

Entrevista



Dr. Javier Ribera Redondo:
Un "todo terreno"
de la especialidad
reumatológica



Día Mundial de la Artritis

Dr. Blanch: "Es inadmisibile
que los pacientes con artritis
no lleguen casi inmediatamente
a las unidades de reumatología"

**III Simposio sobre Osteoporosis de
la Sociedad Española de Reumatología**

**Sólo un 10% de
los pacientes con
osteoporosis
recibe tratamiento**

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

Editor:

Dr. José Vicente Moreno Muelas

Consejo Asesor:

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

Secretario de Redacción:

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

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

Sociedad Española de Reumatología

www.ser.eswww.ibanezyplaza.com

ibáñez & Plaza ASOCIADOS, S.L.
EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN

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

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

ediciones@ibanezyplaza.com
reumatismos@ibanezyplaza.com

Redacción:

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

Dirección de Arte:

GPG

Publicidad:

Ernesto Plaza Gajardo

Administración:

Concepción García García

Impresión:

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

Prevenir es fácil... contando con el reumatólogo

Todo está ya dicho -sentenciabas André Gide-, pero como nadie atiende, hay que repetirlo todo cada día". Aunque prácticamente lo hace a diario, la Sociedad Española de Reumatología, ha reiterado de manera más solemne, con motivo del Día Mundial de la Artritis, lo que es un dogma en la especialidad reumatológica: la necesidad de prevención para atajar a tiempo el avance de la enfermedad antes de que alcance estadios irreversibles.

"Es inadmisibles que los pacientes con artritis no lleguen casi inmediatamente a las unidades de reumatología", declaraba al respecto el Dr. Josep Blanch, presidente de la SER. Y ello es así porque la investigación y la experiencia aportados por la SER ponen hoy al servicio de la sociedad, y en especial del médico de cabecera, parámetros sencillos para detectar a tiempo la enfermedad y derivar al paciente a los servicios de reumatología, que ya disponen de fármacos eficaces para controlarla. Como explica la doctora Loreto Carmo, directora de la Unidad de Investigación de la Fundación Española de Reumatología, está probada "la utilidad de un algoritmo muy sencillo basado en únicamente tres síntomas y signos: presencia de inflamación en cualquier articulación, dolor en articulaciones de las manos específicas y en la rigidez de manos por las mañanas".

Claro que para que el paciente sea atendido con la urgencia que la enfermedad requiere, el reumatólogo debería estar presente, como especialista del aparato locomotor, en el mismo inicio del proceso de recuperación, según afirma en sus declaraciones el Dr. Javier Rivera Redondo, coordinador del Comité de Asuntos Científicos de la

SER. De este modo se podrían prevenir muchas complicaciones cogidas a tiempo, por ejemplo, la osteoporosis, habida cuenta de que es dato basado en la evidencia que los pacientes con artritis reumatoide (al igual que las mujeres con lupus) presentan una menor densidad mineral ósea.

Los diversos y complejos aspectos de la relación entre artritis y osteoporosis (sin olvidar otras patologías frecuentes como las neoplasias, las infecciones, la úlcera péptica o la arterioesclerosis) han sido analizados en el simposio recientemente celebrado en Salamanca, y que es "leit motiv" destacado en este número de "Los Reumatismos".

**La SER ha puesto
al servicio de la
comunidad
parámetros
sencillos para
detectar a tiempo
la enfermedad**

**Diagnosticadas
a tiempo, se
podrían prevenir
muchas
complicaciones,
como la
osteoporosis**



Entrevista

Dr. Javier Rivera Redondo:
Un "todo terreno" de la especialidad reumatológica

Día Mundial de la Artritis

Dr. Blanch: "Es inadmisibles que los pacientes con artritis no lleguen casi inmediatamente a las unidades de reumatología"

Nuestra Portada

La abuela contempla al niño con nostalgia consciente de que su estructura ósea no le permite sostenerlo en brazos sin riesgo. La osteoporosis, afección tan silenciosa como invalidante merece en esta ocasión nuestra portada, así como una parte importante de la revista, con motivo del reciente simposio sobre osteoporosis celebrado en Salamanca, donde se han actualizado los conocimientos sobre la materia, y dado a conocer los avances más recientes. El escaparate de la revista acoge asimismo la figura del nuevo coordinador del comité científico de la SER, Dr. Javier Rivera, y el llamamiento del presidente de la SER, Dr. Josep Blanch, en pro de un diagnóstico precoz de la artritis reumatoide, con motivo del Día Mundial dedicado a esta enfermedad.

1 Editorial **Prevenir es fácil... contando con el reumatólogo** Todo está ya dicho - sentenciabas André Gide-, pero...

3 **Dr. Javier Rivera Redondo**
Un "todo terreno" de la especialidad reumatológica

12 **DIA ARTRITIS Dr. Blanch:** "Es inadmisibles que los pacientes con artritis no lleguen casi inmediatamente a las unidades de reumatología"

16 **SIMPOSIO Osteoporosis**
Sólo un 10% de los pacientes con osteoporosis recibe tratamiento

20 **SIMPOSIO Osteoporosis y artritis: amistades peligrosas** Dr. Joan Miquel Nolla Solé. Hospital Universitari de Bellvitge

22 **SIMPOSIO Osteoporosis: ¿realidad o ficción?** Dra. Nuria Guañabens. Hospital Clinic de Barcelona

27 **PROYECTO La artritis en femenino:**
"Mujer y artritis reumatoide
El valor de una vida"

29 **REPORTAJE Juan D. Cañete.** Artroscopia reumatológica: múltiples posibilidades para el reumatólogo

33 **Bibliografía comentada**
Artritis reumatoide · artrosis · tratamiento con anti-TNF

38 **Los pacientes preguntan**
Formularios · Alimentos y vitamina D · Codo de tenista · espondilitis y psoriasis...

41 **Noticias**
Dolor osteomuscular crónico · Acupuntura · Reumatólogos franceses · Revista SVR

47 **Recursos de reumatología en Internet**
Reum@tismos Fibromialgia.org · Lupus.org.uk



DR. JAVIER RIVERA REDONDO

COORDINADOR DEL COMITÉ DE ASUNTOS CIENTÍFICOS DE LA SER

Un “todo terreno” de la especialidad reumatológica



Texto Carmen Salvador

EL DR. **Javier Rivera Redondo**

nuevo coordinador del Comité de Asuntos Científicos de la SER, es un madrileño que siempre tuvo vocación por la especialidad. A la vista de su currículum, al doctor Rivera se le puede considerar un “todo terreno” de la especialidad reumatológica, que desarrolla en el Instituto Provincial de Reumatología, perteneciente al Hospital Gregorio Marañón. Piensa que el reumatólogo debe ver a “todos los pacientes que presenten una patología del aparato locomotor”, y se pregunta por qué la Reumatología todavía no está en atención primaria.

El Dr. Javier Rivera Redondo hizo la especialidad en el Hospital de La Princesa, muy cerca de donde se encuentra ahora, y su tesis doctoral versó sobre inmunología básica, en concreto sobre las propiedades inmunorreguladoras de los linfocitos CD3+CD4+CD8 (doble negativo). Esta vocación inicial investigadora, que inició en Estados Unidos y que “prácticamente nos mueve a todos los reumatólogos”, no pudo continuarla en España. “No había ni los mismos medios, ni la misma coordinación entre los grupos investigadores. Al principio, y durante unos años, es más llevadero, pero llega un momento en que tienes que elegir, o clínica o investigación. Es muy difícil compaginar las dos actividades.”

En la actualidad sí ha podido alcanzar ese desideratum de simultaneizar la actividad clínica con la investigación clínica. Recientemente ha publicado un estudio sobre los beneficios terapéuticos del ejercicio físico en fibromialgia: “La práctica del ejercicio físico aeróbico mejora las manifestaciones clínicas de la enfermedad mientras se realizan los programas de entrenamiento, pero el efecto beneficioso desaparece cuando se suspenden éstos.”

Se trata de un estudio abierto, que realiza simultáneamente con dos ensayos clínicos terapéuticos y un ensayo con terapia cognitiva conceptual.

-¿Cuál va a ser su labor como nuevo coordinador del Comité de Asuntos Científicos?

-Por un lado, la organización de los eventos científicos de la Sociedad, congresos, simposios, reuniones... que aporten toda la información que quiere conocer el socio, los últimos adelantos... Pretendemos también diversificar estas reuniones

“Somos una Sociedad con mucha gente joven, con diversos campos donde trabajar, clínica, investigación, y con mucha curiosidad”

aplicándolas a otras de las muchas enfermedades que engloba la reumatología. Estos actos tienen cada vez más interés para el especialista. Al principio se identificaban más con una reunión sólo de expertos, pero cada vez acuden más reumatólogos interesados en ponerse al día. En cuanto a la Unidad de Investigación que dirige la doctora Loreto Carmona, por suerte para mí, y por suerte para la SER, está muy bien gestionada y promocionada. En estos momentos cuenta con una docena de proyectos importantes, algunos de la categoría de Biobadaser, con una repercusión internacional demostrada, proyectos que seguramente seguirán aumentando.

“Eliminar de nuestra cartera de servicios algunas patologías sería una grave equivocación, somos los que mejor podemos diagnosticar y tratar estas patologías, y si no lo somos, derivarlos”

El doctor Rivera considera que la SER es muy activa, “porque hay mucha gente joven, con muchos campos donde trabajar, clínica, investigación, y con mucha curiosidad, lo que nos ha llevado a gran parte de nosotros a desarrollar nuestra actividad durante algún tiempo en el extranjero. También se han hecho numerosas tesis doctorales. Creo que somos una de las sociedades científicas más fructíferas en este sentido”.

UNA ESPECIALIDAD MUY AMPLIA

“Creo que el reumatólogo ha de ver toda la patología en la clínica sin excepciones -comenta el Dr. Rivera-; luego están los gustos personales de cada uno, y las preferencias por una u otra patología, pero ya fuera de la actividad asistencial.”

La reumatología es una especialidad muy amplia, recuerda el especialista. “El paciente viene porque presenta síntomas relacionados con el aparato locomotor y nosotros somos los especialistas en ello. Si por su afección hay que derivarle a otra especialidad, se hace, pero los primeros en ver a este paciente y decidir somos nosotros.”

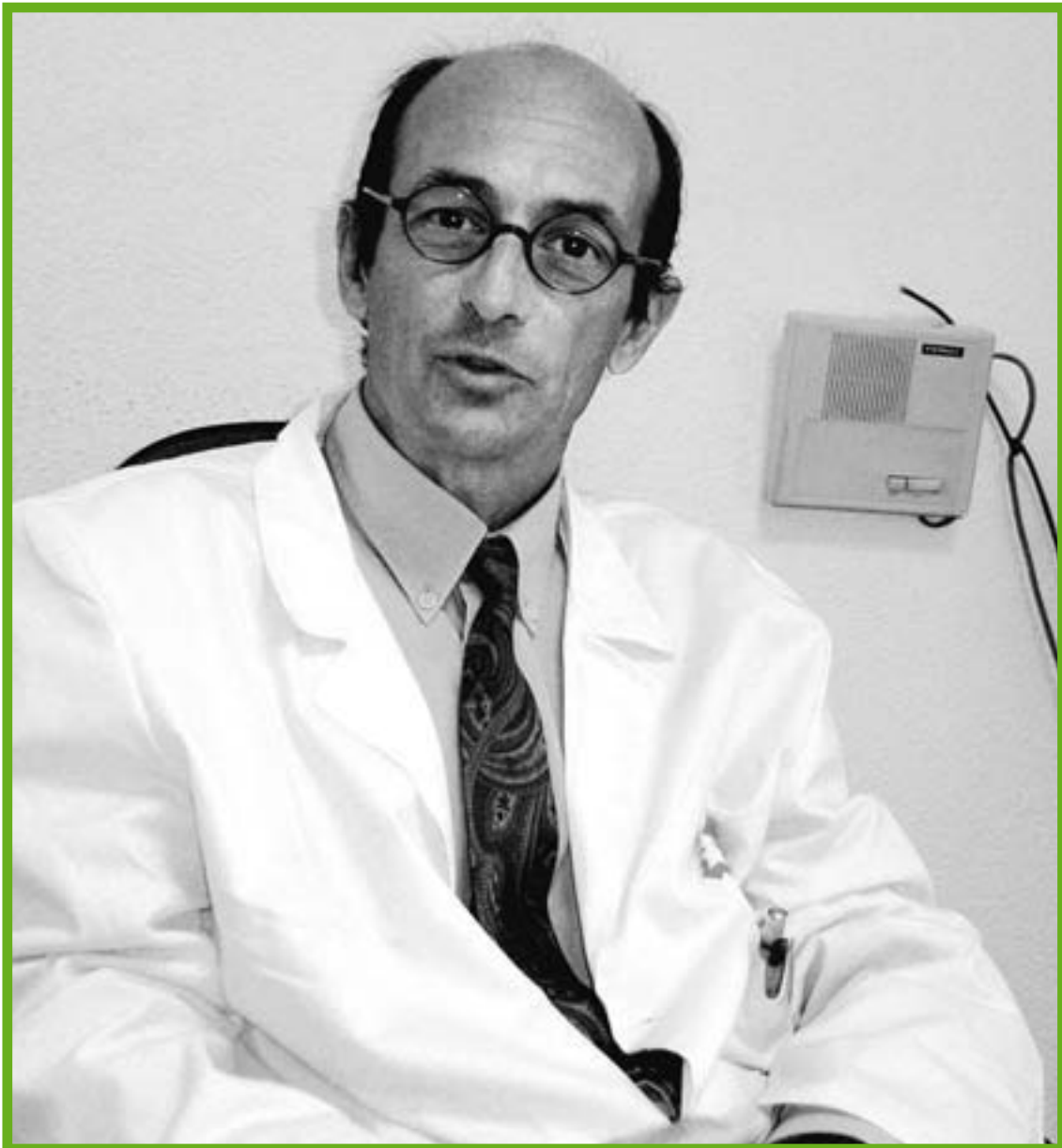
Añade que “eliminar de nuestra cartera de servicios algunas patologías sería una grave equivocación, somos los que mejor podemos diagnosticar y tratar estas patologías, y si no lo somos, derivarlos a otros profesionales. A veces nos llegan pacientes con signos paraneoplásicos, vienen porque les duelen los huesos, vienen bien dirigidos, pero su atención se escapa de nuestra especialidad, en este caso, que es un ejemplo, lo derivaríamos a oncología.”

EN PRIMERA LÍNEA

-La sociedad, el paciente... ¿tienen claro que son ustedes los especialistas del aparato locomotor?

-Lo tienen bastante claro y por eso acuden a nosotros. Quien no lo

“Llega un momento en que tienes que elegir, o clínica o investigación. Es muy difícil compaginar las dos actividades”



tiene tan claro es la Administración: ¿por qué no estamos los reumatólogos en primaria? Debemos atender en primera instancia al paciente, porque la gran mayoría de la patología del aparato locomotor es médica, se resuelve con medidas médicas. Se podrían prevenir muchas complicaciones cogidas a tiempo, por ejemplo, la osteoporosis. Asumida por nosotros, posible-

mente se evitaría buen número de fracturas de cadera; cuando estos pacientes llegan al traumatólogo, con frecuencia lo hacen ya con fractura... Esa labor de prevención donde mejor se realiza es en primaria. Los reumatólogos también deberíamos estar en primera línea. El estar solos en los hospitales creo que perjudica a la propia especialidad. Esto que parece tan lógico y

sencillo la Administración no lo tiene claro.

De no haber sido reumatólogo, el doctor Javier Rivera hubiera querido ser, de todas maneras, médico. También en su vida personal intenta, como en reumatología, hacer todo aquello que le gusta: leer, ir al cine, hacer deporte, salir con los amigos, viajar... Buen viaje en esta nueva andadura.

“Los reumatólogos también deberíamos estar en primera línea, en primaria”

LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA INSISTE EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN EL DÍA MUNDIAL DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

Dr. Blanch: “Es inadmisibile que los pacientes con artritis no lleguen casi inmediatamente a las unidades de reumatología”

Cada año se diagnostican 6.500 nuevos pacientes de artritis reumatoide en nuestro país, una enfermedad crónica, que afecta al 0,5% de la población, que produce hinchazón de las articulaciones, originando dolor, deformidad y dificultad de movimiento de las zonas afectadas. En edades avanzadas puede, incluso, dañar otras partes del organismo, como los ojos, el corazón o los pulmones. Todas las personas, independientemente de la edad o sexo, pueden padecer esta enfermedad, aunque la incidencia es mayor en mujeres, con una proporción de 3 a 1, entre los 30 y los 50 años. También puede aparecer en niños, aproximadamente uno de cada mil niños en el mundo padece la enfermedad.

En los últimos años se han registrado importantes avances en el campo terapéutico que están favoreciendo el mejor control de la enfermedad y que incluso hacen pensar en la posible remisión de la misma. Tratada de forma precoz, con los tratamientos adecuados puede evitar la discapacidad que se produciría en unos años.

La Sociedad Española de Reumatología (SER) insiste, con motivo del Día Mundial de la Artritis Reumatoide (martes 10 de octubre), en la necesidad de un diagnóstico pre-



coz, ya que durante el primer año se obtiene la máxima eficacia de los tratamientos. "Es inadmisibile - señala el doctor Josep Blanch, presidente de la SER-, que los pacientes con artritis no lleguen casi inmediatamente a las Unidades de Reumatología".

UNA ENFERMEDAD AUTOINMUNE
Pertenece al grupo de enfermedades conocidas como autoinmunes,

es decir, generan anticuerpos que atacan, de manera errónea y sin causa aparente, a elementos sanos del organismo. En el caso de la artritis reumatoide, ese elemento atacado, por causas que aún se desconocen, es la capa sinovial que recubre las articulaciones. Como efecto añadido, la inflamación permanente de la articulación hace que el cartílago (la superficie lisa que se encuentra al final de los hue-

sos y que permite el rozamiento entre los mismos) tiende a adelgazar y a desaparecer, acelerando la destrucción de las articulaciones y produciendo un daño irreparable.

NOVEDADES EN EL DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

Se han identificado subtipos de la enfermedad, en cuanto a expresión y pronóstico, respecto de unos anticuerpos recientemente descubiertos, los anti péptido citrulinado (anti-CCP). Estos anticuerpos parecen estar relacionados además con el efecto del tabaco sobre el pulmón, por lo que la relación tabaco-artritis parece que cada vez se suscita más.

La SER, a través de los proyectos de investigación coordinados desde su Unidad de Investigación, ha contribuido al grueso de conocimiento de esta enfermedad. El Estudio SERAP (Evaluación de un modelo de atención de la artritis en España) muestra que cada año comienzan en nuestro país del orden de 6500 nuevos casos de artritis reumatoide, "una cifra asumible por el sistema especializado en reumatología", señala del doctor Blanch.

"El mismo estudio ha permitido probar la utilidad de un algoritmo muy sencillo basado en únicamente tres síntomas y signos. Se basa en la presencia de inflamación en cualquier articulación, dolor en articulaciones de las manos específicas y en la rigidez de manos por las mañanas. Este algoritmo se ha probado en pacientes que acuden con problemas musculoesqueléticos a los médicos de atención primaria, mostrando un alto rendimiento como herramienta de cribado", señala la doctora Loreto Carmona, directora de la Unidad de Investigación de la Fundación Española de Reumatología.

El estudio EMECAR (Estudio de la morbilidad y expresión clínica de la artritis reumatoide) -recientemente finalizado, después de cinco años de seguimiento a pacientes

con artritis reumatoide- muestra como en los últimos cinco años se ha producido una auténtica revolución en el tratamiento de la enfermedad. No sólo se han introducido nuevos fármacos, sino que la introducción de estos ha tenido una repercusión muy favorable incluso

nes es muy similar a la que se ve en las arterias esclerosadas y hay muchos factores de riesgo y marcadores de actividad comunes, como el tabaco o la velocidad de sedimentación. Sin embargo -y podríamos decir, afortunadamente-, en contra de lo que se observa en estu-



Cada vez está más clara la relación artritis-tabaco

sobre los enfermos que no los han utilizado.

ARTRITIS-TABACO, UNA RELACIÓN NEFASTA

EMECAR también ha permitido conocer aspectos de la comorbilidad, es decir, sobre las enfermedades asociadas a la artritis reumatoide. "No es verdad que los enfermos con artritis tengan más cáncer en general, pero sí un mayor riesgo de linfoma, un tipo de cáncer de por sí muy raro. Este riesgo de linfoma, según se ha visto en otros estudios, está relacionado con aspectos genéticos de la enfermedad y con la infección previa por un virus, el de Epstein Barr. También hemos comprobado que el cáncer de pulmón aparece en enfermos con artritis reumatoide con más frecuencia de lo esperado, pero sólo en pacientes fumadores, por lo que no es en sí un problema de la artritis sino de la relación nefasta entre artritis y tabaco. ¡Una razón más para dejar de fumar!"

Según este estudio, no existe una relación cercana entre artritis reumatoide y arterioesclerosis -de la que se viene hablando en los medios científicos- "la inflamación que podemos ver en las articulacio-

nes realizados en otros países, no hemos encontrado una mayor incidencia de problemas cardiovasculares en nuestros pacientes con artritis reumatoide, bien porque están más vigilados desde el punto de vista de la comorbilidad, bien porque las enfermedades cardiovasculares son en sí menos frecuentes en nuestro entorno y es más difícil detectar diferencias".

Pero sí se ha observado que aparecen con más frecuencia de la esperada accidentes cerebrovasculares -trombosis, embolias, derrames cerebrales- en pacientes con artritis.

BAJA LA INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS

Hoy los especialistas destacan la aportación fundamental que suponen los nuevos fármacos denominados terapias biológicas, actúan bloqueando la acción del factor de necrosis tumoral (TNF) y de otras citoquinas que son las principales causas de la inflamación de las articulaciones característica de la artritis reumatoide. De esta forma se frena el desarrollo de la enfermedad y se evita la discapacidad.

BIOBADASER es un registro español de efectos adversos de las

terapias biológicas en las enfermedades reumáticas, de enorme trascendencia a nivel internacional, ha demostrado la eficiencia de los reumatólogos españoles en la prevención de tuberculosis en pacientes sometidos a antagonistas del TNF.

En años pasados se demostró que estas terapias, muy eficaces, sometían a un riesgo mayor de tuberculosis a los pacientes a los que se les administraban. Este registro ha demostrado que este año las medidas tomadas por consenso por la SER, en colaboración con la Agencia Española del Medicamento, han permitido bajar la incidencia de tuberculosis en estos pacientes "a umbrales por debajo incluso de lo esperado".

La presencia de inflamación en una articulación, dolor en las articulaciones de la mano y rigidez por las mañanas puede delatar la presencia de artritis reumatoide

Otra información extremadamente útil que se deriva de BIOBADASER es que cada vez hay más evidencia que permite afirmar que la mortalidad general en la artritis reumatoide, una enfermedad con alto grado de comorbilidad, se reduce con la utilización de las nuevas terapias biológicas.

DEMANDAS DE LOS PACIENTES

Por su parte la Coordinadora Nacional de pacientes con artritis (CONARTRITIS) hace un llamamiento este día en una serie de demandas como: ser considerados enfermos crónicos, conseguir un diagnóstico precoz, prevención-seguimiento de la enfermedad en todos los estadios para evitar que se vayan produciendo deterioros funcionales, una atención multidisciplinar que tenga en cuenta no sólo los aspectos físicos y clínicos, también los psicológicos, y una mayor información sobre la enfermedad, "de forma que cuando una persona sea diagnosticada tenga unos conocimientos mínimos para no llegar al rechazo que muchas veces se produce, y la posterior búsqueda de otras opiniones de otros especialistas, con las que sólo se consigue retrasar el inicio del tratamiento", señala Antonio Ignacio Torralba, de la Asociación Madrileña de Pacientes con artritis reumatoide.

La Coordinadora Nacional quiere hacer también un llamamiento sobre el "aislamiento" de las amas de casa con esta enfermedad: "No existen estadísticas sobre incapacidad y actividad laboral que incluya a este grupo de población, lo que supone casi la mitad de todos los pacientes. Tampoco se ha valorado hasta ahora la labor desempeñada por las mujeres con artritis reumatoide como cuidadoras de personas mayores, o de los más jóvenes de la casa".

III SIMPOSIO SOBRE OSTEOPOROSIS DE
LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

Sólo un 10% de los pacientes con osteoporosis recibe tratamiento

U nos 200 millones de mujeres en todo el mundo padecen osteoporosis, una enfermedad caracterizada por la pérdida progresiva de la resistencia del hueso, lo que da lugar a que los huesos sean más frágiles y propensos a sufrir fracturas. Es una enfermedad que no causa síntomas hasta que no está muy avanzada y se produce la fractura. Según la Organización Mundial de la Salud, que la ha calificado de "epidemia intolerable", es uno de los problemas de salud más importantes, superado

únicamente por la incidencia de las enfermedades cardiovasculares. El 80% de los afectados no es consciente de los factores de riesgo antes de que se le diagnostique la enfermedad y sólo un 10% recibe tratamiento.

Según el doctor Josep Blanch, presidente de la Sociedad Española de Reumatología, "la osteoporosis sigue siendo una enfermedad desconocida y todavía queda mucho por hacer; el acceso a los densitómetros -la prueba que diagnostica la enfermedad- es limitado en muchas zonas

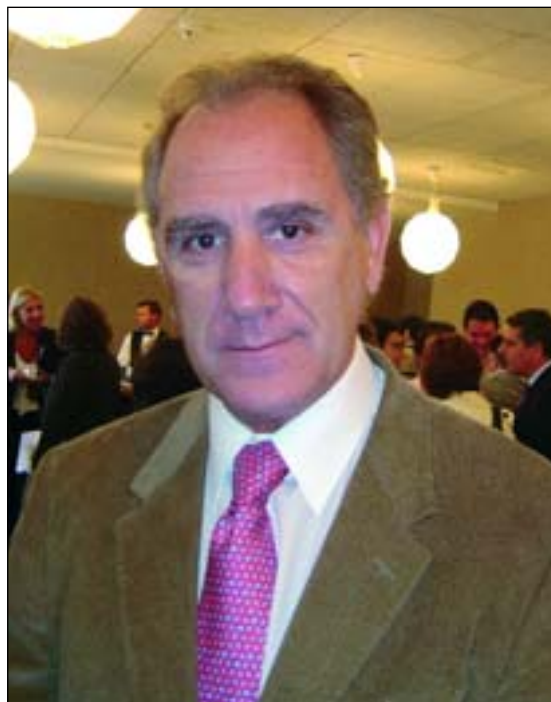
de España y las listas de espera continúan siendo demasiado largas".

En España afecta a dos millones y medio de mujeres, aunque también afecta a los hombres. A partir de los 50 años hay muchas mujeres que sufren la enfermedad sin saberlo. De hecho, la mayoría no cree estar en riesgo personal de padecerla y se sabe que en Europa cada 30 segundos se produce una fractura por osteoporosis. En nuestro país se producen 90.000 fracturas de cadera y 500.000 fracturas vertebrales al año.





Dr. Luis Arboleya



Dr. Luis Pérez Edo

Consciente de esta situación, la Sociedad Española de Reumatología (SER), ha elaborado el III Documento de Osteoporosis. "Las recomendaciones de este documento están basadas en el resultado del análisis de la evidencia científica", ha señalado el doctor Lluís Pérez Edo, coordinador del Documento, que se presentó en el III Simposio de Osteoporosis de la SER en Salamanca.

UN MAL EVITABLE

Con el tiempo, las mujeres que padecen osteoporosis pueden llegar a perder hasta la mitad de su masa ósea. Varios estudios señalan que la pérdida de tan sólo el 10% de masa ósea en la columna puede duplicar el riesgo de sufrir fracturas de columna, y una pérdida del 10% de masa ósea en la cadera incrementa el riesgo de padecer una fractura en 2,5 veces.

Según los reumatólogos asisten-

tes al III Simposio, más de la mitad de las fracturas podrían evitarse con los tratamientos adecuados: "No es un proceso inevitable porque se alcance una edad avanzada - comenta el Dr. Blanch-; con los tratamientos actuales los reumatólogos podemos detener el avance de la enfermedad."

Las fracturas de cadera son complicaciones de la osteoporosis consideradas al menos tan importantes como la trombosis o el infarto para los hipertensos o las personas con el colesterol alto.

MEDIR LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA Y SU CALIDAD

A falta de evidencias de suficiente relevancia que permitan establecer unas recomendaciones unánimes sobre cuándo ha de realizarse una densitometría - una prueba rápida, indolora y no invasiva-, los reumatólogos señalan en este III Documento de consenso, que

Factores relacionados con la osteoporosis

- Antecedente de fractura a partir de los 50 años
- Fractura materna de fémur
- Edad avanzada (>65 años)
- Bajo peso (<50kg)
- Menopausia precoz (<45 años)
- Baja ingesta de calcio
- Inactividad física prolongada
- Fármacos: corticoides, inhibidores de la aromatasa y de las gonadotropinas, hidantoínas.
- Enfermedades osteopenizantes: hipertiroidismo, trasplante, síndrome de Cushing primario, hepatopatías, hiperparatiroidismo primario, enfermedades inflamatorias crónicas y anorexia nerviosa, entre otras.

Las fracturas de cadera son complicaciones de la osteoporosis consideradas al menos tan importantes como la trombosis o el infarto

“es indispensable tener la seguridad de que el resultado de la misma va a influir en la decisión terapéutica y que la mujer acepta esta condición. Está justificada en mujeres con menopausia precoz y en posmenopáusicas con uno o más factores de riesgo de pérdida aumentada de masa ósea. También, está indicada en pacientes con sospecha radiográfica de osteoporosis”.

Añade también el documento que, “teniendo en cuenta que un significativo porcentaje de mujeres posmenopáusicas, sin ningún factor de riesgo clínico, presenta osteoporosis, consideramos que no hay una justificación clara para negar la realización de densitometría a una mujer posmenopáusica que lo solicite”.

También se realizaría en revisiones posteriores para conocer si los fármacos están siendo efectivos.

MEDIDAS PARA PROMOVER LA SALUD ÓSEA

Los actuales tratamientos farmacológicos pueden llegar a detener la pérdida de masa ósea y evitar o retrasar las fracturas, principal consecuencia de la enfermedad.

Las fracturas más comunes asociadas con la presencia de osteoporosis son las de cadera, las vertebrales (de columna) y las de muñeca. Pero en todos los casos, la Sociedad Española de Reumatología recomienda, en primer lugar, una serie de medidas encaminadas a promover la salud ósea. “Con ello se puede conseguir una reducción drástica de la consecuencia más impactante de la osteoporosis, la fractura”, señala el doctor Luis Arboleya, del Hospital San Agustín, de Avilés, uno de los reumatólogos que ha participado en el Documento de Consenso.

Las principales medidas para mejorar la salud ósea pasan por evitar el sedentarismo y recomendar una actividad física moderada, específica para cada individuo, teniendo en cuenta su edad, estado

físico y la presencia de otras enfermedades.

En los adultos se recomienda una ingesta diaria de calcio de 1000 mg y de 1200-1500 mg durante el embarazo, lactancia y posmenopausia. No siempre la dieta habitual aporta estos requerimientos, por lo que en ocasiones hay que añadir suplementos farmacológicos, aunque recordando que el calcio, utilizado de manera aislada, no ha demostrado efecto significativo sobre la incidencia de fracturas en mujeres con osteoporosis postmenopáusica. En la población adulta es frecuente la existencia de concentraciones bajas de vitamina D. “Aunque la eficacia real del aporte de vitamina D en la prevención de fracturas es un tema muy debatido -comenta el doctor Luis Arboleya- probablemente su acción depende de la dosis utilizada.”

En los ancianos o discapacitados, sobre todo si tienen osteoporosis, deben extremarse las medidas encaminadas a reducir el riesgo de caídas, promoviendo el uso de bastones, evitando o reduciendo la dosis de psicofármacos, evaluando y, si es posible, tratando las alteraciones visuales y adaptando la vivienda. En poblaciones de alto riesgo de caída, han demostrado su eficacia los protectores de cadera. También es recomendable una adecuada ingesta de proteínas y una exposición solar moderada.

FÁRMACOS QUE PREVIENEN LAS FRACTURAS

Según los especialistas, el tratamiento siempre es individual, dependiendo de las características de cada paciente. En cualquier caso, siempre debe ir encaminado a reducir el número de fracturas, a aumentar la masa ósea, fortalecer el hueso y mejorar su calidad de vida.

La elección de uno u otro va a depender de la gravedad de la osteoporosis y de las características del paciente, teniendo en cuenta que

Factores de riesgo

La menopausia es uno de los factores de riesgo más importante para la presencia de osteoporosis. Los cambios hormonales son responsables de la rápida pérdida de masa ósea. En los primeros cinco años posteriores a la menopausia, las mujeres pueden llegar a perder hasta un 15% de su masa ósea.

La mayoría de los dos millones y medio de personas que padecen osteoporosis en nuestro país han sido diagnosticados a partir de los 50 años, pero la enfermedad se inicia en realidad a partir de los 30-35 años. Es cuatro veces más frecuente en las mujeres que en los hombres.

Existen otros factores que incrementan el riesgo de la enfermedad, como tener antecedentes familiares, una constitución delgada o pequeña, el tabaco, el abuso de alcohol, falta de ejercicio físico, ingesta insuficiente de calcio, algunos fármacos (por ejemplo terapias con corticoides de larga duración) o la menopausia a edad temprana (antes de los 45 años). Puede ocurrir también que la mujer no tenga ninguno de estos factores de riesgo y aún así padecer la enfermedad sin saberlo.

existe un grado de incumplimiento superior al 20%, lo que deberá ser tenido en cuenta para mejorar la efectividad de las intervenciones terapéuticas.

La aportación más relevante de este tercer documento, ha sido la incorporación de tres nuevos fármacos que proporcionaran nuevas posibilidades en la prevención y tratamiento, según señala el doctor Lluís Pérez Edo. El ibandronato es un bifosfonato disponible en breve



Fármacos disponibles para el tratamiento de la osteoporosis

en farmacias que presenta la particularidad de administración mensual por vía oral. La incorporación de una nueva molécula formadora de hueso, la PTH (1-84), de administración por punción subcutánea como la ya existente teriparatida (1-34) (actualmente su uso está indicado en mujeres con osteoporosis grave y no como prevención, con indicación en la osteoporosis con fracturas y de alto riesgo; también como la anterior aún no está disponible). El tercer fármaco es el ranelato de estroncio, que ya se está utilizando, y que representa una novedad por su doble acción, la de disminuir la pérdida de hueso y la de formar hueso. Su administración es oral y diaria.

CUÁNDO INICIAR UN TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Aunque se suele afirmar que el umbral diagnóstico, determinado por la densitometría, no conlleva necesariamente el establecimiento de un tratamiento farmacológico y que debe distinguirse claramente del umbral de intervención tera-

péutica, tanto la National Osteoporosis Foundation, como el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud, han realizado recomendaciones concretas, basadas en los valores densitométricos.

Existen otros condicionantes, como la presencia previa de fracturas, la edad y otros factores de riesgo de fractura, los potenciales efectos secundarios, la adherencia al tratamiento y las consideraciones de coste/efectividad, que también hay que tener en cuenta al tomar una decisión terapéutica. Basándose en ello -señala el doctor Luis Arboleya - "consideramos que está indicado iniciar tratamiento farmacológico en las siguientes circunstancias: en la menopausia espontánea precoz (< 45 años) y en la quirúrgica (cualquier edad) según la valoración densitométrica y de otros factores de riesgo; cuando se observa una disminución de la densidad mineral ósea en columna o fémur; si hay fractura por traumatismo de baja intensidad, independiente del valor de la densidad mineral ósea".

- Anticatabólicos o antiresorptivos (Estrógenos - hay evidencia de que la THS aumenta el riesgo de cáncer de mama, cardiopatía isquémica, accidente vascular cerebral y tromboembolismo venoso. En estas circunstancias es dudoso que tenga alguna indicación en el tratamiento de la osteoporosis, ya que disponemos de otros fármacos que manteniendo igual o superior eficacia presentan un perfil de efectos adversos más favorables, Bisfosfonatos, Alendronato, Risedronato, Ibandronato (de próxima aprobación en España).
- Moduladores selectivos de los receptores estrogénicos (SERM): Raloxifeno, Calcitoninas.
- Anabólicos u osteoformadores: Análogos de la paratohormona, PTH- (1-34), PTH- (1-84) (de próxima aparición en España).
- Acción mixta: Ranelato de Estroncio.

III SIMPOSIO SOBRE OSTEOPOROSIS DE
LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGÍA

Osteoporosis y artritis: amistades peligrosas

DR. JOAN MIQUEL NOLLA SOLÉ
HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE

En los últimos años ha aumentado considerablemente el interés por la comorbilidad que presentan los pacientes con una artropatía inflamatoria. Está demostrado que determinadas patologías asociadas, como las neoplasias, las infecciones, la úlcera péptica, la arterioesclerosis y la osteoporosis, explican buena parte de la morbimortalidad del paciente reumático.

El análisis de la etiopatogenia de la pérdida ósea que presenta un paciente afecto de una artropatía inflamatoria debe realizarse con mentalidad abierta. Además de considerar el papel que juegan los factores intrínsecos al individuo, debe de tenerse en cuenta que habitualmente en un mismo enfermo coexisten varios factores extrínsecos causantes de osteoporosis. En este sentido es preciso enfatizar que los conceptos osteoporosis en las artropatías inflamatorias y osteoporosis inducida por glucocorticoides no son sinónimos. Los glucocorticoides, constituyen el determinante fundamental de la pérdida ósea que presenta el paciente, pero no el único.

La inflamación causada por la enfermedad de base contribuye a la osteoporosis, por un efecto mediado, probablemente, por los linfocitos T. Se conoce la importancia de estas células en la génesis de la pérdida ósea que acontece en la vecindad de las articulaciones inflama-



das. La activación de los linfocitos T conlleva un incremento en la expresión del RANKL que, en presencia del factor estimulante de las colonias de monocitos, determina la diferenciación de los macrófagos sinoviales hasta osteoclastos. Es muy probable que los linfocitos T activados participen también en la regulación de la remodelación ósea sistémica.

En la actualidad parece confirmarse la hipótesis de que el osteoclasto, regulado por el sistema OSTEOPROTEGERINA/RANK/RANKL, juega un papel clave en la génesis de las erosiones óseas que acontecen en la artritis reumatoide. Así,

pues, esta célula ósea sería el efector final de los tres tipos de lesión ósea que acontece en la artritis reumatoide: la pérdida ósea focal, la pérdida ósea generalizada y las erosiones.

Existe controversia en cuanto a si los inmunosupresores, que presentan una toxicidad incuestionable cuando se administran a dosis altas en el tratamiento de las neoplasias, ejercen una acción nociva sobre el hueso cuando se utilizan, a dosis sensiblemente más bajas, como agentes inductores de remisión en las artropatías inflamatorias.

La práctica totalidad de la investigación en este ámbito se ha centrado en evaluar la actividad del metotrexato, el patrón-oro en el tratamiento de segunda línea de la artritis reumatoide, la artropatía inflamatoria más frecuente. Según lo que parece desprenderse de los estudios prospectivos, el metotrexato administrado a dosis bajas (7.5 - 15 mg/semana), no determina toxicidad ósea.

Es muy probable que la acción antiinflamatoria que se deriva de los anti-TNF ejerza un efecto beneficioso sobre la masa ósea.

MENOR DENSIDAD MINERAL ÓSEA EN LA AR

La artritis reumatoide es la enfermedad de la que se dispone de mayor información. Está perfectamente establecido que tanto las mujeres como los varones con artritis reu-

matoide presentan una menor densidad mineral ósea que la población general. Los factores que parecen tener un mayor peso en el determinismo de la densidad mineral ósea de los pacientes son la edad, el índice de masa corporal, el grado de actividad y la duración de la enfermedad, el estado funcional y el tratamiento con glucocorticoides. A partir de estudios longitudinales se ha podido constatar que la pérdida ósea acontece fundamentalmente al inicio de la enfermedad y que con posterioridad tiende a la estabilización.

Por otra parte, parece bien establecido que las mujeres con lupus eritematoso sistémico presentan una menor DMO que la población general y un riesgo aumentado de fractura. En varones, estas circunstancias no están aclaradas.

Recientemente se ha demostrado que en mujeres jóvenes existe una asociación entre la presencia de una densidad mineral ósea disminuida y un aumento del índice de placa arteriosclerótica en la arteria carótida; además, la existencia de una densidad mineral ósea disminuida parece asociarse a la presencia de calcificaciones en las arterias coronarias. Ello abre una interesantísima vía de investigación; dos de los más importantes procesos comórbidos que afectan a las pacientes con lupus eritematoso sistémico, la arteriosclerosis y la osteoporosis, podrían tener una etiopatogénica común: la inflamación mantenida.

No existen dudas acerca de que los pacientes con polimialgia reumática/arteritis de la temporal presentan una menor DMO que la población general. La prevalencia de las fracturas de naturaleza osteoporótica oscila entre un 10 y un 20%. Es la enfermedad en la que los factores intrínsecos adquieren más importancia. Dado que los pacientes presentan una edad avanzada en el momento del diagnóstico, los factores extrínsecos causantes de pérdida ósea, esencialmente el trata-

Principales circunstancias favorecedoras de osteoporosis en las enfermedades reumáticas de naturaleza inflamatoria

- Importante predominio femenino
- Existencia de una situación de inflamación mantenida
- Compromiso de múltiples órganos y sistemas corporales
- Limitación funcional (inmovilización)
- Necesidad de recurrir a los glucocorticoides para intentar controlar la actividad del proceso.

Los conceptos “osteoporosis en las artropatías inflamatorias” y “osteoporosis inducida por glucocorticoides” no son sinónimos

miento con glucocorticoides a dosis elevadas y la inflamación mantenida, inciden sobre una población que, por lo general, ya presenta una densidad mineral ósea baja.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Se debería practicar una densitometría ósea a todos los paciente afectos de una artropatía inflamatoria. La información que proporciona es relevante para la toma de decisiones.

En cuanto al tratamiento, deberá controlarse al máximo la actividad de la enfermedad de base. Se instaurará tratamiento con glucocorticoides sólo cuando sea estrictamente necesario y siempre a la mínima dosis efectiva.

Es preciso advertir al paciente que debe mantener unos hábitos de vida saludables para el hueso. Se le indicará que deje de fumar y que la ingesta enólica sea moderada. Se fomentará la práctica regular de ejercicio físico. Si se evidencia que se está instaurando una miopatía, se programarán ejercicios específicos de potenciación de la musculatura cuadricepsal que pueden limitarla un tanto.

Deberán corregirse las posibles insuficiencias nutricionales que puedan observarse; especialmente

deberá asegurarse que el paciente ingiera 1.500 mg de calcio al día. Se expondrá al paciente la necesidad de restringir al máximo la ingesta de sodio.

MEDIDAS FARMACOLÓGICAS

No existen estudios metodológicamente rigurosos en que se haya testado la eficacia de las distintas opciones farmacológicas en pacientes afectos de una artropatía inflamatoria en concreto. La información acerca de la eficacia de los distintos fármacos, se infiere a partir de los resultados de los ensayos clínicos realizados en el ámbito de la osteoporosis inducida por glucocorticoides. Los ensayos realizados con etidronato, alendronato y risedronato son, en líneas generales, los que cumplen mejor los requerimientos metodológicos que se exigen en la actualidad para aceptar la eficacia de un fármaco frente a la osteoporosis. Los tres fármacos, han demostrado capacidad de aumentar la DMO y de reducir el riesgo de fractura vertebral.

Como opciones de futuro se están estudiando los bifosfonatos de última generación y los inhibidores del RANKL. Ambos grupos farmacológicos podrían presentar, además, actividad antierosiva.

Osteoporosis: ¿realidad o ficción?

DRA. NURIA GUAÑABENS
HOSPITAL CLINIC DE BARCELONA

Quienes opinan que la osteoporosis es una ficción o una "epidemia inventada", argumentan que se trata de un proceso fisiológico ligado al envejecimiento. Pero, envejecer no es lo mismo que enfermar. "En este sentido, la osteoporosis aumenta con la edad, pero no es exclusiva de la vejez; la prevalencia de osteoporosis densitométrica y de fracturas por fragilidad aumenta ya a partir de los 50 años, y además no afecta a toda la población senil; por descontado, las fracturas no son fisiológicas", señalaba la doctora Nuria Guañabens, del Hospital Clínic de Barcelona en su ponencia "Osteoporosis: Realidad o ficción".

A nadie le pasa inadvertido - continuaba la especialista - el elevado coste económico de las exploraciones y especialmente de los fármacos que se recomiendan a los pacientes con osteoporosis. Aquí radicaría, según ella, el motivo que ha originado la controversia. "Sería lamentable que un amplio sector de profesionales de la salud y diversas sociedades científicas estuvieran dedicando esfuerzos, horas y recursos a una ficción."

RIESGO Y REPERCUSIÓN DE LAS FRACTURAS

Se estima que casi 2 millones de mujeres españolas mayores de 50 años padecían osteoporosis según criterios densitométricos en



2001. "Si estos datos son realmente llamativos, no lo es menos la frecuencia de las fracturas por fragilidad". Otro aspecto a destacar, según la doctora Guañabens es que el riesgo de fractura aumenta cuando ya se ha padecido previamente una fractura por fragilidad. En líneas generales se considera que el riesgo aumenta el doble en esta situación clínica, pero este aumento de riesgo es distinto según la localización de la fractura previa y de la futura fractura.

Tampoco es una ficción, señala la autora, la repercusión en morbilidad, discapacidad y mortalidad de las fracturas. La repercusión sociosanitaria de la fractura de fémur ha sido la mejor analizada y es la más grave. Se considera que un 20-30% de los pacientes fallecen durante el primer año tras la fractura. Pero además, es importante resaltar que sólo aproximadamente un 30-50% de los pacientes se recuperan a unos niveles de autonomía y

actividad similares a los de antes de la fractura. Un 30% permanecen discapacitados.

UN CAMPO DE INVESTIGACIÓN FASCINANTE

La osteoporosis es un campo de investigación fascinante y continuada, tanto en la vertiente básica como clínica, señala la doctora Guañabens. Otro aspecto que apoya más la realidad de la osteoporosis es que tiene tratamiento. El paciente presenta una disminución de la cantidad y una alteración de la calidad del tejido óseo de su esqueleto, por lo que sufre un riesgo elevado de fractura. "Si se trata adecuadamente, este riesgo se reduce; y no sólo el riesgo de la primera fractura, también de las siguientes."

Otro aspecto a discutir es si la osteoporosis es una enfermedad o lo es la fractura en sí misma. Es cierto que la morbilidad, mortalidad y discapacidad derivan de las fracturas, pero también es cierto que el individuo con osteoporosis que aún no ha sufrido posee un esqueleto "enfermo" y si no se trata adecuadamente, tiene un mayor riesgo de padecer fracturas. De hecho, esta discusión nos devuelve a los años 80, cuando la osteoporosis sólo se diagnosticaba frente a una fractura. "Los avances han sido muchos y ahora estamos en situación de diagnosticarla precozmente, y lo más importante, prevenirla de una forma relativamente eficaz; ¿por qué, pues, perdemos en discusiones?"

La artritis en femenino: “Mujer y artritis reumatoide El valor de una vida”

El libro recoge diez casos reales de mujeres que padecen la enfermedad y que son ejemplo con su actitud positiva y valiente en la convivencia diaria con esta enfermedad crónica

*Mujer y artritis reumatoide
El valor de una vida*

“**T**odo comenzó con una pequeña rigidez en los brazos, luego empezó el dolor. Me di cuenta de que, por las mañanas, no podía hacer las tareas de la casa debido a los dolores y a la inflamación. Primero se me inflamó un hombro que tuve que poner en cabestrillo, a los tres días ese brazo dejó de molestar, pero el dolor pasó al otro, después a las rodillas, luego a los tobillos, llegó a la pelvis, y la enfermedad evolucionó rápidamente. Bajar por las escaleras era una tortura, me hundí psicológicamente”. Es el testimonio de Dolores Iglesias, uno de

las diez historias recogidas en el libro “Mujer y artritis reumatoide. El valor de una vida”, proyecto promovido por la SER y la Fundación Abbott, presentado el día 10 de octubre, con motivo del Día Mundial de la Artritis.

El proyecto persigue acercar la enfermedad a la sociedad mediante diez ejemplos que vienen a demostrar que hoy en día es posible padecer artritis reumatoide y, a la vez, llevar una vida normal y salir adelante. Son diez casos reales de mujeres que padecen la enfermedad y que son ejemplo con su actitud positiva y valiente en la convi-

vencia diaria con esta enfermedad crónica. En la obra se difunden las experiencias, sentimientos y emociones que unen a mujeres en tres planos diferentes: las pacientes, las especialistas en reumatología que se hacen cargo de su tratamiento y mujeres de relevancia en diversos ámbitos como la cultura, la música, la política, la comunicación...

Determinadas formas de la enfermedad son tan severas -señala la doctora Rosario García de Vicuña, del Hospital Universitario de La Princesa, y presidenta electa de la SER- con una actividad inflamatoria tan importante, que pueden afectar



Participantes en el proyecto "Mujer y Artritis reumatoide, con los Dres. Josep Blanch, presidente de la SER, y Federico Plaza, director general de la Fundación Abbott. De pie, en el centro, la Princesa Nora de Liechtenstein y, arrodillada, en el centro, la cantante Soledad Giménez

a actividades cotidianas de la vida diaria. Un estudio de la SER (2001-2003) ha revelado que, en nuestro país, un 8% de los pacientes precisan ayuda para todo tipo de actividad, incluido el aseo personal, o caminar con ayuda de un bastón, y un 20% tiene limitaciones para actividades laborales y de ocio.

ATACAR LA ENFERMEDAD

AL PRINCIPIO

Según la doctora Mercedes Alperi, del Hospital Universitario Central de Asturias, la artritis, en su inicio, no está cronificada y es entonces cuando resulta mucho más fácil de atacar. "Sin embargo, la enfermedad progresa rápidamente. En los primeros meses se producen destrucciones articulares y, una vez que hay disfunciones, son irreversibles. Tanto éstas como las deformaciones se pueden llegar a tener en tan sólo unos meses. Cuanto antes se detecte la enfermedad y se empiece a tratar, menos posibilidades existe de tener esas disfunciones precoces."

Otra de las participantes en el libro es la doctora Paloma Vela, del

Hospital General Universitario de Alicante. "Hoy por hoy -señala esta especialista- no existe curación para la enfermedad. Sin embargo, con los actuales avances de la medicina podemos conseguir que, en la mayoría de los casos, la enfermedad remita, quedando la paciente libre de síntomas, lo que le permitirá llevar una vida prácticamente normal."

En el proyecto "Mujer y artritis reumatoide" han participado también las doctoras Blanca Hernández, del Hospital Universitario Virgen Macarena; María Ángeles Gantes, del Hospital Universitario de Canarias; Inmaculada Bañegil, del Hospital de Mendar de Guipúzcoa; Mercedes Freire, del Hospital Juan Canalejo de La Coruña; Sara Marsal, del Hospital Universitario Vall d'Hebron de Barcelona; Noelia Vázquez, del Hospital Ingresa de Ceuta y la doctora Lucía Pantoja, del Hospital El Bierzo de Ponferrada.

ROSTROS CONOCIDOS

Las cantantes Estrella Morente y Soledad Giménez, la actriz Lydia Bosch, la periodista Susana Griso,

la bailaora Cristina Hoyos, la escritora Ángeles Caso, la directora de orquesta Inma Shara, la alpinista Araceli Segarra y las políticas Luisa Fernanda Rudi y Carmen Chacón son los rostros conocidos que participan en el proyecto de manera altruista. Cada una de las historias se centra en un tema relacionado con la enfermedad: consecuencias de la artritis reumatoide en el trabajo, la importancia de la detección temprana, impacto en la vida familiar y cotidiana, impacto psicológico, embarazo y maternidad...

Esta iniciativa ya se ha realizado en otros países, como Inglaterra, Bélgica, Dinamarca, Alemania, Italia, Países Bajos, donde también han colaborado mujeres pertenecientes al ámbito político y cultural.

Actualmente se está llevando a cabo también en Finlandia, Grecia y Francia. Está previsto que los proyectos de todos los países se presenten de forma conjunta ante el Parlamento Europeo a principios del 2007.



JUAN D. CAÑETE, CONSULTOR REUMATÓLOGO
 UNIDAD DE ARTRITIS, SERVICIO DE REUMATOLOGÍA
 HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA E IDIBAPS, BARCELONA

Artroscopia reumatológica: múltiples posibilidades para el reumatólogo

La reumatología es la especialidad de la medicina dedicada al estudio y tratamiento de las enfermedades del aparato locomotor (huesos, músculos, tendones y articulaciones). Entre ellas, las enfermedades que afectan a las articulaciones (artritis y artrosis) son muy frecuentes entre la población.

Por ejemplo, la artritis reumatoide afecta alrededor del 1% de la población y la artrosis a más del 30% de las personas mayores de 60 años.

El examen de las articulaciones mediante los nuevos artroscopios de reducido tamaño y alta resolución de imagen permite hacer una revisión sistemática de la membrana sinovial y el cartílago articular y obtener muestras adecuadas de estos tejidos para estudiar los cambios que se producen en dichas estructuras y que son responsables de las molestias del paciente.

Por lo tanto, la artroscopia es un instrumento muy útil para los reumatólogos que tienen un interés especial en la artritis o la artrosis. De hecho, el artroscopio debería ser tan importante para el reumatólogo como es el fibrogas-

troscopio para el digestólogo o el fibrobroncoscopio para el neumólogo.

POCO INVASORA Y CON EXCELENTE RESULTADOS

El artroscopio consiste en un tubo metálico cilíndrico provisto en su interior de un sistema de lente ópticas que lleva incorporada en su parte proximal una fuente de luz y una videocámara que

amplifica las imágenes y las transmite a un monitor de televisión. Las imágenes pueden grabarse en DVD para su almacenamiento y estudio posterior. Los artroscopios que utilizan generalmente los cirujanos ortopédeos tienen 45 mm de diámetro, mientras que los que utilizan los reumatólogos suele oscilar entre 19 y 27 mm. Estos pequeños artroscopios permiten visualizar el

Tabla 1 Indicaciones diagnósticas y terapéuticas de la artroscopia reumatológica

- Articulación dolorosa y/o tumefacta con pruebas no concluyentes.
- Confirmar o excluir una artritis séptica.
- Confirmar el diagnóstico de enfermedad articular con aspectos artroscópicos característicos: sinovitis villonodular, condromatosis sinovial, etc.
- Inspección y obtención de muestra sinovial para el diagnóstico de tumores, sarcoidosis, hemocromatosis, amiloidosis, etc.
- Falta de respuesta articular a las terapias administradas en artritis.
- Lavado articular en artrosis leve-moderada, artropatías microcristalinas o artritis refractarias al tratamiento convencional.
- Extracción de cuerpos libres.
- Lavado y desbridamiento en artritis sépticas.

Nuestro objetivo es el estudio de la membrana sinovial y del cartílago, que son las estructuras que se afectan principalmente en la artritis y la artrosis.

Figura 1. a) Instrumentos y utensilios para realizar la artroscopia; b) pinzas de biopsia de 2.7 mm. c) detalle de una rodilla que tiene insertado el artroscopio en el portal inferolateral y se está preparando el portal superolateral; d) detalle de la pinza obteniendo una muestra sinovial del fondo de saco subpatelar.



Figura 2. a) patrón vascular recto y ramificado característico de la artritis reumatoide; b) patrón vascular tortuoso típico de las espondiloartropatías.



La artroscopia nos ayuda a conocer mejor la fisiopatología de la artritis y la artrosis, los mecanismos iniciales de la enfermedad, la relación entre los síntomas del paciente y los cambios que observamos en la articulación

interior de grandes y pequeñas articulaciones, como las articulaciones de los dedos, de forma ambulatoria, con anestesia local y sin complicaciones graves (figura 1).

La artroscopia fue iniciada en Japón alrededor de 1950 para examinar directamente las articulaciones con fines diagnósticos. Posteriormente, el diseño de instrumentos quirúrgicos específicos y el acoplamiento de una videocámara que permite una visión excelente del interior de la articulación, hizo posible el revolucionario concepto de una cirugía artroscópica poco invasora, con excelentes resultados, rápida recuperación del pacien-

te, y menos complicaciones que la cirugía clásica. Actualmente se realizan cada año en todo el mundo varios millones de artroscopias quirúrgicas⁽¹⁾.

Los reumatólogos se interesaron por la artroscopia en la década de los 60, pero los costes y la complejidad de la técnica en aquella época, junto con las escasas aplicaciones que tenía, hizo desistir a la mayoría de ellos. Fue en la década de los 90, con la aparición de nuevos artroscopios, que hacen la técnica sencilla y fiable, y la aplicación de técnicas de la biología molecular y la inmunología, cuando resurgió el interés de los reumatólogos por la artroscopia como una técnica para el diagnóstico, el tratamiento y la investigación de las enfermedades articulares^(2,3).

ESTUDIO DE LA MEMBRANA SINOVIAL Y DEL CARTÍLAGO

Está claro que el reumatólogo no quiere invadir el terreno clásico de la artroscopia quirúrgica que realizan los cirujanos ortopedas. Nuestro objetivo es el estudio de la membrana sinovial y del cartílago, que son las estructuras que se afectan principalmente en la artritis y la artrosis.

La artroscopia nos ayuda a conocer mejor la fisiopatología de estas enfermedades, los mecanismos iniciales de la enfermedad, la relación entre los síntomas del paciente y los cambios que observamos en la articulación.

Por otro lado, la obtención de tejidos articulares bajo visión directa nos permitirá realizar investigaciones para identificar las células o moléculas responsables del inicio y desarrollo de la enfermedad. Asimismo, el reumatólogo con una adecuada formación en pequeña cirugía puede realizar también procedi-

La artroscopia puede ser decisiva para diagnosticar casos de artritis debidos a una causa que habitualmente es fácil diagnosticar, como la gota o la condrocalcinosis

mientos terapéuticos durante la artroscopia, como la sinovectomía (exéresis de la membrana sinovial inflamada en la artritis) y extracción de cuerpos libres (4).

Aunque algunos estudios controlados ponen en duda que el lavado articular tenga un efecto beneficioso sobre la artrosis (5), otros estudios (6), y nuestra propia experiencia con más de 300 artroscopias (7), apoyan que el lavado de la articulación con 3-4 litros de suero fisiológico suele producir una mejoría clínica significativa en los pacientes con artritis crónica o artrosis de grado leve o moderado.

AYUDA PARA CLASIFICAR EL TIPO DE ARTRITIS

En nuestro caso, la artroscopia ha sido un instrumento fundamental para profundizar en el estudio de la sinovitis (inflamación de la membrana sinovial), que es la responsable de la artritis. La morfología de los vasos sinoviales vistos a través del artroscopio puede ayudarnos a clasificar el tipo de artritis. Por ejemplo, en la artritis reumatoide predominan los vasos rectos y ramificados mientras en la artritis psoriásica predominan los vasos tortuosos, sinuosos o en forma de bucle (figura 2) (8). También existen casos de artritis reumatoide que tienen vasos sinoviales tortuosos, y estos casos podrían ser de curso más benigno que los casos de artritis reumatoide con vasos rectos (9).

Recientemente se han desarrollado algoritmos, basados en

la combinación de los datos obtenidos por la visión artroscópica y por el análisis del tejido sinovial, que permiten clasificar una alta proporción de casos de artritis (10).

La artroscopia puede ser decisiva para diagnosticar casos de artritis debidos a una causa que habitualmente es fácil diagnosticar, como la gota (figura 3) o la condrocalcinosis, pero que se presentan de una manera atípica que dificulta su diagnóstico. La artroscopia también puede ser útil para el diagnóstico de una artritis infecciosa atípica o que ha sido tratada previamente con antibióticos sin resolverse.

El aspecto de la articulación puede darnos una pista, pero los cultivos microbiológicos y, sobre todo, el análisis del tejido sinovial por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para buscar ADN bacteriano, será decisivo para saber si existe o no infección.

INSTRUMENTO DE APOYO TAMBIÉN EN EL TRATAMIENTO

La investigación basada en las muestras sinoviales obtenidas durante la artroscopia ha proporcionado información sobre marcadores (células y moléculas) que son decisivos en el proceso de la destrucción ósea en la artritis o que son más o menos abundantes según el tipo de artritis (figura 4).

También nos ha revelado qué células, moléculas o procesos fisiopatológicos se ven afectados por las terapias en la artritis, así como se han identificado ciertos



Figura 3. Detalle de incrustaciones de cristales de urato monosódico en el cóndilo femoral de la rodilla de un paciente con gota tofácea al que se diagnosticó de sinovitis villonodular por resonancia.

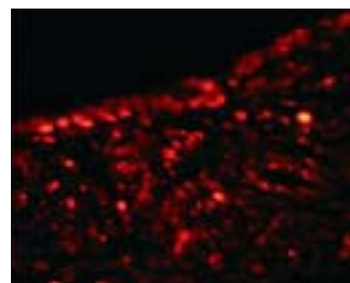


Figura 4. Expresión del supresor tumoral p53 en la membrana sinovial de un paciente con artritis reumatoide, que correlacionó con la progresión de la destrucción radiográfica. (Técnica de inmunofluorescencia con tinción de tiramida; 60x)

El artroscopio debería ser tan importante para el reumatólogo como es el fibrogastroscopio para el digestólogo o el fibrobroncoscopio para el neumólogo

biomarcadores sinoviales cuya rápida reducción tras el tratamiento anunciarían una excelente respuesta terapéutica ⁽¹¹⁾.

Por otra parte, la visión directa de la membrana sinovial por artroscopia sirve como patrón oro para la evaluación de la sinovitis por técnicas de imagen indirecta, como la resonancia magnética y la ecografía de alta resolución. A pesar de que la artroscopia es un instrumento con múltiples posibilidades para el reumatólogo, su implantación en la reumatología española es todavía

A pesar de que la artroscopia es un instrumento con múltiples posibilidades para el reumatólogo, su implantación en la reumatología española es todavía anecdótica

anecdótica. Las causas son diversas, algunas históricas, pero la fundamental es que sus indicaciones clínicas son escasas (tabla 1). En otro lugar se han discutido posibles soluciones ⁽¹²⁾.

Sin embargo, basándonos en nuestra experiencia y en la de otros reumatólogos artroscopistas, creemos que la implantación de la artroscopia proporciona a los reumatólogos enriquecimiento clínico, docente e investigador, y todo esto es decisivo para mantener la excelencia en la atención a nuestros pacientes.

Referencias

- 1. Cañete JD, Salvador GS, Gómez A, Sanmartí R. Artroscopia reumatológica en el diagnóstico, tratamiento e investigación de las enfermedades articulares. *MTA. Med Interna* 1999;17:229-57.
- 2. Reece RJ, Emery P. Needly arthroscopy. *Br J Rheumatol* 1995;34:1102-4.
- 3. Kane D, Veale DJ, FitzGerald O, Reece R. Survey of arthroscopy performance by rheumatologists. *Rheumatology (Oxford)* 2002;41:2010-5.
- 4. Calvo-Alén J, Acebes JC, Valls R, Cañete JD. Artroscopia reumatológica: falacia o realidad. Una panorámica de su situación actual en la medicina occidental. *Semin Fund Esp Reumatol* 2002;3:274-80.
- 5. Moseley JB, O'Malley K, Petersen NJ, Menke TJ, Brody BA, Kuynkendall DH, et al. A controlled trial of arthroscopy surgery for osteoarthritis of the knee. *N Engl J Med* 2002; 347:81-8.
- 6. Kalunian KC, Moreland LW, Klashman DJ, Brion PH, Concoff AL, Myers S, et al. Visually-guided irrigation in patients with early knee osteoarthritis: a multicenter randomized, controlled trial. *Osteoarthritis Cartilage* 2000;8:412-18.
- 7. Vazquez I, Rodríguez-Martínez FJ, Hernández MV, Graell E, Moll C, Sanmartí R, et al. Experiencia de la Unidad de Artroscopia en un Servicio de Reumatología. *Reumatol Clin* 2006;2(Espec Congr):153.
- 8. Cañete JD, Rodríguez JR, Salvador GS, Gómez A, Muñoz-Gómez J, Sanmartí R. Diagnostic usefulness of synovial vascular morphology in chronic arthritis. A systematic survey of 100 cases. *Semin Arthritis Rheum* 2003;32:378-87.
- 9. Salvador G, Sanmartí R, Gil-Torregrosa B, García-Peiró A, Rodríguez-Cros, Cañete JD. Synovial vascular patterns and angiogenic factors. R expression in synovial tissue and serum of patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2006 45(8):966-971.
- 10. Baeten D, Kruithof E, De Rycke L, Vandooren B, Wyns B, Boullart L, et al. Diagnostic classification of spondyloarthritis and rheumatoid arthritis by synovial histopathology: a prospective study in 154 consecutive patients. *Arthritis Rheum* 2004; 50:2931-41.
- 11. Kruithof E, De Rycke L, Vandooren B, De Keyser F, FitzGerald O, McInnes I, et al. Identification of synovial biomarkers of response to experimental treatment in early-phase clinical trials in spondyloarthritis. *Arthritis Rheum* 2006;54:1795-1804.
- 12. Cañete JD. Artroscopia en las unidades de reumatología. Presente y perspectivas futuras. *Rev Esp Reumatol* 2005;32:49-51.

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

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

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

Bibliografía Comentada

- ARTRITIS REUMATOIDE
- ARTROSIS
- TRATAMIENTO CON ANTI-TNF

ARTRITIS REUMATOIDE

Lesiones típicas de AR en la resonancia magnética de manos de sujetos sanos

¿SON NORMALES LAS MANOS DE LOS CONTROLES SANOS? RESULTADOS DE UN ESTUDIO REALIZADO CON RESONANCIA MAGNÉTICA DEDICADA A EXTREMIDADES. Parodi M, Silvestri E, Garlaschi G, Cimmino MA. *Clin Exp Rheumatol* 2006; 24:134-141.

La resonancia magnética (RM) es más sensible que la radiología tradicional para detectar las lesiones que aparecen en los pacientes con artritis reumatoide, por lo que puede ser especialmente útil en la evaluación precoz estos pacientes. Las lesiones que pueden aparecer son la presencia de sinovitis, tendinitis, edema óseo y erosiones. Sin embargo no se conoce con exactitud la especificidad de estos hallazgos.

El objetivo de los autores es estudiar la presencia de estas lesiones en voluntarios sanos. Para ello realizaron estudios de ambas manos, con resonancia magnética dedicada a extremidades (equipo de 0,2 Tesla, Artrosan, ESAOTE, Génova, Italia), a 23 voluntarios (16 mujeres) sanos. Su edad media era de 59 años (rango 25-86 años).

De los resultados destaca que en dos

voluntarios (8,7%) de 74 y 85 años se detectó edema óseo en huesos del carpo (huesos ganchoso y trapecio). En 6 de los 23 (26,1%) voluntarios se encontró alguna erosión. Cinco presentaron una erosión en cabeza de metacarpiario, cubito, hueso grande o escafoides. En un caso se detectaron 2 erosiones localizadas en escafoides y hueso grande. Por último se observó tenosinovitis de los extensores en 1 sujeto (4,3%) y de los flexores en 4 (17,4%).

A los 5 años se reevaluó a 18 de los voluntarios para valorar si habían desarrollado alguna enfermedad reumática. Uno de ellos presentó artrosis de cadera, otro artrosis de rodilla, dos artrosis de manos y otro dactilitis psoriásica. De los que tenían afectación en las manos sólo uno de ellos tenía alteraciones en la RM basal.

En estos momentos la evidencia científica muestra las ventajas del tratamiento precoz en la artritis reumatoide. Sin embargo, el diagnóstico no siempre es fácil y se basa fundamentalmente en la exploración clínica. Muchas veces se intenta apoyar el diagnóstico en técnicas sensibles como la resonancia magnética, sobre todo para justificar un tratamiento agresivo y no exento de riesgos, si existen dudas diagnósticas. Este artículo nos recuerda que toda técnica

tiene su especificidad, y que hallazgos en la resonancia magnética que creemos muy específicos de pacientes con artritis reumatoide pueden estar presentes en sujetos sanos. La resonancia magnética puede aportar información útil, pero de momento no debe ser el dato más importante para establecer un diagnóstico o iniciar un tratamiento en un paciente con sospecha de artritis reumatoide.

Dr. José Ivorra Cortés

¿Cuál es la eficacia de abatacept en la artritis reumatoide activa no controlada con terapia habitual?

EFFECTOS DE ABATACEPT EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ACTIVA "RESISTENTE" AL TRATAMIENTO CON METOTREXATO. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO.

Kremer J, Genant H, Moreland L et al. *Ann Intern Med* 2006;144:865-876.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad caracterizada por hiperplasia

sia de la membrana sinovial y un infiltrado inflamatorio. En este proceso inflamatorio se ha demostrado que las células T activadas desempeñan un papel fundamental en la patogenia de la enfermedad y por lo tanto constituyen un objetivo terapéutico. Para su completa activación las células T requieren dos señales; una señal antigénica específica y una señal coestimuladora. Una de las señales coestimuladoras mejor estudiadas es la unión de CD80 o CD86 en las células presentadoras con CD28 en las células T: CTLA-4 se une a CD80 o CD86 disminuyendo o regulando el proceso de unión a CD28.

Abatacept es una proteína de fusión formada por el dominio extracelular de CTLA-4 y la porción Fc de la IgG1. Basándose en estudios de fase IIa y IIb previos, los autores presentan los resultados de un estudio fase III para evaluar la seguridad y eficacia de abatacept más metotrexato y su efecto en la progresión radiológica de la enfermedad.

En el diseño del estudio se incluyen pacientes con AR de al menos un año de evolución. Comparan el tratamiento con abatacept frente a placebo en combinación con metotrexato. La aleatorización se realizó en una proporción 2:1 y la dosis de abatacept fue 10 mg/kg. La medicación se administró en los días 1, 15, 29 y cada 28 días hasta el 337. Los pacientes tenían al menos 10 articulaciones tumefactas y 12 dolorosas, la PCR era > 10.0 mg/L. Las medidas de eficacia fueron el índice ACR 20, la mejoría en el HAQ y la progresión radiográfica de las erosiones mediante la puntuación del índice modificado de Sharp-Genant.

De 1.250 pacientes reclutados para el ensayo clínico 652 se aleatorizaron, 433 en el grupo de abatacept más metotrexato y 219 en el grupo placebo más metotrexato. En el grupo de abatacept un 89% de los pacientes completaron el estudio frente al 74% en el grupo placebo, la ausencia de eficacia fue la razón más frecuente para el abandono del estudio en el grupo placebo (18% vs 3%).

Los efectos adversos fueron la causa principal para el abandono del estudio en el grupo de abatacept (4% vs 2%). Durante el estudio las dosis de metotrexato permanecieron estables en ambos grupos.

El índice ACR 20 a los 6 meses fue; abatacept vs placebo; 67,9% vs 39,7%; y a los 12 meses: 73,1% vs 39,7%. El HAQ basal fue 1.7 en ambos grupos, habiendo mejorado de forma significativa a los 12 meses en el grupo tratado con abatacept (63,7% vs 39,3%).

Con respecto a los datos radiográficos los pacientes con abatacept presentaron una disminución en la progresión del daño estructural con una reducción del 50% del cambio sobre la línea basal al compararse con el placebo.

La incidencia de efectos adversos fue similar en ambos grupos, sin embargo la incidencia de efectos adversos serios fue mayor en el grupo de abatacept. La neumonía fue la infección más frecuente. Aunque existieron casos de formación de anticuerpos frente a abatacept, su presencia no interfirió en la respuesta clínica.

Los resultados de este ensayo clínico confirman la eficacia de abatacept conjuntamente con metotrexato en la reducción de signos y síntomas de la AR, mejorando la fun-

ción física y la calidad de vida. De acuerdo con este estudio, existe una reducción o enlentecimiento estadístico de la progresión de las lesiones radiológicas. Con respecto a la seguridad, los efectos adversos son similares al grupo placebo, sin embargo cabe destacar la presencia de infecciones graves como la neumonía. En general los autores indican la necesidad de controles a largo plazo para establecer el riesgo de su asociación a tuberculosis u otros agentes oportunistas.

En nuestra opinión, y teniendo en cuenta las observaciones citadas por los autores, creemos que el abatacept puede ser útil para el control de pacientes con AR no controlada con los fármacos habituales, en concreto por el metotrexato. Queda sin embargo por definir, dentro de las guías terapéuticas, cual es el lugar apropiado para su utilización.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

Quimioterapia y artritis

ARTROPATÍA RELACIONADA CON EL USO DE QUIMIOTERAPIA.

Kim MJ, Ye YM, Park HS, Suh CHH.

J Rheumatol 2006;33:1364-1368.

Los pacientes con neoplasia, pueden presentarse con diversas manifestaciones reumáticas. Habitualmente se deben a la propia infiltración del tumor a nivel músculo-esquelético o bien en forma de síndrome paraneoplásico. Sin embargo, también pueden aparecer síntomas e incluso artritis tras recibir quimioterapia (QT).

Hay publicaciones, con series de casos, que señalan la aparición tras QT, de positividad de factor reumatoide o anticuerpos antinucleares, dolores articulares no inflamatorios o migratorios e incluso cuadros inflamatorios que concuerdan con artritis reumatoide, síndrome de Reiter, vasculitis, etc.

El grupo coreano de MJ Kim, estudia en 18 pacientes con diversos tipos de cáncer, durante una media de 21 meses (+ 22.5 meses), para intentar conocer las características y describir una probable artropatía en relación con QT. El 55% de los pacientes de este estudio recibieron también radioterapia. El 89% de los pacientes no presentaban síntomas articulares antes del tratamiento QT. Los síntomas articulares comenzaron habitualmente a los 6 + 3 meses del inicio de la QT. Los pacientes presentaron una media de 8 puntos/zonas dolorosas y rigidez matutina de alrededor de 6 horas. El 78% de los pacientes presentaron artritis, la mayoría poliarticular y simétrica con afectación de manos, rodillas, pies y hombros.

Los pacientes inicialmente recibían AINE y si no respondían se añadía algún fármaco inductor de remisión (FAME; sobre todo hidroxycloquina/50%, salazopirina/22% y un paciente metotrexato) y en caso de no respuesta corticoides orales (22%). En 5 pacientes, se cumplían criterios de artritis reumatoide. En 9 pacientes (50%) se retiró el tratamiento por desaparición de los síntomas.

Aunque los resultados de este estudio son limitados y des-

cribe lo ocurrido sólo en 18 pacientes, puede ser una llamada de atención, especialmente si pensamos en nuestra práctica clínica diaria, donde cada vez atendemos más pacientes que han padecen algún tipo de cáncer, han sido o están siendo tratados con quimioterapia. Sin embargo, lo primero que llama la atención de este estudio es la enorme frecuencia en la aparición de artritis (78%), que no se corresponde con nuestra realidad cotidiana. Las características clínicas en estos pacientes se superponen a las descritas aquí. Como en este estudio, una vez que se ha descartado la presencia de infiltración local por el tumor, etc, inicialmente se suelen tratar con AINE y si no hay respuesta suficiente, con alguno de los fármacos utilizados según su diagnóstico reumatológico, si no hay contraindicaciones.

Dr. José Rosas

ARTROSIS

La obesidad moderada no empeora el resultado de la prótesis total de rodilla a largo plazo

RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LAS PRÓTESIS TOTALES DE RODILLA: ¿ES LA OBESIDAD UN PROBLEMA?

Hamoui N, Kantor S, Vince K et al. Obesity Surgery (Obes Surg) 2006; 16: 35-38.

La población obesa presenta con más frecuencia artrosis de rodilla. Sin embargo, algunos cirujanos ortopédicos se muestran reacios a colocar una prótesis total de rodilla (PTR) rodilla a estos pacientes ante la creencia de un peor resultado. El objetivo de los autores es comparar el desenlace a largo plazo de la PTR en un grupo de pacientes con peso normal y otro con obesidad moderada.

Para ello se realiza un estudio de cohortes. Se sigue a veintidós pacientes obesos (Grupo A), con un IMC entre 30-49 (la mayoría con obesidad leve o moderada), a los que se ha colocado 30 PTR. Los resultados se comparan con los obtenidos en un grupo de 41 pacientes con peso normal (Grupo B) con 53 PTR. Las variables que se estudian son el Knee Society Score (que combina parámetros funcionales y clínicos), los hallazgos radiográficos y la necesidad de revisión de la prótesis o reintervención.

Los resultados muestran que tras 11,3 años (mediana) no hubo ninguna pérdida de seguimiento. El Knee Society Score pasó de 92 puntos antes de la intervención a 184 en el grupo de pacientes obesos y de 95 a 193 en el grupo con peso normal, sin que se encontrasen diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. No se encontraron diferencias en el porcentaje de osteolisis (5% en el grupo A, y 13% en el grupo B), ni en la detección de áreas de radiolucencia (0% versus 9,7 %, respectivamente). En el grupo A el 13% de los pacientes requirió artrotomía o artroscopia y ninguno precisó

recambio de la prótesis. En el grupo con peso normal el 13,2% precisó reintervención y un 3,8% recambio de la prótesis. Durante el seguimiento el 38,5% de los pacientes con peso normal fallecieron frente al 28,6% de los pacientes obesos.

Los autores concluyen que la obesidad moderada no altera el resultado de las prótesis totales de rodilla.

En la práctica diaria nos encontramos con frecuencia con un paciente obeso, con artrosis de rodilla, que no será intervenido por el cirujano ortopédico para la colocación de una prótesis total de rodilla hasta que pierda peso. Esta estrategia lleva muchas veces a un callejón sin salida, por una parte los pacientes tienen una movilidad limitada por su artrosis, lo que dificulta la pérdida de peso, y por otra no se puede operar porque no pierde peso. Las razones para esta práctica están poco fundamentadas, y se basan en la creencia de que el sobrepeso somete a un mayor estrés a la prótesis con lo que a largo plazo el resultado va a ser peor. Por otra parte sí existe alguna evidencia de que la incidencia de complicaciones a nivel de trombosis e infecciones postoperatorias es mayor en pacientes obesos. En el presente estudio no hay diferencias, tras once años de seguimiento, entre pacientes con obesidad moderada y con peso normal. El presente artículo tiene limitaciones al tratarse de un estudio de cohortes. Por ejemplo, hay diferencias en la edad media de colocación de la prótesis entre ambos grupos, aunque no sean significativas (67,2 en el grupo de peso normal frente a 63,4 en el grupo con obesidad), si bien es difícil deducir cómo influye esta circunstancia en los resultados finales.

Dr. José Ivorra Cortés

TRATAMIENTO CON ANTI-TNF

¿Cuál es la influencia del tratamiento con fármacos anti-TNF en el embarazo?

DESENLAJE DEL EMBARAZO EN MUJERES EXPUESTAS A TERAPIA CON FÁRMACOS ANTI-TNF: RESULTADOS DE UN REGISTRO NACIONAL POBLACIONAL.

Hyrich K, Symmons D, Watson K, Silman A. Arthritis Rheum 2006; 54: 2701-2702.

Los fármacos que bloquean el anti-TNF, recientemente introducidos en la práctica clínica, son útiles para el control de diversas enfermedades reumáticas. Enfermedades como la artritis reumatoide (AR) y la espondilitis anquilosante se presentan en pacientes jóvenes, con un porcentaje elevado de pacientes en edad fértil. Por ello ocasionalmente será inevitable la exposición a estos fármacos en pacientes con embarazos no planificados.

Los fármacos anti-TNF están clasificados en la categoría B (estudios en animales no han demostrado riesgo para el feto, sin embargo no existen estudios bien controlados que evalúen el efecto de estos fármacos en mujeres embarazadas).

Aunque los estudios que existen abordando este tema no sugieren una asociación con desenlaces adversos en el embarazo, hay que tener en cuenta que el número de pacientes evaluado es pequeño.

El "Registro de Biológicos de la Sociedad Británica de Reumatología" recoge de forma sistemática información sobre los pacientes que están tratamiento con anti-TNF. Analizando este registro los autores encuentran 35 embarazos registrados, de los cuales se conocía el desenlace en 32. El 91% de estas mujeres presentaban AR, con una media de edad de 31 años. Una paciente presentaba una artritis psoriásica, una artritis juvenil y otra una espondiloartritis seronegativa.

De ellas, 23 pacientes fueron expuestas de forma directa a la terapia durante la concepción (etanercept 17, infliximab 3 y adalimumab 3), 9 recibían metotrexato y 2 leflunomida. Todas las pacientes suspendieron el tratamiento durante el primer trimestre del embarazo excepto 2 (una paciente suspendió el tratamiento a las 20 semanas y la otra lo mantuvo a lo largo del embarazo). Hubo 6 abortos en el primer trimestre (4 con etanercept, 1 con infliximab y otro con adalimumab; de estas 3 pacientes recibían metotrexato). Hubo tres abortos electivos y 14 partos, con todos los recién nacidos vivos.

En 9 pacientes de forma electiva se suspendió el tratamiento antes de la concepción (4 con etanercept y 5 con infliximab). La media de tiempo entre la interrupción del tratamiento y la concepción fue de 5 meses. En estas pacientes hubo 8 recién nacidos vivos y un aborto en el primer trimestre. En ninguno de los casos se informó de malformaciones congénitas. En total el 91% de las pacientes en tratamiento con anti-TNF eligieron la continuación del embarazo. De ellas, el 76% de las pacientes tuvieron recién nacidos vivos y sanos, y el 24% tuvieron abortos. En conjunto no hubo malformaciones congénitas ni las madres presentaron problemas fuera de lo habitual, lo que sugiere que la continuación del embarazo en estas pacientes no incrementa el riesgo para la madre o el feto.

Debido a la relevancia del tema, la comunicación de este informe ha sido objeto de un editorial por la propia revista ("¿Estamos entendiendo la inhibición del factor de necrosis tumoral en el embarazo?" Salmon J & Alpert D). En el editorial se destaca la escasez de datos que existen en la actualidad. Además siempre resultará difícil el separar la influencia de la propia enfermedad en el desenlace del embarazo en estos pacientes. Por otro lado, se desconoce cuál puede ser el efecto de la inhibición del TNF en el 2º y 3º trimestre del embarazo. Los tres fármacos que existen en el mercado tienen una estructura similar a la IgG1, que es la subclase de inmunoglobulina que atraviesa la placenta humana con más eficiencia.

En función de los resultados actuales conocidos, se recomienda la no utilización de estos fármacos durante el embarazo. Por lo tanto la utilización de métodos anticonceptivos en estas pacientes es altamente recomendable. Por otro lado, la prescripción de estos fármacos durante el 2º y 3º trimestre del embarazo debe hacerse con cautela y precaución. Aunque los datos existentes en las diversas comunicaciones científicas sugieren la ausencia de riesgos para el feto, se desconoce si a largo plazo pueden producirse en estos niños efectos adversos no previstos.

En conclusión, creemos que tan sólo mediante un esfuerzo de colaboración internacional con registros amplios y seguimiento de los recién nacidos a largo plazo, podrán resolverse todas las dudas planteadas en este aspecto particular de la terapia con anti-TNF.



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

DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS SECCIÓN REUMATOLOGÍA. H. U. DR. PESET. VALENCIA

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

¿Para qué son los formularios que hay que rellenar antes de la consulta con el reumatólogo?

Tengo 35 años y desde hace 7 años me han diagnosticado una artritis reumatoide. Una de las curiosidades que se me plantea cada vez que voy a la consulta es que tengo que rellenar una serie de formularios antes de que me consulte mi reumatólogo. Asimismo observo que otros pacientes, que no tienen mi enfermedad, rellenan también diversos formularios distintos a los míos. ¿Podrían explicarme en que consisten estos formularios, y cuál es la utilidad para el control de la enfermedad que padezco?

José A. (A Coruña)

En el manejo y seguimiento clínico de las enfermedades reumáticas, se nos plantean una serie de problemas. Por un lado, la ausencia de pruebas diagnósticas definitivas. Por lo tanto su diagnóstico se basa por consenso previo, en la presencia de determinados datos clínicos característicos de una determinada enfermedad y en una serie de pruebas de laboratorio que apoyan el mismo. Por otro lado, una

vez hecho el diagnóstico, se hace necesario realizar un tratamiento para intentar controlar las manifestaciones clínicas de la enfermedad (ya que en un número importante de ellas no las podemos curar), evaluar la progresión de la enfermedad y la respuesta a los diversos tratamientos que utilizamos. Para ello utilizamos diversos instrumentos perfectamente validados y aceptados de forma internacional por la comunidad reumatológica.

En el caso concreto que usted nos comenta al padecer una artritis reumatoide, en cada revisión, su reumatólogo le realizará una exploración de las articulaciones que tiene afectadas, y valorará en todas ellas tanto la inflamación como el dolor. Además le realizará una serie de preguntas acerca del estado de su enfermedad que al compararse en cada visita, permiten ir evaluando cual es la percepción de la enfermedad a lo largo del tiempo.

Con toda probabilidad el formulario que usted rellena antes de cada consulta corresponde a un cuestionario de valoración de salud HAQ (Health Assessment Questionnaire), en el usted tendrá que responder a una serie de preguntas que evalúan el grado de dificultad física autopercebida para realizar 20 actividades

de la vida diaria agrupadas en diversas áreas. La evaluación final del cuestionario permite conocer el grado de discapacidad que presenta el paciente debido a la enfermedad. Existen otros tipo de cuestionarios, que generalmente se realizan una vez al año, que permiten evaluar otros aspectos de la enfermedad como es la calidad de vida que el paciente percibe.

Finalmente con todas estas medidas que realizan los pacientes podemos obtener una visión más global de la enfermedad; desde aspectos objetivos de la misma, como es la exploración articular, hasta aspectos más subjetivos como son la valoración de la enfermedad por el propio paciente o los formularios de valoración de salud.

Dr. J. L. Fernández Sueiro

¿Qué alimentos contienen vitamina D?

Tengo 46 años, hago ejercicio con regularidad y hasta ahora no he tenido grandes problemas de salud. Sin embargo, recientemente, en el chequeo de la empresa se me ha detectado el colesterol de la sangre alto. Por el momento mi médico me ha aconsejado una dieta y me

ha insistido que los lácteos sean desnatados. También me ha recetado vitamina D y que tome más pescado, porque con los desnatados se toma mucho menos vitamina D. Como no me gusta tomar muchas medicinas, me gustaría que me indicaran qué alimentos, además de ciertas leches suplementadas, son ricos en esta vitamina.

Elena H (Altea)

La vitamina D actúa principalmente en el metabolismo del calcio, promoviendo la absorción adecuada del calcio de la dieta. Sin embargo, en los últimos años se ha conocido que actúa como una hormona, con efectos a nivel de la proliferación celular o en la respuesta inmunitaria. Los requerimientos de vitamina D aconsejados en la población, varían entre las 400 UI/día en la población de 50-70 años a 600 UI/día en los mayores de 70 años.

Las fuentes de vitamina D en las personas son dos. Por un lado, la sintetizada en la piel tras exposición solar y por otro lado la procedente de la dieta.

La exposición solar adecuada de unos 15 minutos al día, 3 días a la semana, se considera suficiente. Sin embargo, aunque parezca fácil, esto puede tener dificultades según la zona de

residencia, superficie total de piel expuesta, edad, hábitos de vida, clima o estación del año, etc.

La dieta en general no suele ser suficiente para garantizar las necesidades diarias de vitamina D, sobre todo en algunos grupos de población, dado que son pocos los alimentos que contienen esta vitamina en cantidades significativas. Aunque puede parecer sorprendente, la ingesta media de vitamina D en la población española es insuficiente, de 60 a 200 UI/día.

Respecto a su pregunta, la vitamina D predomina en los pescados grasos (salmón, atún, sardinas, arenques) y en sus enlatados, yema de huevo, queso y mantequilla o margarina. En la tabla a continuación, se describe el contenido de vitamina D en alimentos comunes.

Por tanto, con una actividad que incluya la exposición solar regular y que la dieta contenga con frecuencia alimentos reseñados en la tabla, probablemente es suficiente para mantener niveles adecuados de vitamina D.

Dr. José Rosas

Tengo codo de tenista, ¿qué tratamiento necesitaría?

Trabajo limpiando unas horas al día y desde hace unas semanas me duele el codo. Mi médico me ha dicho que tengo un codo de tenista. Tengo un veci-

ALIMENTO	Cantidad	Vitamina D (UI)
Salmón	100gr	624
atún, enlatado en aceite	100 gr.	236
Sardinas, enlatada en aceite, del Atlántico	100 gr.	272
Ostras	6 ostras	269
Caballa, enlatada en aceite	100g	228
Arenque ahumado	100 gr.	120
Camarones, langostinos	100 gr.	152
Queso camembert, cheddar	100 gr.	12
Queso parmesano	100 gr.	28
Queso suizo	100 gr.	44
Leche	1 taza	92
Yema de huevo, fresco	1	25
Mantequilla	100 gr.	56

no deportista que también lo tuvo y le mandaron a que le dieran unas ondas que creo que las llaman de choque. ¿Creen ustedes que ese es el mejor tratamiento?

R. Diago (Valencia)

Disponemos de varios tratamientos para el codo de tenista, sin embargo la eficacia de algunos de ellos no está suficientemente probada. Las infiltraciones con corticoides es el tratamiento que en estos momentos cuenta con mejores estudios que demuestran su eficacia. Otros tratamientos que se utilizan como las bandas protectoras de antebrazo, los antiinflamatorios, y las denominadas ondas de choque como usted comenta puede que vayan bien en determinados pacientes, pero no han demostrado claramente su eficacia. Este hecho en parte es debido al alto porcentaje de pacientes que se curan sin hacer nada.

Dr. José Ivorra

¿Qué diferencia hay entre espondilitis y psoriasis?

Tengo 39 años y hace muchos años que tengo psoriasis. Como tuve inflamación y dolor en los pies, un reumatólogo me diagnosticó artritis psoriásica hace unos 10 años. Desde hace dos años comencé con dolor en la espalda por la noche que no me dejaba dormir. Tras diversos estudios mi reumatólogo me ha dicho que tengo una espondilitis debido a la psoriasis. He consultado por internet y he visto que existe una enfermedad que se llama espondilitis anquilosante, por lo que ahora estoy confundido. ¿Tengo una espondilitis anquilosante o una artritis psoriásica?, ¿podría explicarme cuál es la diferencia?

Celso H (Orense)

La artritis psoriásica (APs) es una enfermedad reumatológica que en la

actualidad está clasificada como una espondiloartritis. Las espondiloartritis son un grupo de enfermedades reumáticas que presentan una serie de características comunes y que en la actualidad comprenden las siguientes enfermedades: espondilitis anquilosante, artritis psoriásica, espondiloartritis asociada a las enfermedades inflamatorias intestinales, artritis reactivas y espondiloartritis indiferenciada.

La APs es una enfermedad que se caracteriza por la presencia de psoriasis y artritis. Por tanto, cuando un paciente presenta ambas características se realiza el diagnóstico de APs. La inflamación articular que se presenta en la APs es compleja. De hecho, han sido descritas 5 formas de inflamación articular en la enfermedad.

Los pacientes con APs pueden tener; inflamación aislada de las articulaciones interfalángicas distales de los dedos de las manos, una forma de

artritis muy grave denominada mutilante, una afectación similar a la artritis reumatoide, inflamación en menos de 4 articulaciones y una afectación de la columna similar a la espondilitis anquilosante. Aunque en la actualidad se tienden a agrupar estos tipos de afectación articular y que estas formas clínicas pueden variar a lo largo del tiempo en un mismo paciente, existen unas formas de afectación características de la enfermedad, siendo una de ellas la espondilitis anquilosante psoriásica.

La espondilitis anquilosante en la APs es una enfermedad similar a la espondilitis anquilosante clásica. En ambas enfermedades existe inflamación de la columna vertebral. Sin embargo, en la espondilitis anquilosante clásica no existe psoriasis. A pesar del debate actual que existe acerca de las diferencias en ambos tipos de espondilitis, desde el punto de vista clínico y práctico ambas enfermedades son bastante similares en su comportamiento clínico.

Con respecto a la pregunta que usted nos hace, la enfermedad que presenta es una espondilitis anquilosante psoriásica con artritis periférica en el pasado, por lo tanto como hemos comentado y aunque puedan existir ciertas diferencias, esta enfermedad presenta un comportamiento similar a la espondilitis anquilosante clásica y actualmente ambas presentan tratamientos similares.

Dr. J. L. Fernández Sueiro

¿Hay riesgos con la inyección articular de radioisótopos?

Tengo 51 años y padezco de artritis reumatoide desde hace 10 años. En general estoy bien con el tratamiento de metotrexato que me pincho un día a la semana, pero en los últimos meses mi muñeca derecha no termina de mejorar, a pesar de haberme puesto alguna infiltración de cortisona mi reumatóloga. En la última visita con ella, me ha aconsejado otra infiltración, pero de una sustancia radioactiva. De entrada me asusté porque lo de nuclear parece algo fuerte, pero su explicación me tranquilizó. No obstante, me gustaría conocer que riesgos tiene de forma más detallada.

Teresa K (Villajoyosa)

El uso de isótopos radiactivos es una práctica habitual en la medicina actual. Se utiliza tanto como método diagnóstico (por ejemplo con la gammagrafía de tiroides o en la realización de gammagrafía ósea), pero también como herramienta del tratamiento por su efecto sobre los tejidos. Este último caso es el que se usa con los pacientes con artritis crónica; se inyecta el isótopo en la articulación buscando que sea "captado" por las células de la membrana sinovial inflamada (habitualmente las llamadas macrófagos), provocando la irradiación local del isótopo y por tanto la muerte de las células inflamadas, eliminando la inflamación.

Según el tipo de isótopo, se mantienen (vida media) en la articulación entre 2 y 7 días.

Dado que se utilizan sustancias radiactivas, esta contraindicado su uso en embarazadas y durante la lactancia. Se debe administrar en servicios de Medicina Nuclear y su manipulación deber ser realizada por personal entrenado para ello. Con frecuencia las punciones en los pacientes con artritis crónicas las realizan reumatólogos.

En su caso, se realiza una punción en la articulación de la muñeca y para estar seguros de que se está en el interior de la articulación se inyecta una sustancia inocua pero que se visualiza mediante una gammagrafía, para posteriormente inyectar el isótopo, que en el caso de la muñeca es Renio-186. Posteriormente se debe mantener inmovilizada la articulación durante 48 horas.

En realidad los riesgos son escasos. La exposición a la radiación se limita exclusivamente a la mucosa articular afectada, puesto que afecta, dependiendo del isótopo, entre 3 y 11 mm del tejido circundante (con renio entre 1 y 3.7 mm). Puede aparecer dolor de la punción, como en cualquier infiltración; es rara la infección, puesto que además en el ambiente radiactivo es muy difícil el crecimiento bacteriano; en ocasiones se puede producir una reacción inflamatoria pasajera, que se controla con antiinflamatorios y reposo articular.

Dr. José Rosas

¿Interfiere la cafeína en el efecto del metotrexato?

Tengo 40 años y me diagnosticaron una artritis reumatoide hace 6 años. Casi desde el principio estoy en tratamiento con metotrexato. Primero me lo administraban en pastillas y ahora en inyecciones. En el prospecto de las inyecciones aparece que no debo tomar café. ¿Por qué? ¿Está relacionado con las inyecciones?

A. R. Pego (Alicante)

Esta recomendación está basada en resultados de estudios con animales y algún estudio realizado en humanos, en los que se ha visto que la ingesta de cantidades moderadas y elevadas de cafeína puede quitar el efecto del metotrexato en el control de la inflamación, independientemente de la vía de administración. Sin embargo, un estudio más reciente no revela esta interferencia, incluso en pacientes con más de 400 mg/día de cafeína (3 cafés). Por lo tanto es un tema que no está claro. Mientras se investiga más el tema es aconsejable recomendar a los pacientes en tratamiento con metotrexato que moderen su ingesta de productos con cafeína (café, te, chocolate y refrescos). Este consejo debe hacerse de forma más explícita al inicio y cuando se utilizan dosis bajas de metotrexato, situaciones en que puede interferir más la cafeína.

Dr. J. Ivorra

Prevalencia muy elevada de dolor osteomuscular crónico en la población general

■ LR.-Dr. José Ivorra Cortés

Un reciente artículo publicado en el *Journal of Musculoskeletal Pain* (2006; 14:21) se estudia la prevalencia de dolor musculoesquelético localizado, en la población adulta de Noruega. Para ello investigan el dolor que dura más de tres meses en el último año situado en un área anatómica determinada. Los resultados muestran que casi la mitad de los que contestaron la encuesta (44,6%) tuvo dolor osteomuscular crónico localizado durante el año anterior. El dolor es más prevalente en mujeres (48,8%) que en hombres (40,4%). La localización más frecuente fue el hombro (18,1%) y el dolor menos frecuente el localizado a nivel torácico y abdominal (4,1%). En cuanto a la edad, a partir

de los 40 años la prevalencia de dolor localizado supera el 40% en ambos sexos. Estos resultados muestran el gran impacto que tiene la patología osteomuscular en la población general, pues estos problemas influyen en la percepción de salud de las personas que los padecen y en su demanda de asistencia sanitaria. Todo ello interfiere en su capacidad laboral.

Estos datos pueden parecer algo exagerados, y tal vez estén algo sesgados pues entra dentro de lo posible

que respondan más a las encuestas aquellos que tengan dolor. Sin embargo, cuando se analiza el número de pacientes que atienden traumatólogos, reumatólogos y rehabilitadores en nuestro medio, se comprueba que la prevalencia de los problemas osteomusculares no traumáticos es muy elevada. No sé hasta que punto los recursos sanitarios se orientan basándose en estas cifras. Tampoco la formación de los residentes de familia se estructura contando con esta realidad.

La acupuntura puede mejorar los síntomas de fibromialgia

■ LR.-Dr. José Rosas

La fibromialgia (FM) es una enfermedad crónica que cursa con dolor musculoesquelético difuso, acompañado con frecuencia de cansancio y alteración del ritmo del sueño, alterando la calidad de vida de los pacientes. Afecta al 2% de la población general, con un predominio claro en el sexo femenino (3,4% de las mujeres y 0,5% de los varones). Parece que en la FM existe una alteración en la sensibilidad al dolor a nivel de cordones viajan por la médula espinal y a nivel cortical. Los tratamientos actuales producen una mejoría parcial en gran parte de los pacientes. Cerca del 90% de los pacientes con FM han probado alguna de las tratamientos de medicinas alternativas.

Se ha estudiado en los últimos años el valor de la acupuntura en la

FM. Hasta ahora sólo se han realizado 2 ensayos clínicos randomizados y controlados con placebo, con resultados contradictorios (Deluze C, *BMJ* 1992;305:1249. Assefi N, *Ann Intern Med* 2005;143:10).

El equipo del Dr D. Martin, de la Clínica Mayo, ha publicado recientemente los resultados de un nuevo ensayo clínico controlado con placebo, realizado durante 7 meses, en 50 pacientes con FM. Como medidas de evaluación se utilizó: para la medición de los síntomas de FM el cuestionario de impacto en fibromialgia (FIQ: fibromyalgia Impact questionnaire) y otro para el dolor (MPI: Multidimensional Pain Inventory).

El grupo tratado con acupuntura mejoró de forma significativa a lo largo del estudio, respecto de los pacientes tratados con placebo (P=0.01). La mayor mejoría se con-

siguió al mes del tratamiento. Por otra parte, se señala que los síntomas de cansancio/astenia y de ansiedad fueron los que obtuvieron mayor mejoría durante el estudio. Sin embargo, los datos de actividad física no se obtuvo cambios.

Los autores concluyen que la acupuntura mejora el dolor en la FM y sobre todo los síntomas de cansancio y ansiedad.

Cabe resaltar el esfuerzo realizado por los autores para que los pacientes desconocieran si recibían realmente tratamiento o placebo: menos de una cuarta parte de los pacientes en cada grupo acertó en saber el tipo de tratamiento que se le aplicaba. Por ello, si valoramos que se trataba de acupuntura, los resultados de este estudio deben de considerarse de gran valor. Como los autores comentan, si bien esta técnica puede ser útil en la FM, quedan preguntas pendientes para nuevos estudios, como duración o intensidad de propio tratamiento, e incluso el valor de su asociación con otras terapias.

ARTÍCULO
ORIGEN:
Mejoría de los
síntomas de
fibromialgia con
acupuntura:
ensayo clínico
randomizado.
Martin D, Sletten C, Williams BA, Berger IH.
Mayo Clin Proc
2006;81:749-757.

Los reumatólogos franceses, conservadores en el tratamiento de la AR activa

■ LR.-Dr. José Ivorra Cortés

En un artículo reciente, publicado en el *Journal of Rheumatology* (J Rheumatol 2006; 33:1258-65), se estudia la actitud terapéutica de los reumatólogos franceses en el tratamiento de pacientes con artritis reumatoide (AR). Para ello se realizan encuestas a reumatólogos recabando información sobre los dos primeros pacientes con AR que atiendan. La mayoría de los pacientes reciben metotrexato como tratamiento de su enfermedad en el momento de la encuesta. A pesar de ello el 48% presentaba una actividad relevante de la enfermedad (DAS28 > 3,2). Sin embargo sólo se modificó el tratamiento en el 25% de estos pacientes

y en muy pocos casos se planteó iniciar tratamiento con fármacos biológicos.

Los datos arriba mencionados muestran que en el país vecino los reumatólogos tienen una actitud terapéutica conservadora respecto a la artritis reumatoide. Los autores argumentan que en parte puede ser debido a la escasa utilización de instrumentos que miden la actividad de la enfermedad, y que un mayor hábito en su uso supondría un tratamiento más agresivo y acorde con las recomendaciones internacionales actuales. De hecho el motivo principal que se argumenta para no cambiar el tratamiento es el de considerar a la enfermedad estable, cuando en realidad los valores del DAS

muestran un mal control. Otro dato llamativo que comentan los autores es el de que en Francia pocas veces se supera la dosis de 15 mg semanales de metotrexato, tal vez alcanzada esta dosis hay mayor resistencia a modificar el tratamiento.

En estos momentos se dispone de suficiente evidencia científica que aconseja realizar tratamientos más agresivos que los efectuados en el siglo pasado, pero se precisa todavía un largo camino para vencer inercias y resistencias. Esta actitud hace que muchos pacientes con AR no se beneficien de las recientes pautas y de los modernos tratamientos (biológicos) que consiguen un mejor control de la enfermedad y deparan una mayor calidad de vida.

Epicondilitis: mejoría con infiltración de corticoides, no con ondas de choque

■ LR.-Dr. José Rosas

La epicondilitis, también conocida como codo de tenista, se caracteriza por la inflamación de los tendones extensores de los dedos y del extensor radial corto de carpo a nivel del epicóndilo. Es un proceso frecuente en la población, con una prevalencia de del 1% al 3%. El mecanismo patogénico habitual suele ser la sobrecarga o el sobreuso repetido. Aunque en la mayoría de los pacientes tiende a ser autolimitado con medidas generales, sin tratamiento puede cronificarse.

En los últimos años se ha estudiado la utilidad de las ondas de choque en el tratamiento en diversos procesos reumáticos de partes blandas, como la

epicondilitis. Sin embargo, son escasos los estudios randomizados sobre este tema. Se cree que esta técnica produce analgesia o disminución del dolor basado en la hiperestimulación de las fibras nerviosas de la zona.

El grupo de R. Buchbinder, con experiencia en el uso de las ondas de choque, ha publicado recientemente una revisión sistemática con la metodología de la Colaboración Cochrane, sobre la eficacia de las ondas de choque en el tratamiento de la epicondilitis. Se incluyeron 9 ensayos clínicos, con resultados dispares, en los que se encontraron con problemas de homogeneidad en la metodología o en su forma de realización de la técnica. Sin embargo, en 3 de ellos se concluía

que esta técnica era eficaz y en otros 4 ensayos no se demostró eficacia. En estos últimos, se incluían los ensayos clínicos de mayor calidad metodológica. De hecho, los autores consideran que se debe mejorar la homogeneidad entre los ensayos sobre estos temas.

En otro ensayo clínico, la infiltración en el epicóndilo con corticoides fue más eficaz de forma significativa, a los 3 meses, que las ondas de choque (P<0.05), con reducción del dolor del 50% de 84% frente a 60%. Un aspecto a tener en cuenta, es que se debe evitar el uso de anestesia local donde se vaya a aplicar las ondas de choque, porque disminuye su eficacia. Los autores concluyen que existe un nivel de evidencia "platino" de que las ondas de choque producen escasa o ninguna mejoría del dolor en la epicondilitis. Sin embargo, existe nivel "plata" de evidencia, considerando que la infiltración con esteroides es superior al tratamiento de la epicondilitis con ondas de choque.

FIRME ESPERANZA PARA UNA ENFERMEDAD AÚN SIN CURACIÓN

Adalimumab **duplica la eficacia** conseguida en psoriasis con el tratamiento habitual

El anticuerpo monoclonal humano adalimumab (Humira), indicado en Europa para la artritis reumatoide, la artritis psoriásica y la espondilitis anquilosante, ha demostrado una alta eficacia en el tratamiento de la psoriasis moderada a grave, según los resultados de un amplio estudio que acaba de presentarse en el Congreso Europeo de la Academia de Dermatología y Venereología. De acuerdo con los datos, el 80% de los pacientes que se trató con adalimumab, consiguió una mejoría de al menos el 75% en la extensión y gravedad de la enfermedad, al cabo de 16 semanas. Estos resultados superan a los conseguidos en el grupo de pacientes tratados con metotrexato, donde el porcentaje de pacientes que alcanzó la misma mejoría fue del 36%. El estudio, bajo el nombre del acrónimo CHAMPION, es el primero que se desarrolla en el terreno de la psoriasis para comparar la eficacia de un agente biológico frente a la terapia estándar.

125 MILLONES DE AFECTADOS

La psoriasis es una enfermedad dermatológica autoinmune, no contagiosa, que se manifiesta con sequedad, escamas, grietas, dolor y placas rojas de piel levantada. Actualmente no existe curación para esta enfermedad, que afecta en todo el mundo aproximadamente a 125 millones de personas, el 25% de las cuales experimentan síntomas patológicos de moderados a severos.

"Los resultados de este estudio indican claramente las posibilidades de adalimumab, comercializado bajo el nombre de Humira, como nuevo tratamiento para la psoriasis",

La psoriasis afecta a 125 millones de personas, el 25% de las cuales experimentan síntomas patológicos de moderados a graves

ha declarado el coordinador de la investigación, Prof. Jean-Hilaire Saurat, jefe del departamento de Dermatología de la Universidad de Ginebra. "Las escamas y placas de psoriasis pueden causar trastornos tanto físicos como emocionales, lo que hace indispensable descubrir opciones de nuevo tratamiento para estos pacientes."

El perfil de seguridad del estudio coincidió con el descrito en ensayos anteriores con adalimumab, no presentándose efectos adversos nuevos.

Abbott, el laboratorio fabricante de Humira, espera iniciar la solici-

Humira está aprobado en Europa y Estados Unidos para el tratamiento de la artritis reumatoide, artritis psoriásica y espondilitis anquilosante

tud de indicación del fármaco para la psoriasis, en Europa y Estados Unidos, durante el próximo año.

Humira está actualmente aprobado en Europa y Estados Unidos para el tratamiento de la artritis reumatoide, artritis psoriásica y espondilitis anquilosante. Se trata de un anticuerpo monoclonal humano que bloquea el factor de necrosis tumoral - alfa, proteína que juega un papel determinante en las respuestas inflamatorias de las enfermedades autoinmunes.

Hasta la fecha, Humira ha sido aprobado en 67 países y administrado a más de 160.000 pacientes en todo el mundo.

En la actualidad se realizan estudios de eficacia de adalimumab en otras enfermedades autoinmunes.

UN TRASTORNO DEL SISTEMA INMUNE

La psoriasis es un trastorno del sistema inmune que acelera el ciclo de crecimiento de las células de la piel, provocando piel seca, densa y escamosa. La forma más común de psoriasis se manifiesta con áreas rojas de piel cubiertas de capas blancas escamosas, que pueden ir acompañadas de picazón y dolor. La psoriasis puede limitarse a un número reducido de lesiones o, por el contrario, afectar áreas de piel entre moderadas y extensas. A menudo aparece en el cuero cabelludo, rodillas y torso, aunque puede desarrollarse en cualquier zona de la piel, incluidas las uñas de manos y pies. Si bien la enfermedad puede afectar a personas de todas las edades, generalmente aparece en pacientes de entre 15 y 35 años.

Nueva etapa para la Revista de la Sociedad Valenciana de Reumatología

“Junto con los cambios en la página web de la Sociedad Valenciana de Reumatología (SVR), uno de los proyectos principales de la nueva Junta Directiva de la SVR ha sido el impulso y relanzamiento de la Revista Valenciana de Reumatología. De hecho, desde este primer número se ha conseguido iniciar su andadura no sólo en edición escrita, sino que también lo hará su edición en Internet, con acceso a través de la página web de la SVR (www.svreumatologia.org).”

De este modo explica el Dr. José Rosas, editor de la Revista de la SVR, la nueva etapa de renovación para la publicación oficial de la SVR, cuyos objetivos básicos describe así:

- Convertir a la Revista en el verdadero órgano de difusión de nuestra Sociedad.
- Intentar motivar y aglutinar el esfuerzo científico de cualquier nivel y las inquietudes de nuestros socios.
- Animar a la participación, para contribuir entre todos a colocar a la SVR en el puesto que se merece en la Reumatología española.

La nueva Revista se estructura en dos bloques, el primer de los cuales recoge básicamente trabajos científicos y experiencia clínica, y el segundo incluye entrevista (en este primer número con el presidente de la SVR, Dr. José Román Ivorra); datos de agenda e información general y apartado de ocio.

LA WEB DE LA SVR TAMBIÉN SE RENUEVA

La renovación emprendida por la Revista de la SVR ha beneficiado asimismo a la página web de la Sociedad (www.svreumatologia.org) con la actualización de su diseño y contenidos, a los que se dota de más recursos de interés.

Paulatinamente se irán incorporando nuevas secciones y ampliando las existentes, siempre con el objetivo de prestar un servicio de calidad a los reumatólogos de la Comunidad Valenciana.



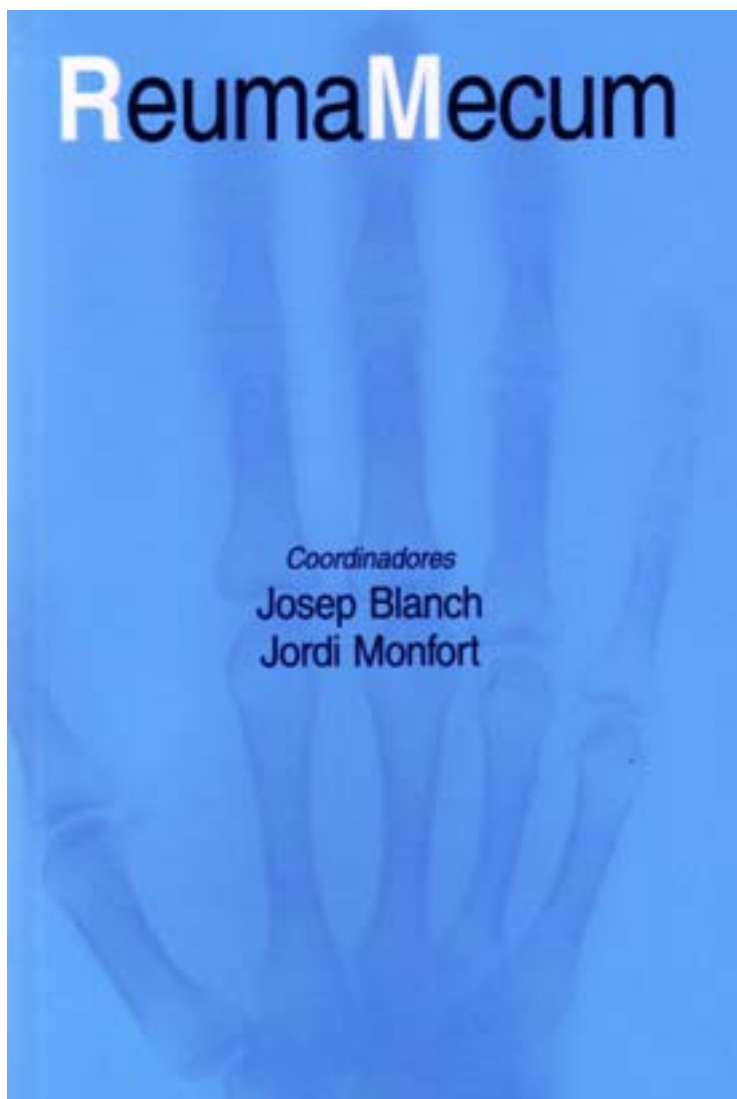
UN MANUAL EMINENTEMENTE PRÁCTICO PARA
RESOLVER LAS DUDAS DEL REUMATÓLOGO EN LA PRÁCTICA DIARIA

Reumamecum, primer vademécum de reumatología

Reumamecum es un monográfico que explica los diferentes tratamientos farmacológicos que se pueden aplicar a enfermedades reumatológicas. "Se trata de un vademécum razonado, un libro de consulta eminentemente práctico, de fácil utilización, destinado a resolver las dudas que se le puedan plantear a los reumatólogos en el transcurso de su práctica diaria", señaló en la presentación del libro el doctor Josep Blanch, presidente de la SER y coordinador de la publicación, junto con el doctor Monfort, reumatólogo del Instituto Municipal de Asistencia Sanitaria de Barcelona, IMAS.

Según el doctor Monfort, el libro también incluye otro tipo de información "que puede ser relevante para el clínico en su práctica, como algunos capítulos dedicados a comentar las interacciones farmacológicas de los antirreumáticos, el uso de los antirreumáticos en situaciones especiales, como el embarazo, la lactancia y las personas de más edad".

Los capítulos del Reumamecum están orientados al tratamiento de la enfermedad, los fármacos adecuados para cada caso, beneficios, riesgos y posibles respuestas que puede presentar cada uno de ellos. "También reco-



Fe de Erratas

En el artículo sobre el dolor en el codo de "Los Reumatismos" nº 18 uno de los autores aparece como Juan No Fernández, cuando el verdadero nombre es Juan No Sánchez.

ge los principales instrumentos de medida de la actividad inflamatoria, el dolor, la funcionalidad y la calidad de vida relacionada con la salud", señala el doctor Blanch. Añade que la Reumatología del siglo XXI, "con el advenimiento de las nuevas terapias, nos

obliga a una mayor estandarización de los procedimientos clínicos". En la redacción del libro –formato bolsillo, muy práctico en el día a día– han participado reumatólogos, clínicos y farmacólogos y ha sido patrocinado por los laboratorios Schering Plough.

ERNESTO PLAZA
SOCIÓLOGO

Reum@tismos



EN DETALLE: ACTUALIDAD
(Clic en "Actualidad")

Área que contiene las últimas noticias en relación con la enfermedad, una agenda eventos y proyectos y actividades que lleva a cabo la Fundación .



FIBROMIALGIA.ORG

<http://www.fibromialgia.org>

Web de la Fundación de Afectados de Fibromialgia y Síndrome de Fatiga Crónica. Se trata de una entidad creada para colaborar en la mejora de la calidad de vida de un colectivo afectado por "dos enfermedades tan dolorosas, poco conocidas y nada reconocidas". El site consta de dos apartados donde se describen ambas enfermedades: qué son, cómo detectarlas, síntomas y causas, "los familiares deben saber...", consejos y preguntas frecuentes. También otras secciones donde se pueden consultar algunas publicaciones y ponencias, o descargar boletines y memorias anuales (en el área "Fundación FF").



EN DETALLE: MÁS INFORMACIONES

(Clic en "Information")



Cajón de sastre donde se incluyen desde preguntas frecuentes e inusuales sobre lupus, entrevistas a médicos (ej. Lupus y Hormonas), artículos (ej. Dieta y lupus, Fatiga, etc.), tratamientos... hasta una solicitud de voluntarios para pruebas de investigación.

LUPUS.ORG.UK

<http://www.lupus.org.uk>

Página de una fundación perteneciente a la Unidad de Lupus del Hospital St. Thomas, de Londres. Informa sobre el desarrollo de esfuerzos que realizan para la obtención de fondos de cara a la investigación y aporta recursos sobre esta enfermedad para pacientes y médicos profesionales.

Entre sus secciones destaca "What is lupus?", con historias de pacientes, cómo diagnosticar y tratar la enfermedad, cuál es su causa y cuáles los síntomas generales. También contiene sección de enlaces, tienda virtual, consultas on-line y galería fotográfica de las actividades y eventos que organizan para recaudar fondos.

