Médici y en la de los Duques de Lorena, se achacaba la gota a excesos en el comer, en el beber y en el amar, y como estas cosas dependían en gran medida del poder adquisitivo de los pacientes, suelen ser representados personajes pudientes, aristócratas, ministros y miembros de la realeza.

Todo ello servía como ejemplos



moralizantes, basados en la crítica y en la sátira, por lo que a fin de hacer llegar el mensaje al mayor número de personas, se recurría a estampas y grabados que podían reproducirse ampliamente. De hecho los dos artistas que vamos a comentar disponían de tiendas donde vendían sus trabajos.

Llama la atención la cantidad de gotosos que había en Inglaterra en el siglo XVIII, si tenemos en cuenta el gran número de ejemplos gráficos y literarios de que disponemos. En las clases bajas era costumbre casi habitual beber cerveza en grandes cantidades, y en los poderosos, ade-

más, el consumo de vino de Oporto que llegaba vía marítima desde Portugal en envases metálicos que contenían plomo; se atribuye a intoxicación crónica por este metal la afectación del hígado y del riñón, que llegaba a ocasionar bien cirrosis o, más frecuentemente, insuficiencia renal e hipertensión.

Hay multitud de ejemplos como el Dr. Johnson (1709-1784), autor del monumental Diccionario de la Lengua Inglesa, editor de las obras de Shakespeare o los diez volúmenes sobre los poetas ingleses, que murió cirrótico, hipertenso y con insuficiencia cardíaca. Padeció

Bibliografía

Bozal, Valeriano. "El siglo de las caricaturas". Historia del Arte nº 40. Historia 16, Madrid, 1989.
Castillo-Ojugas, Antonio, y Castillo Aguilar, Sonsoles. "La reumatología en el arte". Emisa, Madrid, 1984.



innumerables ataques de gota por su afición al alcohol y sufrió toda su vida un cuadro neurológico de Tourette excepcionalmente grave.

GILLRAY: LA SÁTIRA COMO REVANCHA

El primer grabado que comentamos es de James Gillray (1759-1815). Un pequeño monstruo negro de grandes bigotes, afilados dientes, enormes y peludas garras y cola de puntiaguda punta muerde afanosamente la articulación metatarsal-falángica, que está enrojecida e inflamada.

Gillray, como otros caricaturistas ingleses, comenzó pintando, pero enseguida pasó al dibujo y al grabado para plasmar escenas de tipo popular, costumbres y caricaturas de personajes públicos que eran cruelmente ridiculizados. Era casi como una reacción de su espíritu, debido a las dificultades que había tenido en su vida.

Era hijo de un sepulturero y toda la familia pertenecía a la secta de

los maronitas, que seguían las doctrinas del checo Juan Huss. Por ello, se educó en una escuela de normas muy severas. Debíó de salir de allí con la acidez y mordacidad de quien ha sufrido los rigores de un ambiente tan estricto, y como pronto se dio a conocer por sus trabajos satíricos, adquirió una cierta relevancia social y material, sobre todo a partir de su relación con la señorita Hannah Humprey, bastante mayor que él, que le ayudó a editar sus estampas y con la que convivió de por vida.

Sin embargo, Hillary sufrió varias fases depresivas con intentos de suicidio, lo que se agravaba por su afición a la bebida, que le condujo a un estado lamentable y prácticamente no dibujó nada en los cinco últimos años de su vida.

ROWLANSÓN: IRONÍAS DE ARRIBA ABAJO

Algo semejante fue la actividad artística del otro gran caricaturista

La podagra ha sido objeto de sátira en el arte desde varios siglos atrás

inglés, Thomas Rowlandson (1756-1827), pues aunque sus padres eran comerciantes acomodados, pronto quedó huérfano al cuidado de sus tíos. Estudió pintura en la Royal Academy y viajó por Europa, permaneciendo dos años en París. Se dedicó a la acuarela, especialidad que nunca abandonó y que le sirvió para colorear sus dibujos con suaves tonalidades. En el Museo Victoria y Alberto se conservan 44 acuarelas de su mano. No obstante, se dio cuenta de que era mucho más rentable grabar estampas que podían venderse fácilmente, como hizo su predecesor, el gran William Hogarth (1697-1764), dibujando multitud de series en las que ironizaba sobre el pueblo y el elemento aristocrático y real, desde las "clases bajas" a Lord Wellington y al Regente y luego Rey Jorge IV, por cierto, ambos gotosos.

Al igual que Gillray, Rowlandson vivió amancebado con Betsy Winter, y aunque últimamente se ha tratado de suavizar su recuerdo, tenía fama de jugar problemático y bebedor.

El grabado elegido se llama "Dolor agudo" y la leyenda que le acompaña dice: "Quien tenga intención por conocer las miserias humanas, procúrese un criado negligente que por descuido vierta un chorro de agua hirviendo sobre su pie gotoso. De este modo sabrá inmediatamente que es un dolor agudo." Observamos también en el dibujo que el enfermo tiene la mano izquierda vendada; por lo tanto, sufriría además un ataque de quíragra.

Suscríbese a LOS Reumatismos

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

LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Particulares

Apellidos Nombre NIF

Dirección Población

Provincia C.P.

Teléfono Fax E-mail

Suscripción por 6 números

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

Fecha: __ / __ / 200__

Firmado:

Forma de pago

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

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

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

LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Empresas/Asociaciones

Denominación social CIF

Actividad principal

Dirección Población

Provincia C.P.

Teléfono Fax E-mail

Persona de contacto Cargo

Suscripción por 6 números

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

Fecha: __ / __ / 200__

Firmado:

Forma de pago

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

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

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

ERNESTO PLAZA
SOCIÓLOGO

Reum@tismos



MEDLINE PLUS - TEMAS

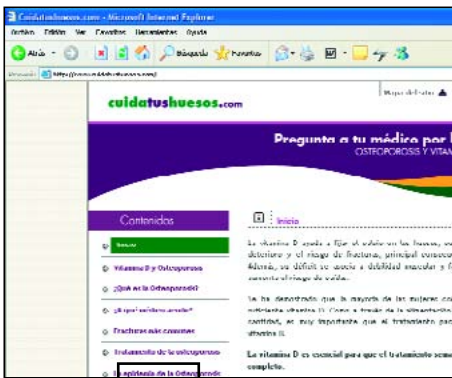
www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/arthritis.html

Área Artritis de la sección Temas de Salud de la prestigiosa enciclopedia médica virtual Medline, en su versión en castellano. Proporciona información y recursos mediante últimas noticias, artículos, consejos, preguntas frecuentes, diagnósticos, síntomas, glosarios de términos, tratamientos, medicamentos, terapias alternativas, nutrición, rehabilitación, manejo de la enfermedad, etc.

EL DETALLE: MÁS TEMAS DE REUMATOLOGÍA

(Ver en la parte inferior izquierda "Otras páginas de interés")

Puede accederse a otras "mini-Web" temáticas relacionadas, como las de Artritis Reumatoide; Artritis Reumatoide Juvenil; Gota y Seudogota; Osteoartritis; y Huesos, Articulaciones y Músculos.



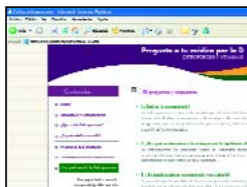
CUIDATUSHUESOS.COM

www.cuidatushuesos.com/

Web dedicada a la osteoporosis que incide en la importancia de la vitamina D para ayudar a fijar el calcio en los huesos y contribuir a reducir el deterioro y riesgo de fracturas. Sus secciones explican básicamente qué es la osteoporosis, a qué médico acudir, cuáles son las fracturas más comunes, qué tratamientos se suelen aplicar y cuánto tiempo dura. Titula un apartado como "la epidemia de la Osteoporosis" para hablar de su importancia como causante de incapacidad y fallecimiento o la insuficiente conciencia social, asesoramiento y prevención sobre el tema. Incluye un sencillo cuestionario para estimar el nivel de riesgo de osteoporosis de cada persona.

EL DETALLE: 50 PREGUNTAS Y RESPUESTAS

(Dentro de "La epidemia de Osteoporosis")



Apartado de preguntas frecuentes con breves contestaciones: ¿se puede padecer osteoporosis y no saberlo?, ¿cuáles son los principales tipos de fracturas?, ¿cómo prevenirlas?, ¿por qué afecta menos a los hombres?, ¿qué medicamentos aumentan el riesgo?, etc.

