

Dolor en el CODO



Entrevista

Dr. Alejandro Balsa:
"El próximo 'boom' de la
reumatología puede que
sea la terapia génica"



SER - Libro Institucional

Memoria de medio siglo
de actividad a favor del
paciente reumático



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.comreumatismos@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 18/03-R-CM

Entidades que han colaborado con Los Reumatismos en este número:

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

Medio siglo al servicio de los pacientes reumáticos

Desde la primera junta directiva de la SER, elegida en 1956 en Málaga, bajo la presidencia del doctor Pedro Barceló Torrent, hasta la actual (2006) presidida por el Dr. Joseph Blanch i Rubió, la Sociedad Española de Reumatología y su Fundación han experimentado un desarrollo y una consolidación, acompañadas de una proyección pública, poco comunes en el ámbito de las sociedades científicas. Por desgracia, esta contundente realidad no ha recibido hasta ahora, por parte de las administraciones públicas, el reconocimiento que merece, según comentábamos en el número anterior, al hilo de las declaraciones del nuevo presidente ejecutivo de la SER, Dr. Blanch i Rubió.

El libro institucional de la Sociedad, que reseñamos en páginas interiores, es un compendio resumen de su fecunda actividad a lo largo de medio siglo, tanto de puertas adentro como en la labor de campo diaria en las consultas de reumatología y en la callada tarea de investigación que tanto ha colaborado a desvelar incógnitas en la asistencia de las más de 200 patologías que atiende la especialidad.

Es, sin duda, un ejercicio didáctico muy útil recorrer las páginas de esta especie de biografía institucional. Porque no está de más releer y recordar que casi la cuarta parte de la población española es paciente potencial y, en buena parte real, de los profesionales reumatólogos. Al mismo tiempo que los estándares de calidad asistencial, por los que viene luchando la SER, están todavía muy lejos de los que impone la escasez de medios que todavía ofrece la sanidad pública en este ámbito.

El Documento de estándares de calidad asistencial es precisamente uno de los muchos y muy relevantes que ha generado la actividad de la SER a favor del paciente reumático a lo largo de su medio siglo de existencia y muy especialmente en la última década. Hoy, por ejemplo, sigue siendo referencia obligada el estudio EPISER, orientado a estimar la prevalencia e impacto de las principales afecciones osteo-articulares en la población española. Como lo es, en artrosis, el ArtRoCad, o en artritis reumatoide EMECAR, EmAR, PROAR, Coste-CV.AR, BIOBADASER, REGISPONSER, SERAP... Un suma y sigue sin solución de continuidad, que las administraciones sanitarias deberían valorar con una actitud más positiva hacia la especialidad reumatológica.

El "Libro institucional" de la SER es una elocuente biografía de una sociedad consolidada y dinámica

Casi la cuarta parte de la población es paciente potencial y, en buena parte real, de los reumatólogos

**Entrevista**

Dr. Alejandro Balsa:
"El próximo 'boom' de la reumatología puede que sea la terapia génica"

SER - Libro Institucional

Memoria de medio siglo de actividad a favor del paciente reumático

Nuestra Portada

El codo, como víctima potencial de enfermedades inflamatorias articulares, es en esta ocasión protagonista de nuestra portada y de una parte importante de este número, gracias al minucioso y documentado trabajo de un equipo de especialistas coruñeses.

El doctor Alejandro Balsa Criado se felicita en su entrevista de haber podido participar del gran momento de auge que hoy disfruta la reumatología y ofrece unas observaciones de gran interés sobre el presente y el futuro de la especialidad.

El tercer ítem de nuestro escaparate es el libro institucional de la SER, resumen de una encomiable labor de medio siglo y expresión de los proyectos de la nueva junta directiva.

1 Editorial **Medio siglo al servicio de los pacientes reumáticos** Desde la primera junta directiva de la SER, elegida en ...

3 Entrevista **Dr. Alejandro Balsa Criado**
"El próximo 'boom' de la reumatología puede que sea la terapia génica"

12 SER **Libro institucional de la SER**
Memoria de medio siglo de actividad a favor del paciente reumático

14 SER **Objetivos inmediatos de la SER**
Mayor presencia de reumatólogos y elección de nuevos patronos

16 Reportaje **Doctor, me duele el codo**
El dolor en el epicóndilo lateral (codo de tenista) es el más frecuente y está bien localizado

27 Bibliografía comentada
Anti-Tnf · Artritis Reumatoide · Esclerodermia · Granulomatosis de Wegener · Osteoartritis...

31 Los pacientes preguntan Sequedad bucal y virus de la hepatitis C · Infección en la columna por tuberculosis, ¿es contagiosa?...

35 Noticias Tamoxifeno y raloxifeno para el cáncer de mama · Formación para no especialistas · Corticoides y fibrilación auricular ...

42 Libros de Reumatología Mecanismos neuroendocrinos · Descripción del síndrome Hughes · Trastornos óseo metabólicos · Quijote

44 Humanidades **Bucarofagia** (comer barro), una curiosa costumbre de nuestro siglo de oro

47 Recursos de reumatología en Internet **Reum@tismos** Medicinenet.com · Biblioteca Virtual Fibromialgia



DR. ALEJANDRO BALSA CRIADO

JEFE DE SECCIÓN DE REUMATOLOGÍA, HOSPITAL LA PAZ

“El próximo ‘boom’
de la reumatología
puede que sea
la terapia génica”



Texto Carmen Salvador

EL DR. **Alejandro Balsa Criado**

estudió en la Universidad Autónoma e hizo la residencia en el hospital La Paz, donde aún continúa ejerciendo su actividad. Desde hace un año es jefe de sección. Confiesa que siempre le atrajo la especialidad, sobre todo desde que rotó durante unos meses por el hospital Puerta de Hierro, “con el doctor Mulero. “Allí me terminaron de convencer de la elección. Me dijeron que era una especialidad con mucho futuro. Y tenían razón”.

Madrileño de nacimiento, además de la reumatología lleva la música dentro. Cree recordar que tiene más de 2.000 cds/álbumes, una pasión que ha transmitido a sus hijos, quienes ya se lo toman como algo profesional. Otra actividad que le causa grandes satisfacciones es cocinar: “Cuando estoy con demasiado estrés, me apetece meterme en la cocina y preparar platos más bien exóticos, hindúes, árabes... platos con muchas especias; lo que ocurre que no siempre me los toman, ponen la excusa de la dieta...”

Fue la persona que desarrolló en el Servicio de Reumatología de La Paz los índices de medidas, las escalas analógicas. “En aquel momento era una necesidad. Con un volumen tan grande de pacientes teníamos que ser capaces de hacer valoraciones objetivas.”

De los algo más de 3.000 nuevos pacientes que veían anualmente hace 4 años, han pasado a 6.000. “Que tengamos más pacientes ahora significa que los pacientes conocen al reumatólogo, o si no lo conocen ellos, lo conocen otras especialidades y nos los remiten.”

También ha contribuido a ello la colaboración con atención primaria. “El pasado año estuvimos en todos los centros de salud de nuestra Área. Queríamos que nos conocieran, acercarnos a esa especialidad y decirles en qué podíamos ser útiles, y ello ha ayudado mucho.”

BUENA RELACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA

-¿La respuesta de atención primaria es siempre buena?

-La respuesta de atención primaria siempre es buena si les ofrecemos un beneficio, una atención en un tiempo razonable y con unos cauces razonables. Si como reumatólo-

go relegas un cierto tipo de reumatología, y dices que no la ves, o la demoras tanto que se pierde, estás haciendo que el médico de atención primaria te considere sólo para unos casos concretos, pero no eres el “reumatólogo”. Sin embargo, si le dices que te haces cargo de todo, de acuerdo a unas prioridades, si hay un diálogo, lo entienden perfectamente. Nuestra relación con primaria es buena.

“Los tratamientos biológicos han cambiado el panorama de la reumatología. Pero también han contribuido a esa expansión las técnicas de imagen, los biomarcadores para el diagnóstico...”

-¿Cuáles son esas prioridades?

-Todo lo que sean reumatismos inflamatorios tiene prioridad “0”. Es decir, no debe esperar, tanto desde el punto de vista articular periférico (artritis), como las espondiloartropatías. Y nos hemos comprometido a atenderlo en un plazo no superior a 10 días. Luego vienen lo que son brotes de gota, de artrosis..., que consideramos prioridad 1. Son procesos que hay que atender, pero no con la urgencia de la anterior patología, y hay otras patologías que, por ahora, pueden demorarse más, mientras no haya más recursos de personal y de medios, a favor de otras más graves.

-La Unidad de Artritis de La Paz fue una de las primeras que se creó en el país...

-Al principio era muy pequeña no tenía espacio físico, ni una dotación, pero desde el pasado año, gracias al proyecto SERAR –patrocinado por la Fundación y Abbott– conseguimos un espacio físico, una persona contratada, más infraestructura, una dotación económica... Es un proyecto de un año de reclutamiento de pacientes y dos de seguimiento. Aunque el proyecto se acabe, nosotros vamos a seguir, y me imagino que el resto de las Unidades también.

OFRECER UN “VALOR AÑADIDO”

“Tenemos que ofrecer un “valor añadido”, tanto al hospital, como a atención primaria y al propio paciente. Ese valor añadido es la Unidad de Artritis, el hospital de Día, la consulta de espondiloartritis precoz –gracias a los doctores Muñoz y de Miguel–, la ecografía... No sólo estamos viendo pacientes, estamos ofreciendo una asistencia de calidad.”

La expansión que ha conseguido la especialidad en los últimos años, “ha sido espectacular, pasarán años hasta que vuelva a ocurrir algo así –señala el doctor Balsa–. Los tratamientos biológicos han cambiado el panorama de la reumatología. Era una especialidad que estaba relativamente menos desarrollada que otras. Pero también han contribuido a esa expansión las técnicas de imagen, los biomarcadores para el diagnóstico...”

“Hemos tenido suerte de asistir a este momento de auge de la Reumatología. El próximo “boom” quizás tardará años, ¿quién sabe?, puede que sea la terapia génica. Con todo ello, la especialidad se está haciendo muy cara, porque los nuevos tratamientos lo son, ahora

“Tenemos que ofrecer un 'valor añadido', tanto al hospital como a atención primaria y al propio paciente”



estamos presentes en el organigrama del hospital; antes éramos poco conocidos, no es que nos inspeccionen, pero sí nos “miran”, nos valoran más, por lo que gastamos, y por lo que somos capaces de ofrecer.”

-La expansión no parece que haya terminado...

-No, no se ha acabado, vienen más cosas, pero vienen a un campo abonado, no es un campo virgen como era hace unos años... Aparecen más fármacos que pueden sustituirse unos por otros. Aquellos pacientes que vayan siendo refractarios a unos fármacos, se pueden ir pasando a otros. A medida que tengamos más fármacos, los utilizaremos mejor, con un uso más racional

-¿Cómo ocurre con los fármacos del Sida?

-No exactamente, porque en el Sida se pueden combinar varios

antirretrovirales. Aquí todavía no hay estudios que nos confirmen que se pueden combinar dos biológicos. Hay otras alternativas; en el caso de las artritis, el metotrexato, bien utilizado, puede ser muy eficaz en la mitad de los pacientes, por lo que no debemos quitárnoslo de la cabeza. Lo conocemos desde hace más de 20 años y sabemos lo que va a pasar con él, cosa que no ocurre con los biológicos. Poco a poco se va a ir instaurando el tratamiento de inducción, sobre todo si tienen marcadores especialmente graves, algo que por ahora no conocemos muy bien, pero que se está trabajando en ello. Se darán tiempos más cortos antes de pasar a otros fármacos. El panorama está cambiando muy rápidamente. En el plazo de 2-3 años no sólo habrá más indicaciones para los fármacos actuales, sino que los que tenemos los usaremos de forma

diferente, que es casi tan bueno como que aparezcan nuevos fármacos”

ENFERMERÍA ESPECIALIZADA

Según el doctor Balsa todavía hay una asignatura pendiente en reumatología, y es la del personal sanitario asociado experto. “El papel de la enfermería en reumatología se tendría que multiplicar por muchísimo. En la actualidad está haciendo la cuarta parte de lo que se hace en otros países. Pero nosotros partimos de muchas dificultades. Primero necesitamos estabilidad, que las enfermeras que vengán al Servicio no sean suplentes, y que se prime, además de la formación, la dedicación. Necesitamos enfermeras especializadas. Con este personal especializado podríamos hacer un seguimiento de los pacientes en tiempos más cortos, pero por ahora es imposible.”

“En los próximos años habrá nuevas indicaciones para los fármacos actuales, lo que es casi tan bueno como que aparezcan nuevos fármacos”

LIBRO INSTITUCIONAL DE LA SER, CON LA COLABORACIÓN DE ABBOTT

Memoria de medio siglo de actividad **a favor del paciente reumático**

“La SER será lo que sus socios quieran que sea”, concluye el Dr. Josep Blanch i Rubió, nuevo presidente ejecutivo de la Sociedad Española de Reumatología en el trabajo “El futuro inmediato y su proyección”, que cierra el extenso listado de trece artículos incluidos en el “Libro Institucional” de la Sociedad Española de Reumatología y la Fundación Española de Reumatología.

El libro, editado con la colaboración de Abbott Laboratories, reúne una extensa documentación referida tanto a la biografía de la propia SER y sus actividades clínicas y de investigación, como al análisis de las enfermedades

reumáticas, su epidemiología en nuestro país y su impacto socio-sanitario.

Han contribuido a la realización del libro institucional con sus trabajos los doctores Ballina García, Batlle Gualda, Beltrán Gutiérrez, Blanch i Rubió, Cañete Crespillo, Carbonell Abelló, Carmona Ortells, Gijón Baños, Martín Mola, De Miguel Mendieta, Mulero Mendoza, Olivé Marqués, Tornero Molina, Vidal Fuentes.

DE CARA AL FUTURO

Al margen de los conceptos que el nuevo presidente, Dr. Blanch i Rubió, describe como objetivos para su mandato en el plano inter-

no de la SER, en su trabajo dedicado a describir el concepto de reumatología el Dr. Jordi Carbonell esboza lo que ya se vislumbra como futuro de la especialidad:

“La biotecnología y la medicina genética tendrán pronto un fuerte impacto en las metodologías diagnósticas permitiendo conocer de antemano la susceptibilidad a padecer determinadas enfermedades. Han aparecido ya nuevos fármacos que están revolucionando los tratamientos en enfermedades autoinmunes. Por todo ello la práctica del profesional de la reumatología debe sustentarse sobre el profundo conocimiento del oficio, pero ha de

La relación mujer a hombre es de 2 a 1 para la patología reumática y de 10 a 1 para la osteoporosis



incorporar el de las tecnologías que van emergiendo y debe adaptarse permanentemente a la evolución de las sensibilidades de la sociedad a la que sirve.”

LA ENFERMEDAD

REUMATOLÓGICA AQUÍ Y AHORA

Algunos datos aportados por los autores en sus trabajos son eloquentes para subrayar la importancia de la especialidad reumatológica:

■ Prevalencia de las enfermedades reumáticas en España:

- Artrosis, 25%.
- Reumatismos de partes blandas, 20%.
- Lumbalgia, 14%.
- Fibromialgia, 2,4%.
- Artropatías inflamatorias, 2,5%.
- Artritis reumatoide, 0,5%.
- Espondiloartritis, 1,8%.
- Gota, 0,4%.
- Osteoporosis, 10,5%.

■ Impacto socio-sanitario de las enfermedades reumáticas en España:

- Una de cada cinco personas (6 millones en total) de la población española padece alguna dolencia reumática, primera causa de morbilidad en nuestro país.
- La relación mujer a hombre es de 2 a 1 para la patología reumática y de 10 a 1 para la osteoporosis.
- En España 7 millones de personas toman AINEs durante un periodo mínimo de un mes cada año. El consumo de AINEs se duplicó en el periodo 1990-2003 y su

gasto se multiplicó por tres en el mismo periodo.

- Las enfermedades reumáticas causan el 17-19% de las incapacidades temporales.
- Los costes de la artritis reumatoide y de la artrosis alcanzan el 0,8 del producto interior bruto en España.

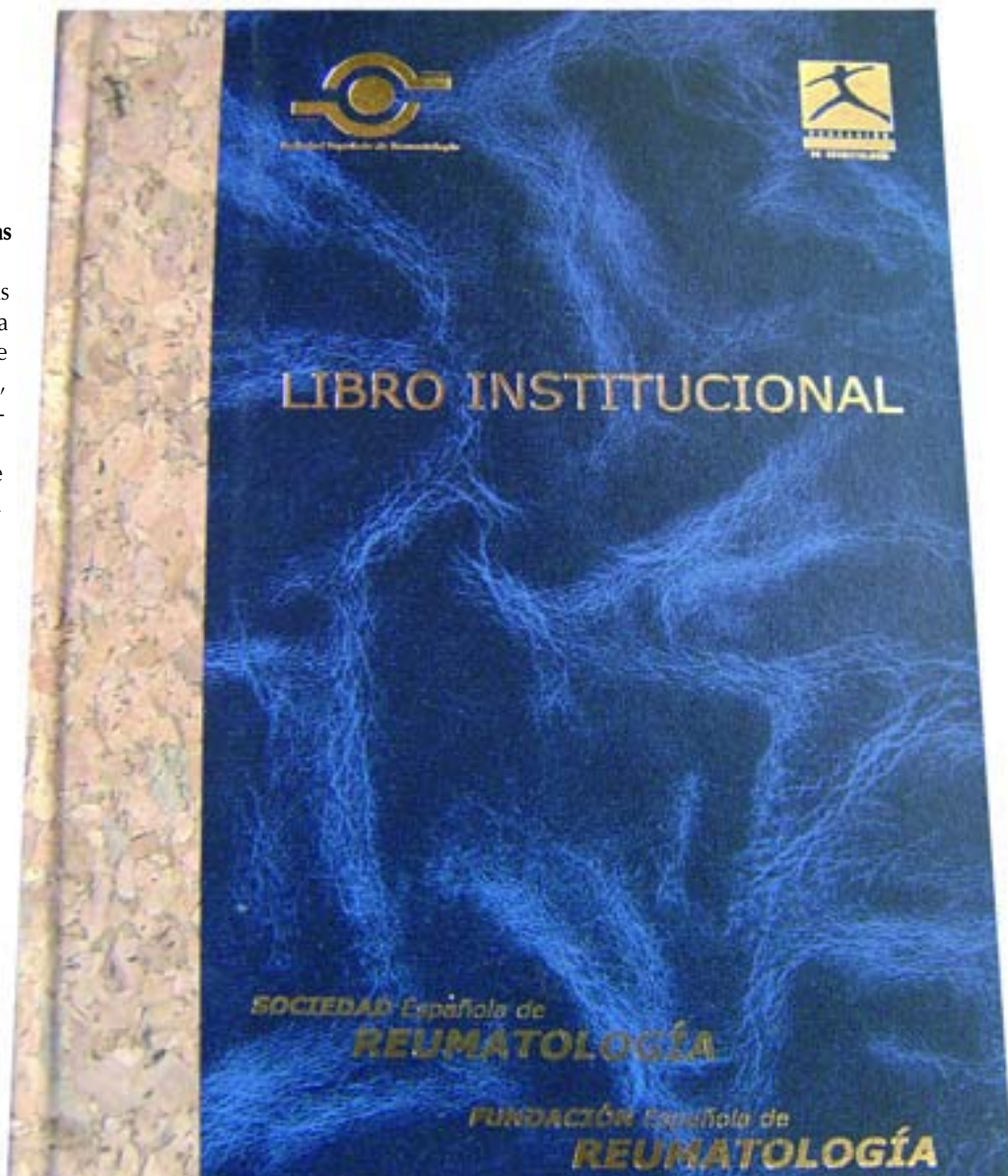
DOCUMENTO DE CALIDAD ASISTENCIAL DE LA SER

De entre los numerosos proyectos y documentos consensuados y desarrollados por la SER, sin duda uno de los más relevantes y novedosos es el referido a estándares de calidad asistencial. El documento evalúa y cuantifica un total de 200 estándares, correspondientes a unidad de reumatología, consultas,

proceso de hospitalización, tiempo de realización de técnicas e investigación/formación. Aunque todos los estándares analizados tienen importancia sustancial en cada área, destacamos los siguientes:

- Debe haber un reumatólogo en el área de salud por cada 40-50.000 habitantes.
- El número mínimo de reumatólogo que debe haber en cada unidad es de 3.
- La duración promedio de la primera visita debería estar en 30 minutos y el promedio general debería estar en 17 minutos.
- El número máximo de primeras visitas que debe ver un reumatólogo en una jornada laboral no debe exceder de 5, y el de segundas visitas de 11.

Dr. Blanch i Rubió:
“La SER será lo que sus socios quieran que sea”



PRÓXIMA ASAMBLEA

**LOS REUMATÓLOGOS EN
FORMACIÓN NO PAGARÁN
CUOTA DURANTE 5 AÑOS**

Objetivos inmediatos de la SER

Mayor presencia de reumatólogas y elección de nuevos patronos

La actual junta directiva de la Sociedad Española de Reumatología, presidida por el doctor Josep Blanch, propondrá en la próxima asamblea que los especialistas en formación no paguen la cuota anual durante los primeros cinco años, a fin de estimular su entrada en la Sociedad.

Otro de los aspectos con los que se siente muy comprometida la nueva Junta es la de tender a la paridad entre géneros en todas las actividades de la SER/FER. "No es una medida que se pueda realizar de inmediato, se hará paulatinamente, señala el doctor Blanch. No dejamos de ser una sociedad científica, y por lo tanto los méritos no se miran por cuestión de género, pero está claro que ha de haber una mayor presencia de reumatólogas en todas las actividades. Ahora mismo entre los reumatólogos jóvenes, en ampliamente mayoritaria la mujer, la proporción puede llegar a un 65% en mujeres."

Otra de las medidas que se llevarán a la próxima reunión de la junta directiva, que está prevista se realice en octubre, "es la no reelección preceptiva anual de los patronos no pertenecientes a la junta directiva de la SER, agradeciéndoles los muchos y buenos servicios prestados. Se procederá -según señala el doctor Blanch- a la elección de 8 nuevos patronos; serán elegidos por consenso y estatutariamente por la actual junta directiva/patronato de la SER/FER durante la próxima reunión de la misma".

EL DOLOR EN EL EPICÓNDILO LATERAL (CODO DE TENISTA) ES EL MÁS FRECUENTE Y ESTÁ BIEN LOCALIZADO

Doctor, me duele el codo

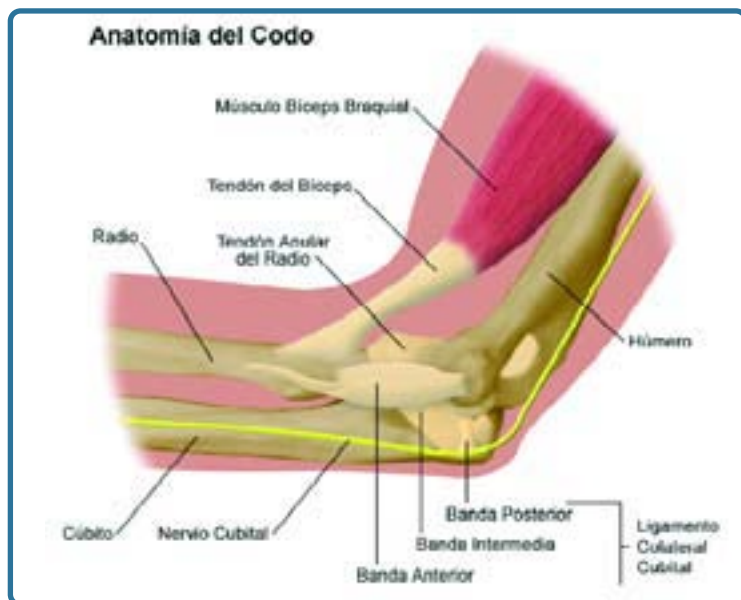
-Doctor, ¡me duele el codo! Mis amigos me dicen que es “codo de tenista” pero yo no juego al tenis ni al padel ni a nada parecido. Trabajo de comercial y no hago esfuerzos ni manejo pesos. Lo peor es que tomé unos antiinflamatorios pero no mejoro.

-¿Compró hace poco una moto?

-¡Sí! ¿Cómo lo sabe?

EL DOLOR EN EL CODO

La articulación del codo (húmero-cúbito-radio), las estructuras vecinas como los epicóndilos (lateral y medial o epitroclea), la bolsa olecraniana, los nervios radial y cubital e incluso estructuras más lejanas como la muñeca, el hombro o la columna cervical pueden ser fuente de dolor para el codo. Esta bisagra de la extremidad superior permite ni más ni menos que acercar y alejar la mano del cuerpo, especialmente de la cabeza y la cara (movimientos de flexoextensión húmero-cubital, de 0° de extensión completa a 135° de flexión) y colocar la mano hacia arriba o hacia abajo según nos convenga (movimientos de prono-supinación radio-cubital proximal, de 0° a 180°). La rigidez del codo puede impedirnos llevar la comida a la boca o peinarnos



ANATOMÍA

Algunos datos de interés se muestran en la figura 1. Debemos recordar, que puede haber múltiples bursas alrede-

dor de esta articulación y que la bursa olecraniana es la más que más se afecta y además es fácilmente observable. El nervio cubital pasa por

Autores:

Jenaro Graña Gil, Reumatólogo, CHU J Canalejo, A Coruña

Fe M^a Rodríguez Nuñez, Reumatóloga, Hosp. USP Santa Teresa, A Coruña

Juan No Fernández, Rehabilitador, CHU J Canalejo, A Coruña

M^a Olga Sánchez Meizoso, Documentalista-codificador, Hosp. USP Santa Teresa, A Coruña

detrás del epicóndilo medial contíguo a la cápsula articular y aquí puede lesionarse produciendo parestias en 4º y 5º dedos y borde cubital de la mano, así como debilidad ocasional del flexor del 5º dedo. El nervio radial se hace superficial atravesando la musculatura extensora de la muñeca por la arcada de Gasser y aquí puede sufrir atrapamiento con dolor parestésico en el antebrazo. En el epicóndilo lateral se insertan los tendones de los extensores radiales del carpo corto y largo, y en el epicóndilo medial el tendón del flexor radial del carpo.

La mayoría de las enfermedades inflamatorias articulares sistémicas son poliarticulares y podrían afectar al codo

PROBLEMAS

La mayoría de las enfermedades inflamatorias articulares sistémicas son poliarticulares y podrían afectar al codo. Una artritis aislada del codo suele estar relacionada con mayor frecuencia por una artritis por cristales o por infección, aunque podría ser parte de un proceso oligoarticular seronegativo o reactivo. En estos casos el paciente no puede estirar el codo y suele apreciarse tumefacción.

Son mucho más frecuentes los problemas derivados de las estructuras periarticulares o "partes blandas", sobre todo la bursitis olecraniana y los atrapamientos nerviosos ya comentados. Las epicondilopatías las desarrollaremos más adelante.

Es muy importante no olvidar el dolor referido que puede proceder de una radiculopatía cervical, por ejemplo debida a una hernia lateral de C6-7..., de una lesión en el hom-

bro -especialmente del manguito rotador-, o incluso de procesos distales como el atrapamiento en el carpo del nervio mediano, e incluso tendinopatías a ese nivel. Para diferenciarlos, el dolor en estos casos a nivel del codo suele ser profundo y no relacionado con los movimientos de la articulación, suele asociarse a parestias o hiperestias, no se acompaña de signos locales de inflamación y los síntomas se agravan al mover el cuello, el hombro o la muñeca.

ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN

Además de lo mencionado, podemos distinguir entre dolor lateral o medial. El dolor lateral es el más frecuente y su origen suele ser el epicóndilo lateral, la articulación radiohumeral o ser referido del hombro o del cuello. El dolor en el epicóndilo lateral (codo de tenista) está bien localizado. El paciente suele señalar con un dedo el punto doloroso. Y las actividades que contraen los extensores del carpo agravan el dolor.

El dolor medial es el segundo en frecuencia y se debe a lesiones en el epicóndilo medial o al atrapamiento del nervio cubital. Al igual que en la epicondilitis lateral, el dolor de la medial está bien localizado y se agrava con actividades que contraigan a los flexores del carpo.

Una exploración eficiente del codo incluye (además de lo mostrado en la tabla 1), lo siguiente:

Después de inspeccionar visualmente el codo debemos comprobar si los movimientos de flexoextensión y pronosupinación están completamente conservados. Se ha comentado previamente que la reducción en los movimientos suele implicar artritis (no consideramos en este artículo los traumatismos).

Observaremos los movimientos del paciente y realizaremos movimientos pasivos colocando una mano en la parte posterior del codo y la otra sujetando la parte distal del antebrazo.

Palparemos las distintas estructuras. Presionaremos el epicóndilo

lateral con el codo en flexión de 90º (tabla 1). Presionaremos el tercio proximal de la musculatura extensora del carpo. No es raro encontrar dolor por sobrecarga, contractura o lesión tendinosa a este nivel y con la palpación del epicóndilo negativa. En estos casos la infiltración del epicóndilo es infructuosa. Por debajo del epicóndilo palparemos en busca de derrame articular y seguiremos hacia el olécranon para palparlo en busca de bursitis o higroma. Finalmente palparemos los ligamentos situados discretamente por debajo de los epicóndilos lateral y medial. Colocaremos una mano con el pulgar y el tercer dedo en estas localizaciones mientras que con la otra sujetamos la mano del paciente y le imprimimos movimientos de pronosupinación. Podemos detectar de esta forma inestabilidad o hiperlaxitud de la articulación que compararemos con el codo no doloroso.

MANIOBRAS ESPECÍFICAS



■ Prueba de la silla (Chair-test)

Indica epicondilitis lateral. Se le pide al paciente que levante una silla cogiéndola desde atrás por el respaldo con la mano por delante del respaldo. El brazo debe estar en extensión y el antebrazo en pronación. La aparición o el

Tabla 1. Exploración del codo

SIGNOS	DIAGNÓSTICO	CONFIRMACIÓN
Dolor en el epicóndilo lateral** Reproducción con la extensión resistida del carpo Reproducción con la desviación radial resistida del carpo Disminución de la fuerza de prensión	Epicondilitis lateral	Bloqueo anestésico en el epicóndilo lateral (opcional)
Dolor en el epicóndilo medial** Reproducción con la flexión resistida del carpo Reproducción con la desviación cubital resistida del carpo Disminución de la fuerza de prensión	Epicondilitis medial	Bloqueo anestésico en el epicóndilo medial (opcional)
Tumefacción quística o engrosamiento sobre el olécranon Movilidad conservada	Bursitis olecraniana	Aspiración de la bursa para recuento celular, tinción de gram y análisis de cristales
Pérdida de la extensión completa del codo** Signo de la ola u ocupación del espacio entre el epicóndilo lateral y el olécranon Pérdida de la flexión completa Pérdida de la supinación o la pronación	Artritis radiohumeral	Artrocentesis por vía lateral
Dolor "a través" del codo Movilidad conservada Ausencia de dolor en epicóndilos Ausencia de tumefacción en olécranon	Dolor referido desde el hombro o el cuello	Exploración del hombro y el cuello
**Indica el signo cardinal, el que de forma más específica se relaciona con el diagnóstico		

aumento de las molestias en el epicóndilo lateral y en la musculatura extensora del antebrazo indican epicondilitis.

■ Prueba de Borden

Indica epicondilitis lateral. Se pide al paciente que efectúe una presión determinada hasta 30 mmHg sobre el manguito de un esfigmomanómetro, mientras el clínico intenta simultáneamente mantener una presión sobre el manguito. La aparición o incremento de las molestias en la zona del epicóndilo lateral y en la musculatura extensora del antebrazo indican epicondilitis.

■ Prueba de Thomson

Indica epicondilitis lateral. Se pide al paciente que con la mano en ligera extensión dorsal, cierre el puño con fuerza y extienda el codo. Con una mano, el clínico fija la articulación de la muñeca del paciente por la cara ventral mientras con la otra sujeta el puño. El paciente debe continuar la extensión de la mano venciendo la oposición del clínico, quien intenta hacer presión para flexionar el puño (en posición de extensión dorsal) venciendo la oposición del enfermo. La aparición de dolor intenso en el epicóndilo

lateral y en la parte radial de la musculatura extensora es muy indicativa de epicondilitis lateral.

■ Prueba de Mill

Indica epicondilitis lateral. La exploración se efectúa con el paciente en bipedestación, con el brazo en ligera pronación, la articulación de la mano en extensión dorsal y el codo flexionado. Con una mano, el clínico sujeta la articulación del codo y sitúa la otra en sentido lateral a la parte distal del antebrazo del paciente, rodeándolo. Se pide entonces al paciente que efectúe una supinación del antebrazo y venza la oposición que el clí-



nico realiza con su mano. La aparición de dolor en el epicóndilo lateral y/o en la musculatura extensora lateral indica epicondilitis.

■ Pruebas de atrapamiento

Se puede hacer un signo de Tinel sobre el túnel cubital entre el olécranon y el epicóndilo medial, mejor situándose detrás del paciente y pidiéndole que eche la extremidad flexionada hacia atrás.

También se puede explorar la rama del nervio radial palpando distalmente al epicóndilo lateral el surco radial del músculo extensor radial largo del carpo y con la otra se opone a la pronación-supinación activas.

EPICONDILITIS LATERAL

Continuaremos a partir de aquí con el problema doloroso más frecuente del codo, la epicondilitis lateral o codo de tenista.

Con frecuencia, la inflamación crónica resultante del estiramiento o el desgarrar de varias porciones de los extensores de los dedos y el extensor radial corto del carpo (ERCC) debido al sobreuso repetido, como mecanismo patogénico de la epicondilitis. En estos casos la histopatología muestra edema y proliferación fibroblástica en el espacio subtendinoso, engrosamiento o degeneración tendinosa a menudo con hipervascularización –de forma especial en el tendón del ERCC–, y desarrollo de una lámina



afilada en forma de espolón. Esta hipótesis inflamatoria se sustenta en los hallazgos de estudios mediante gammagrafía ósea isotópica y termografía infrarroja computerizada. La radiografía simple puede mostrar la reacción ósea, la ecografía puede mostrar diferencias con el tendón contralateral y la resonancia magnética puede mostrar alteraciones de la señal.

La etiología de las epicondilitis (lateral y medial) es múltiple. El verdadero codo de tenista suele aparecer en principiantes con sobreesfuerzo de la presión de empuñadura o debido a golpes de revés con el codo adelantado en los cuales el codo apunta a la red en el momento del golpeo.

En la tabla de la página siguiente mostramos un resumen de las causas.

Pero, como ya sabemos, la mayoría de los pacientes no juegan al tenis. Se acaban de comprar una moto y sufren con el freno o el embrague, uti-

lizan herramientas de mano con exceso de presión o de rotación del antebrazo, estrechan manos con denuedo o, en general, hacen movimientos de giro del antebrazo que exceden la resistencia tisular. Especialmente si estos movimientos son excéntricos, es decir cuando la activación del músculo provoca su propio estiramiento. Carpinteros, jardineros, dentistas y ¡políticos! son profesionales de riesgo.

De forma excepcional se han comunicado algunos casos de asociación a medicamentos como las fluoroquinolonas que generalmente producen tendinitis a quíleas.

El diagnóstico se basa en los hallazgos de la anamnesis y la exploración física adecuada. En raras ocasiones se necesitan más pruebas para descartar otras posibilidades. En casos dudosos se puede realizar un bloqueo anestésico.

Ya se han comentando los diagnósticos diferenciales, pero a modo



Foto 1



Foto 2



Foto 3



Foto 4



Foto 5



Foto 6

de "perlas clínicas" recordaremos que si hay limitación del rango articular, debemos pensar en algún proceso articular, y si el dolor es difuso y no empeora con la presión o maniobras específicas, debemos ir a explorar el hombro y el cuello.

TRATAMIENTO CON AINES Y ANALGESICOS

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) son los fármacos de elección para el tratamiento de este tipo de procesos inflamatorios. Se emplean generalmente por vía tópica o por vía oral. Existen diferentes opiniones al respecto, si bien, lo que parece claro es que con la administración tópica se evitan un mayor número de efectos adversos, ya de sobra conocidos.

La colaboración Cochrane realizó una revisión sistemática al respecto de su utilización, llegando a la conclusión de que son realmente más útiles de forma tópica, sobre todo a corto plazo, si bien no existe evidencia para dejar de emplearlos por vía oral⁽¹⁾. No se han encontrado ensayos clínicos controlados aleatorizados que comparen ambos tipos de utilización.

También se emplea de forma tópica con frecuencia la capsicina, que no es un AINE sino una sustancia natural derivada de las guindillas, que provoca la depleción local de la sustancia P. Con este fármaco debido a su composición hay que tener precauciones de uso, al poder causar efectos irritativos a nivel local, intentando evitar superficies amplias de aplicación.

INFILTRACION LOCAL EN EL TRATAMIENTO DE LA EPICONDILITIS

■ Infiltraciones locales con glucocorticoides

Para realizar una infiltración epicondílea es preciso localizar con exactitud con el dedo pulgar el epicóndilo (lateral al olécranon) y hacer incidencia sobre el punto de máximo dolor (se favorece con la extensión

dorsal de la mano contrarresistencia). El paciente se sitúa sentado o tumbado frente al médico con el codo flexionado 90°, con pronación completa del antebrazo y rotación interna del brazo. Usaremos una jeringa de 5 ml y una aguja de 16/6 (naranja); la dosis de anestésico será de 0,5 ml. asociado a 0,5-1 ml. de glucocorticoide. La inyección se inicia oblicua y se irá distribuyendo lentamente en forma de abanico para poder infiltrar toda la inserción tenoperióstica.

■ Toxina botulínica

La epicondilitis se ha venido tratando clásicamente con inyecciones locales como línea primaria de tratamiento. En la mayoría de las ocasiones se trata de infiltraciones de glucocorticoides en la zona de dolor. Desde hace algún tiempo se ha introducido la toxina tipo A del *Clostridium Botulinum* como una opción más de terapia local para este tipo de afecciones. Aunque el empleo más popular y generalizado de la misma es con fines estéticos, se utiliza de forma cada más habitual en otras afecciones como la espasticidad, vejiga neurógena, distonías localizadas y recientemente en el dolor miofascial.

Algunos autores apoyan su empleo en el tratamiento de la epicondilitis^(2,3). La aplicación se realiza mediante infiltración local en los principales músculos extensores y supinadores del antebrazo. Como principal efecto adverso se ha observado una paresia transitoria del extensor del 3er dedo de la mano, que en la mayoría de los casos no tiene implicaciones en la vida diaria, recuperándose en 7 ó 10 días, siendo algo que se debe advertir a los pacientes. No se han observado efectos secundarios importantes a nivel sistémico. El empleo de este fármaco se suele reservar para los casos rebeldes a otros tipos de tratamiento, como paso previo a una posible cirugía, cuando ya existe una afectación crónica del tendón,

CAUSAS DE EPICONDILITIS

■ Generales

- Condición muscular inadecuada o debilidad muscular
- No calentar
- No estirar
- Períodos inadecuados de reposo entre partidos o entrenamientos
- Sobreuso

■ Equipo

- Nuevo equipo de estreno
- Empuñadura demasiado estrecha/ancha
- Raqueta demasiado pesada/ligera
- Raqueta demasiado rígida
- Tensión del cordaje alta/baja
- Pistas rápidas
- Bolas demasiado pesadas/mojadas

■ Técnica

- Exceso de fuerza en la empuñadura
- Revés con el codo adelantado
- Muñeca doblada en el revés
- Movimiento desacompañado en el golpeo (se debe rotar el cuerpo y el hombro)
- Escasa transmisión de energía desde el tronco
- Los jugadores de squash, badminton, padle, etc tienen problemas parecidos generalmente relacionados con el "revés de muñeca".

con degeneración y tendinosis. El objeto del tratamiento es provocar una paresia de la musculatura extensora, que se inserta en el epicóndilo, facilitando así un reposo prácticamente absoluto de la zona inflamada, facilitando su regeneración. A pesar de todo ello, hay algunos autores que recientemente demuestran que no existe evidencia a largo plazo en los resultados de su utilización en la epicondilitis⁽⁴⁾. Probablemente se necesite mayor experiencia y nuevos ensayos clínicos que

BIBLIOGRAFÍA DE INTERÉS

- Rotés-Querol J, Lience E, Roig Escofet D. Semiología de los Reumatismos. Espaxs Barcelona 1965
- Monografías UpToDate 14.1 (diciembre 2005)
- Anderson BC, Anderson RJ. Evaluation of the patient with elbow pain
- Anderson BC, Sheon RP. Epicondylitis
- Chorley J. Elbow injuries in the young athlete
- Speed C, Hazleman B, Dalton S. Soft Tissue Rheumatology. Fast Facts Oxford UK. Ed 2001
- Sheon RP, Moskowitz R, Goldberg V. Soft Tissue Rheumatic Pain 3th ed. Williams & Wilkins Health Press Maryland-Baltimore-USA 1996
- Mera A, Graña J. Enfermedades reumáticas extraarticulares. Masson 1998

demuestren una mayor eficacia para generalizar su uso.

EPICONDILITIS Y TERAPIA FÍSICA

■ Introducción

La epicondilitis o codo de tenista es una dolencia localizada en la prominencia ósea situada en la cara lateral del codo, a nivel del epicondilo del húmero. Se caracteriza por un dolor local que con frecuencia se irradia hacia la cara radial del antebrazo, afectando a la musculatura extensora de la mano y dedos. Se va a acentuar de forma característica con la presión sobre la zona epicondílea, la dorsiflexión resistida de la muñeca, el dedo medio o ambos, y en ocasiones, con la extensión pasiva de la muñeca o la prensión⁽⁵⁾. Se trata de una afectación bastante común en ciertas actividades deportivas, y en la práctica clínica diaria la reconocemos en nuestras consultas en relación con diversas profesiones en las cua-

les se produce un sobreuso de la musculatura extensora de los dedos, pudiendo llegar a originar situaciones muy invalidantes, que limitan en ocasiones actividades de la vida diaria como puede ser agarrar un vaso, conducir, e incluso abrir una puerta.

■ Tratamiento Físico

Aunque la medicina basada en la evidencia no le reserva un papel esencial a la medicina física en este tipo de dolencia, la experiencia clínica, en muchos casos hace que echemos mano de ella, debido a los buenos resultados obtenidos con la misma. Sin embargo sería conveniente indicar con claridad el papel que pueden jugar este tipo de intervenciones, y clarificar cuáles pueden ser las más beneficiosas, tanto a corto como a largo plazo.

La medicina física tiene un lugar importante en el esquema terapéutico de la epicondilitis, ya que en la mayoría de los casos, mediante un tratamiento combinado se puede llegar a disminuir la sintomatología, e incluso, alcanzar la remisión del cuadro. El objetivo del tratamiento consistiría en técnicas fisioterapéuticas que nos permitan el control del dolor, la realización de ejercicios para relajar la musculatura afectada, y sobre todo, incidir en el aprendizaje del fortalecimiento de los músculos afectados que puedan evitar las recaídas de esta lesión. En la mayoría de los casos se puede emplear algún tipo de ortesis para complementar dicho tratamiento.

A continuación vamos a desglosar la mayoría de las técnicas fisioterapéuticas empleadas en los pacientes que padecen una epicondilitis.

■ **1) Sonoterapia:** El empleo de los ultrasonidos parece útil en este tipo de dolencias, siendo de las pocas técnicas que guardan cierto nivel de evidencia. Se deben de aplicar en la zona dolorosa. La utilización de la sonofóresis (aplicación de gel

que contiene algún tipo de sustancia antiinflamatoria, esteroidea o no esteroidea, empleando el efecto del ultrasonido para facilitar su absorción cutánea) es una práctica habitual, pero no se ha podido demostrar su evidencia científica.

■ **2) Laserterapia:** Aunque se ha venido utilizando con frecuencia en este tipo de dolencias, no existe evidencia de su eficacia a largo plazo.

■ **3) Iontoforesis:** Al igual que en el caso anterior no se ha encontrado una evidencia para su utilización, sin embargo basándose en el efecto antiinflamatorio de los corticosteroides puede tener cierto beneficio a corto plazo, desapareciendo este efecto a largo plazo.

■ **4) Masoterapia:** Existen diversas técnicas de masoterapia, si bien la clásicamente empleada en las tendinitis es la masoterapia transversa profunda, que en muchos casos es difícil de tolerar por parte del paciente debido al dolor que provoca en su aplicación, y la inflamación local consiguiente. Se suele emplear en casos de tendinosis, cuando existe una afectación crónica con degeneración fibrosa del tendón, con el objeto de ayudar a la regeneración del mismo. A pesar de ello, la evidencia existente es pobre, y se aconseja su realización por profesionales experimentados y altamente cualificados.

■ **5) Cinesiterapia:** Hoy en día se le están dando mayor importancia a los protocolos de ejercicios mediante trabajo tanto pasivo como activo para no sólo mejorar la sintomatología, sino evitar recaídas de este tipo de lesiones. Los trabajos realizados por diferentes autores sugieren que los programas que incluyen tanto ejercicios de fortalecimiento como de relajación o estimulación, son los más adecuados para el tratamiento de este tipo de afecciones, puesto que el tendón es una estructura que se ha de mantener resistente y a su vez flexible, dadas sus características histológi-

cas y las sobrecargas mecánicas a que es sometido. El programa de tratamiento habitual para este tipo de dolencias consiste en tandas diarias (generalmente una o dos veces al día) de 10 a 15 repeticiones de cada ejercicio durante aproximadamente 2 ó 3 meses^(6,7).

Se empleará la cinesiterapia pasiva al realizar estiramientos con objeto de relajar la musculatura afectada, antes de comenzar un trabajo activo encaminado al fortalecimiento de la musculatura extensora del antebrazo (foto1).

Los programas empleados más habitualmente son los que contienen ejercicios de potenciación concéntrica inicialmente (fotos 2 y 3), y excéntrica finalmente (fotos 4 y 5), que causarán un mayor beneficio a la hora de fortalecer el músculo^(8,9).

■ 6) Ondas de choque extracorpóreas:

Las ondas de choque extracorpóreas son una de las modalidades de tratamiento cada vez más empleadas en los pacientes que padecen una epicondilitis⁽¹⁰⁾. Consisten en la generación de una serie de impulsos de baja energía a partir de un generador que puede ser piezoeléctrico o electrohidráulico (la aplicación se suele realizar en varias semanas para dividir las dosis). Se aplican localmente en la zona dolorosa, y en la mayoría de los casos se emplea anestesia local debido a que la aplicación puede resultar bastante molesta. De todas formas, la mayoría de los autores están de acuerdo en que se alcanzan mejores resultados sin el empleo de anestésico. Durante su utilización, y en días posteriores, no se deben utilizar fármacos antiinflamatorios, ya que precisamente uno de los efectos que provocan es la inflamación de la zona para forzar una regeneración del tejido (algo semejante a lo que se pretende con la masoterapia transversa profunda). Se deben emplear en casos de epicondilitis crónicas, con cierto grado de tendinosis. Los efectos adversos más habituales suelen ser a nivel local, y consisten en zonas de eritema,

pequeños hematomas, o dolor. Por ello su empleo generalmente se contraindica en pacientes anticoagulados.

Como en otras técnicas nuevas, es preciso continuar realizando estudios para mejorar su empleo y obtener resultados más concluyentes, pues parece que el éxito a corto plazo es bastante alto, pero sin embargo a largo plazo los resultados son más contradictorios^(11,12).

TRATAMIENTO ORTOTICO

El empleo de ortesis para el tratamiento de la epicondilitis se debe de emplear siempre como arma coadyuvante de otros medios terapéuticos, nunca como un tratamiento primario.

A pesar de ello en una revisión sistemática al respecto de la colaboración Cochrane no se encontraron evidencias para el empleo de este tipo de terapias al no poder extraer conclusiones debido a la baja calidad de los estudios existentes⁽¹³⁾.

Tradicionalmente la ortesis más utilizada es la cincha de codo, generalmente de neopreno, de fácil empleo, que alivia el dolor al rebajar la tensión en la musculatura y por consiguiente, a nivel epicondileo. A pesar de ser muy empleada, la eficacia es bastante dudosa.

Actualmente se han diseñado diferentes dispositivos para este tipo de tendinopatías que parecen bastante prometedores. Uno de los que se está introduciendo para la epicondilitis es una ortesis dinámica denominada Carp-X (foto 6). El fundamento de la misma consiste en provocar reposo de la musculatura extensora, permitiendo la actividad de la musculatura flexora, lo cual va a permitir un equilibrio entre agonistas y antagonistas (hay que recordar que es el desequilibrio biomecánico de esta musculatura lo que provoca este tipo de lesiones).

Es necesario realizar más estudios para comprobar la eficacia de este tipo de dispositivos en el tratamiento de tendinopatías como la epicondilitis.

BIBLIOGRAFIA:

- 1- Green S, Buchbinder R, Barnsley L, Hall S, White M, Smidt N, Assendelft W. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for treating lateral elbow pain in adults. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2001, Issue 4. Art. No.: CD003686. DOI: 10.1002/14651858.CD003686.
- 2- Morre HH, Keizer SB, van Os JJ. Treatment of chronic tennis elbow with botulinum toxin. *Lancet* 1997; 349: 1746.
- 3- Keizer SB, Rutten HP, Pilot P, Morre HH, van Os JJ, Verburg AD. Botulinum toxin injection versus surgical treatment for tennis elbow: a randomized pilot study. *Clin Orthop* 2002; 401: 125-31.
- 4- Hayton MJ, Santini AJA, Hughes PJ, Frostick SP, Trail IA, Stanley JK. Botulinum Toxin injection in the treatment of tennis elbow. A double-blind, randomized, controlled, pilot study. *J Bone Joint Surg Am* 2005; 87: 503-7.
- 5- Assendelft W, Green S, Buchbinder R, et al. Tennis elbow. *BMJ* 2003; 7410: 327.
- 6-Selvier T, Wilson J. Methods utilized in treating lateral epicondylitis. *Phys Ther Rev* 2000; 5: 117-24.
- 7- Selvier T, Wilson J. Treating lateral epicondylitis. *Sports Med* 1999; 28: 375-80.
- 8- Martinez-Silvestrini JA, Nexcomer KL, Schaefer MP, Kortebein P, Arendt KW. Chronic lateral epicondylitis: comparative effectiveness of home exercise program including stretching alone versus stretching supplemented with eccentric or concentric strengthening. *J Hand Ther* 2005; 18: 411-9.
- 9- Pienimaki TT, Tarvainen TK, Siira PT, Vanharanta H. Progressive strengthening and stretching exercises and ultrasound for chronic lateral epicondylitis. *Physioth* 1996; 82: 522-30.
- 10- Rompe JD, Decking J, Schoellner C, Theis C. Repetitive low-energy shock wave treatment for chronic lateral epicondylitis in tennis players. *Am J Sports Med* 2004; 32: 734-43.
- 11- Haake M, König IR, Decker T, Riedel C, Buch M, Müller HH, for the ESWT Clinical Trial Group. Extracorporeal shockwave therapy in the treatment of lateral epicondylitis-a randomized multicenter trial. *J Bone Joint Surg Am* 2002; 84: 1982-91.
- 12- Speed CA, Nichols D, Richards C. Extracorporeal shock wave therapy for lateral epicondylitis-a double blind randomized trial. *J Orthop Res* 2002; 20: 895-98.
- 13- Struijs P.A.A., Smidt N, Arola H, Dijk van C.N., Buchbinder R, Assendelft W.J.J.. Dispositivos ortóticos para el tratamiento del codo de tenista (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

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



- ANTI-TNF
- ARTRITIS REUMATOIDE
- ESCLERODERMIA
- GRANULOMATOSIS DE WEGENER
- OSTEOARTROSIS DE RODILLA
- SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO

ANTI-TNF

Etanercept en pacientes con infección por virus C

ETANERCEPT COMO ADYUVANTE A INTERFERÓN Y RIBAVIRINA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON INFECCIÓN CRÓNICA POR VIRUS DE LA HEPATITIS C: ESTUDIO DE FASE II, RANDOMIZADO Y DOBLE CIEGO.

Zein NN and the Etanercept Study Group. J Hepathology 2005;42:315-322.

La infección por el virus de la hepatitis C (VHC), alcanza en la actualidad proporciones epidémicas. La prevalencia varía entre el 1.4% al 1.8% de la población general. El tratamiento actual se basa en intentar la erradicación del VHC con la combinación de interferón alfa y ribavirina. Los mejores resultados hasta ahora, se han obtenido con el nuevo interferón pegilado (erradicación del 60%), frente al interferón de tipo recombinante (40% de erradicación).

En los últimos años se ha confirmado que el TNF-alfa juega un papel relevante en la respuesta inmunomoduladora ante las infecciones. Se sabe que se produce TNF-alfa en los hepatocitos y parece ser un cofactor en las lesiones hepáticas asociadas a la infección por el VHC, e incluso en la refractaridad al tratamiento con interferón.

Se cree que el TNF-alfa puede

actuar como mediador de la replicación del propio VHC y por tanto, su bloqueo con fármacos anti-TNF-alfa, como etanercept, puede provocar la supresión de la misma, de forma independiente a los efectos del interferón.

Para evaluar la eficacia y seguridad del etanercept (fármaco anti TNF-alfa), como coadyuvante al tratamiento con interferón recombinante alfa-2b y ribavirina, el grupo de Zein y cols, de la Clínica Mayo, ha publicado recientemente los resultados de un estudio randomizado, doble ciego y controlado con placebo, en 44 pacientes con infección por VHC.

A las 24 semanas de tratamiento, habían eliminado el RNA del VHC el 63% de los pacientes del grupo de etanercept, frente al 32% del grupo placebo sin etanercept (P=0.04). Además, en general el grupo de etanercept tuvieron igual o menor número de efectos secundarios, siendo estadísticamente significativos a nivel cardiovascular, cutáneo y digestivo.

Los resultados de este trabajo, aunque realizado en un número pequeño de pacientes con infección por VHC sin enfermedad sistémica, tiene interés para la práctica clínica de los reumatólogos. Cada día es más frecuente atender a pacientes que padecen de enfermedades inflamatorias como la artritis

reumatoide, artritis psoriática o espondilitis anquilosante, en los que además tienen infección por el VHC.

En los últimos años se han publicado series cortas de casos de pacientes con VHC y enfermedades inflamatorias en los que se han utilizado fármacos anti TNF-alfa, señalando que son seguros y bien tolerados. Con los resultados de este estudio, parece razonable señalar al etanercept como fármaco de elección en estos pacientes.

Dr. José Rosas

ARTRITIS REUMATOIDE

El fraccionamiento de las dosis altas mejora la biodisponibilidad del metotrexato oral

ESTUDIO DE FARMACOCINÉTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE.

Hoekstra M, Haagsma C, Neef C et al. J Rheumatol 2006; 33: 481-5.

Los autores habían encontrado, en estudios previos, que el metotrexato a

dosis altas tiene mayor biodisponibilidad cuando se administra por vía subcutánea que oral. En el presente estudio investigan las diferencias en la biodisponibilidad del metotrexato, cuando se administra por vía oral en dosis única, o en dosis fraccionadas separadas por 8 horas, en pacientes con artritis reumatoide.

Para ello realizan un estudio de farmacocinética en 10 pacientes con artritis reumatoide tratados con dosis estables semanales de metotrexato (25-35 mg/semana). Para realizar el análisis se administra a cada paciente la dosis única y la fraccionada en dos semanas consecutivas. Para el estudio de poblaciones utilizan los datos de los 15 pacientes, que los autores publicaron en un estudio en el que se comparaba la administración oral y subcutánea del metotrexato.

Los resultados muestran que con la dosis fraccionada de metotrexato la biodisponibilidad es un 28% mayor que con la dosis única ($p=0,007$). La biodisponibilidad media de las dosis única y fraccionada fue del 0,76 y 0,90 de la conseguida con la administración subcutánea, respectivamente ($p=0,008$).

El metotrexato a dosis altas tiene menor biodisponibilidad, y aunque no hay demasiados estudios que evalúen como influye este hecho en la eficacia del fármaco, sí que hay alguna evidencia de que algunos pacientes responden al cambio de la vía oral a la parenteral. Algunos autores recomiendan el cambio de vía de administración a partir de 15 mg. En este estudio de farmacocinética las dosis evaluadas son mayores (25-35 mg/semana).

De cualquier forma el presente estudio apoya el intento de fraccionar la dosis, dos tomas separadas por ocho horas un día a la semana, en pacientes que no respondan a dosis altas de metotrexato oral, como alternativa al paso a la vía parenteral.

Dr. José Ivorra Cortés

ESCLERODERMIA

Eficacia de la ciclofosfamida oral en el tratamiento de la enfermedad intersticial pulmonar

CICLOFOSFAMIDA VERSUS PLACEBO EN EL TRATAMIENTO DE LA AFECTACIÓN PULMONAR DE LA ESCLERODERMIA.

Tashkin DP, Elashoff R, Clements PhJ et al. N Engl J Med 2006; 354: 2655-66.

Se trata de un ensayo a doble ciego, aleatorizado, controlado con placebo en el que se valora el efecto de la ciclofosfamida oral en la función pulmonar, engrosamiento de la piel, disnea y calidad de vida relacionada con la salud, en pacientes con alveolitis activa en el contexto de enferme-

dad pulmonar intersticial asociada a esclerodermia.

Se estudian 158 pacientes con esclerodermia procedentes de trece centros de EEUU que presentan disnea con el ejercicio de grado II, según el índice de disnea de Mahler, patrón restrictivo pulmonar y evidencia de enfermedad intersticial inflamatoria pulmonar por lavado broncoalveolar (neutrofilia $> 3\%$ y / o eosinofilia $> 2\%$), o TAC pulmonar de alta resolución (TACAR) con alguna opacidad con patrón de vidrio esmerilado. Se trató de forma aleatoria con ciclofosfamida oral hasta 2 mg/kg o placebo durante un año. Se realizó un seguimiento durante un año adicional. El objetivo primario fue la valoración de la capacidad vital forzada (CVF, expresada como el porcentaje del valor predecido) a los 12 meses, después de ajustar por la CVF basal.

Los resultados se basaron en 145 pacientes que cumplieron al menos 6 meses de tratamiento. La diferencia media absoluta en el porcentaje ajustado de la CVF a los doce meses fue de 2,53 % (intervalo de confianza al 95%, 0,28%-4,79%) a favor del grupo tratado con ciclofosfamida ($p<0,03$). También se encontraron diferencias significativas a favor del grupo tratado con ciclofosfamida en variables de desenlace secundarias como la disnea y la discapacidad medida mediante HAQ. En el análisis post-hoc el endurecimiento de la piel en pacientes con afectación cutánea difusa también fue menor en el grupo tratado con ciclofosfamida. El beneficio de la ciclofosfamida se mantiene a los 24 meses. En cuanto a efectos secundarios no hubo diferencias significativas, si bien, hubo más efectos secundarios en el grupo de tratado con ciclofosfamida.

La enfermedad pulmonar intersticial es una causa importante de morbi-mortalidad en los pacientes con esclerodermia. La utilización de dosis altas de corticoides entraña el riesgo de desencadenar crisis renales, por lo que debe evitarse. En este ensayo los pacientes fueron tratados con ciclofosfamida y era criterio de exclusión el tratamiento con dosis de prednisona superiores a 10 mg/día. Aunque las diferencias a nivel de la función pulmonar no fueron grandes entre los dos grupos, es llamativo que sí que repercuten en la calidad de vida y en la disnea de los pacientes, de forma clínicamente relevante. Un problema de este estudio es el alto porcentaje de abandonos, sólo el 68% de los pacientes lo completaron. Un dato importante es que los pacientes que fueron tratados durante 6 meses el beneficio se mantuvo a los 24 meses de iniciado el tratamiento.

En conclusión, la ciclofosfamida oral es eficaz frente a placebo en el tratamiento de la enfermedad intersticial pulmonar con inflamación de la esclerodermia, con ligera mejoría de la función pulmonar, pero que se traduce en beneficio de la disnea y de la calidad de vida de estos pacientes. Quedan por valorar los efectos secundarios a largo plazo.

Dr. José Ivorra Cortés

GRANULOMATOSIS DE WEGENER

¿Existen nuevas opciones terapéuticas en la granulomatosis de Wegener?

AUSENCIA DE EFICACIA DE RITUXIMAB EN LA GRANULOMATOSIS DE WEGENER CON MANIFESTACIONES GRANULOMATOSAS REFRACTARIAS.

Aries P, Hellmich B Voswinkel J, et al. Ann Rheum Dis 2006;65:853-858.

La granulomatosis de Wegener (GW) es una vasculitis sistémica que se caracteriza por la afectación de vasos de pequeño calibre y la presencia de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA). Aunque los tratamientos en los últimos años han permitido reducir de forma significativa la mortalidad, la ciclofosfamida y los corticoides siguen siendo las piedras angulares utilizadas para el control de esta enfermedad. Existen, sin embargo, casos en los que la actividad persiste o la enfermedad es refractaria al tratamiento. En estos casos se plantean serios problemas para el control de la enfermedad.

La presencia de ANCA y diversos modelos animales experimentales sugieren que las células B juegan un papel importante en la patogenia de la GW. Basándose en estas hipótesis diversos investigadores clínicos han comenzado a utilizar el rituximab (RTX), un anticuerpo monoclonal que se une al CD20 expresado en las células B y que provoca una depleción del linfocitos B, en la GW.

En este estudio abierto los investigadores trataron a 8 pacientes con GW que presentaban una enfermedad activa y progresiva. Cinco pacientes presentaban granulomas retroorbitales, 2 pacientes presentaban estenosis subglótica con disnea severa y uno presentaba granulomas pulmonares acompañado de sinusitis granulomatosa y destrucción ósea. Todos los pacientes habían sido tratados con ciclofosfamida, infliximab en 6, etanercept en 1 y micofenolato mofetil en otro. En todos los pacientes se realizó una evaluación de la actividad y la extensión de la enfermedad de acuerdo a los estándares utilizados en las vasculitis. La dosis de RTX se calcularon de acuerdo al área de superficie corporal (375/m²) y se administró en infusión intravenosa cada 4 semanas, cuatro ciclos consecutivos.

En los resultados evaluados a las 4 semanas después de la última dosis, se observó que 2 pacientes entraron en remisión, uno entró en remisión parcial, 3 permanecieron con el mismo estatus y dos progresaron. En todos los pacientes disminuyeron las cifras de células B hasta permanecer indetectables, mientras que los títulos de ANCA permanecieron estables en todos los pacientes excepto en dos.

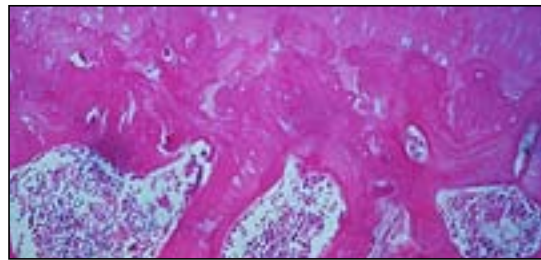
En las conclusiones los autores observan que la depleción de las células B no se asoció a una disminución de los títulos de ANCA o a una mejoría en la enfermedad granulomatosa.

Estos resultados contradicen los comunicados en estu-

dios previos en los que si se observó una relación directa entre la disminución de las células B, los títulos de ANCA y las manifestaciones clínicas. En opinión de los autores, la selección de pacientes en este estudio, con manifestaciones básicamente secundarias a los granulomas y no a la vasculitis y la posible presencia de otros mecanismos que influyan en la formación de ANCA, podrían explicar los pobres resultados de este estudio.

En nuestra opinión, dada la severidad de la GW, la ausencia de tratamientos realmente novedosos en esta enfermedad y la disparidad de los resultados publicados con el RTX en las diversas series, será importante observar los resultados de los ensayos controlados aleatorizados que actualmente se están realizando con el RTX. Cualquier novedad exitosa en el tratamiento de la GW será siempre bienvenida.

Dr. José Luis Fernández Sueiro



OSTEOARTROSIS DE RODILLA

¿Influyen los defectos en el cartílago articular en el desarrollo de osteoartrosis?

HISTORIA NATURAL DE LOS DEFECTOS DEL CARTÍLAGO DE LA RODILLA Y LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN SU EVOLUCIÓN.

Ding C, Cicuttini F, Scout F, et al. Arch Intern Med 2006; 166:651-658.

Los defectos del cartílago articular que se detectan en personas sanas asintomáticas por resonancia magnética nuclear (RMN) y en pacientes sintomáticos por artroscopia son frecuentes. Sin embargo aunque estos defectos en modelos animales son la causa de osteoartrosis (OA), en humanos se desconoce con exactitud cual es su papel en el desarrollo de la misma. Estudios preliminares sugieren que la prevalencia y severidad de estos defectos del cartílago se incrementan con la edad y el índice de masa corporal (IMC). Además combinados con otros factores parecen jugar un papel importante en los estadios iniciales de la OA de rodilla.

El objetivo de este estudio longitudinal fue estudiar la historia natural de estos defectos del cartílago de la rodilla

y los factores que influyen en su evolución. Para ello se realizó un estudio de seguimiento de 2 años en una población de sujetos que comprendía dos grupos; a) familiares de pacientes intervenidos de OA primaria de rodilla y b) población seleccionada al azar. En todos los pacientes se evaluó el IMC, la medición de los defectos del cartílago se realizó mediante RMN (medial, lateral y patelar) con una escala de 0-4. Además en todos los sujetos se realizaron radiografías de las rodillas, medición del volumen del cartílago de la rodilla y el tamaño del hueso de las mismas.

En total se pudieron estudiar 325 sujetos (190 mujeres y 135 hombres), la media de edad fue de 45 años. A los dos años se observó que el 21%, 21%, 22%, 33%, tenían un incremento y 27%, 26%, 13%, 37%, tenían una disminución en las escalas de medición de los defectos en los compartimentos medial, lateral, patelar y el total respectivamente. Los sujetos con un incremento en los defectos tenían un incremento en la altura, peso, cambio de peso, osteofitos, volumen de cartílago y tamaño óseo. El incremento en estos defectos fue mayor en mujeres que en hombres, en sujetos mayores de 40 años y en los que tenían un IMC de 25 o mayor. Alteraciones estructurales como un incremento en el volumen del cartílago, el tamaño del hueso subcondral y la presencia de osteofitos también se encontraron asociados a un incremento en los defectos.

En este estudio longitudinal los autores demuestran que los defectos del cartílago articular en la rodilla son comunes, que pueden ser reversibles y que podrían jugar un papel importante en las fases iniciales de la OA de rodilla. En este sentido ya se conoce que la edad, el sexo femenino y el IMC son factores de riesgo para el desarrollo de la OA de rodilla, y precisamente estos tres factores se encontraron asociados a una progresión de los defectos de la rodilla en este estudio.

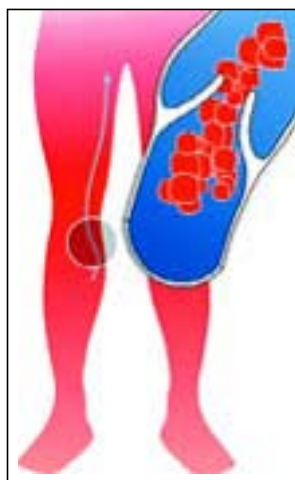
Aunque los resultados de este estudio necesitan ser corroborados con un número más amplio de sujetos y en diversas poblaciones para descartar posibles sesgos poblacionales o genéticos, interesa de nuevo subrayar la importancia del peso en el desarrollo o al menos la progresión de la OA de rodilla, por lo tanto debemos de insistir en nuestros pacientes la necesidad de mantenerse dentro de un peso adecuado para, al menos, conseguir un alivio sintomático de la OA de la rodilla.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

SINDROME ANTIFOSFOLIPIDICO

Anticuerpos antifosfolípidos y neoplasia

ANTICUERPOS ANTIFOSFOLIPÍDOS ASOCIADOS A NEOPLASIA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS EN 120 PACIENTES. Gómez-Puerta JA, Cervera R, Espinosa G, et al. *Semin Arthritis Rheum* 2006;35:322-332.



El síndrome antifosfolipídico (SAF), es una enfermedad autoinmune protrombótica, que se caracteriza por la aparición de trombosis arterial o venosa, abortos de repetición y la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (AAF). Puede aparecer asociado numerosas enfermedades (SAF secundario), especialmente a LES y otras enfermedades autoin-

munes, infecciones y también a neoplasias.

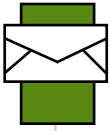
Por otra parte, se conoce que al menos el 20% de los con trombosis venosa profunda o tromboembolismo pulmonar tienen una neoplasia. Se han señalado diversos posibles mecanismos para la asociación de AAF y cáncer; producción de anticuerpos frente antígenos tumorales; producción de inmunoglobulinas con actividad anticoagulante lúpico o anticardiolipina; y secreción de estos anticuerpos por el propio tumor. Incluso hay estudios en los que se recoge la disminución de los títulos de AAF en los pacientes que responden a la quimioterapia.

Los autores de este estudio, del Hospital Clínico de Barcelona, realizan revisión de la literatura de los casos de neoplasia que tienen AAF. De los 120 casos que detectan (edad media: 57 años, 52% varones), el 52% de los pacientes presentaban una neoplasia hematológica (los más frecuentes: linfoma de células B, linfoma esplénico y leucemia mieloide crónica) y el 38% restante tumores sólidos (los más frecuentes: tumor de células renales, tumor de origen indeterminado, cáncer pulmonar y de mama).

Las manifestaciones clínicas más frecuentes relacionadas con la presencia de AAF fueron: trombopenia (25%), ictus cerebral (24%), trombosis venosa profunda (19%) y tromboembolismo pulmonar (15%). El 14% de los pacientes sufrieron un SAF catastrófico. En el 35% de los casos la neoplasia se diagnosticó al mismo tiempo que el SAF.

Los autores concluyen que es aconsejable tener en cuenta, especialmente en pacientes de edad avanzada, que la aparición de un evento trombótico asociado a AAF puede ser la primera manifestación de una neoplasia. La presencia de AAF en pacientes con neoplasia tiene implicaciones pronósticas y terapéuticas. El manejo del SAF en pacientes con neoplasia es similar a los pacientes que no la presentan, respecto a la presencia de trombosis y a la tromboprofilaxis, especialmente en situaciones de riesgo. Un apartado de interés es en pacientes con AAF que van a recibir cierto tipo de nuevos fármacos quimioterápicos, que se ha implicado con un aumento de riesgo tromboembólico.

Dr. José Rosas



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

Sequedad bucal y virus de la hepatitis C

Tengo 42 años, llevo una vida sana y realmente siempre me he encontrado bien. Sin embargo, desde hace un par de años estoy notando mucha sequedad en la boca. Fui a mi médico de cabecera, que me hizo unos análisis y me envió al reumatólogo porque esto podría ser una enfermedad reumática. Mi sorpresa ha sido cuando el reumatólogo me dice que lo que me produce esta sequedad es porque tengo una infección por el virus de la hepatitis C, de la que yo no me había enterado. No entiendo bien esa relación y les pediría que me la explicaran.

Ana P (Villajoyosa)

La infección por el virus de la hepatitis C es una enfermedad frecuente, que afecta a cerca del 1.5% de la población (en España, alrededor de 500.000 personas). En más de la mitad de los pacientes la enfermedad es asintomática y muchas veces se diagnostica al estudiar leves alteraciones en los análisis del hígado (las transaminasas). Sin embargo, otras veces se llega al diagnóstico duran-

te el estudio de síntomas que pueden aparecer fuera del hígado o del aparato digestivo, como ha sido su caso.

La primera causa de sequedad de boca es el consumo de fármacos que afectan a la producción de saliva, especialmente los antihistamínicos (utilizados para los procesos alérgicos), los sedantes y muchos antidepresivos. Sin embargo, la segunda causa más frecuente es una enfermedad reumática denominada síndrome de Sjögren (por eso le enviaron al reumatólogo), que se caracteriza por la infiltración de las glándulas salivales por linfocitos, que provoca la sequedad y la presencia de una serie de anticuerpos muy característicos.

Sabemos que algunos virus, como el de la hepatitis C, son sialotropos, es decir, que afectan y alteran las glándulas salivales y por tanto pueden provocar síntomas como sequedad bucal por afectarse la producción de la saliva. Por tanto puede parecerse al síndrome de Sjögren. El diagnóstico entre ambos se basa en que la hepatitis C no presenta los anticuerpos característicos del síndrome de Sjögren.

Por todo lo anterior, entre otros estudios determinados, se aconseja determi-

nar la presencia de hepatitis C, en todo paciente que presente sequedad bucal.

Dr. José Rosas

Infección en la columna por tuberculosis, ¿es contagiosa?

Tengo un compañero de trabajo al que recientemente se le ha diagnosticado una infección ósea en la columna por tuberculosis. Ante esta enfermedad se me plantean varias dudas que me gustaría que me resolviese. Yo creía que la tuberculosis era una infección de los pulmones y me parece extraño que los huesos puedan verse afectados. En segundo lugar, debido a que la tuberculosis es una enfermedad infecciosa, me gustaría saber si sus compañeros tenemos algún riesgo para padecer la misma enfermedad. En este sentido se nos ha recomendado que visitemos a nuestro médico de cabecera.

Juana (La Coruña)

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa que está causada por una micobacteria conocida

como *Mycobacterium tuberculosis*. A pesar de ser una enfermedad bien conocida, todavía está considerada como una enfermedad causante de una gran mortalidad a nivel mundial.

En España la tuberculosis ha presentado una gran prevalencia (frecuencia), habiendo disminuido en los últimos años gracias al gran esfuerzo realizado con campañas preventivas para su desarrollo (en Galicia en concreto el programa realizado por el Servicio Galego de Salud -SERGAS- ha permitido disminuir notablemente su prevalencia e incidencia). La forma de transmisión de la tuberculosis es de persona a persona, mediante el aire contaminado de pequeñas partículas que contienen al *M. tuberculosis*. En general si existe una infección, ésta se desarrolla fundamentalmente en el pulmón. Sin embargo, en ocasiones el microorganismo, por determinadas razones, se puede diseminar. Como consecuencia de esta diseminación, puede producirse una infección de los ganglios linfáticos, el sistema genitourinario, el sistema nervioso central, los huesos, el intestino o en general cualquier órgano. El microorganismo, una vez localizado en un órga-

no determinado, provoca un proceso infeccioso cuyas manifestaciones clínicas dependerán del órgano que se encuentra afectado. La persona que presenta este tipo de infección tuberculosa puede tener de forma concomitante una infección pulmonar, aunque esto no siempre ocurre. En el caso que usted nos comenta, lo más probable es que su compañero haya presentado una espondilodiscitis tuberculosa, que es una infección que se produce en el disco vertebral. Por otro lado, como consecuencia de este problema, habrá sido correctamente tratado por los médicos que lo atendieron y por lo tanto ya no existirá ningún riesgo de que pueda contagiarse a ninguna persona. Como usted ya comenta en su pregunta, siempre que existe un caso de tuberculosis, se recomienda que se realicen unas pruebas muy simples en aquellas personas más próximas a la persona enferma, para verificar que ninguna esté contagiada. Estas consisten en una prueba de la tuberculina en la piel y una radiografía de tórax. Generalmente, al existir estos casos, los médicos de la propia empresa realizan este tipo de pruebas, o como usted comenta los médicos de cabecera se encargan de realizarlas. Si las cosas se hacen de esta manera, el control de la posible infección se realiza siempre en el cien por cien de los casos.

Dr. J.L. Fernández Sueiro

El dolor de cadera se nota en la ingle y a veces se refleja en la rodilla

La semana pasada fui a mi médico porque noto desde hace dos meses un dolor un poco por encima de la nalga derecha. El dolor lo noto cuando camino un rato, a veces sentada también me duele, pero sobre todo cuando tengo que estar de pie por mi trabajo, o al intentar levantarme de la silla. En la cama estoy mejor, pero el intentar cambiar de postura suele molestarme bastante. Yo creía que era la cadera, pero mi médico me ha pedido unas radiografías de columna porque al explorarme me ha dicho que la cadera la tengo bien. ¿No creen que debería haberme pedido también radiografías de cadera?

A. Pérez (Paiporta). 55 años

Efectivamente, el dolor que usted cuenta parece que tenga su origen a nivel de la zona baja de la columna, sobre todo a nivel lumbar. Ese dolor puede estar producido por estructuras de la columna, o bien por los músculos que sostienen dicha columna. De cualquier forma una exploración minuciosa puede aportar datos sobre su origen. El dolor de cadera suele notarse en la ingle, a veces se refleja en la cara lateral

del muslo o incluso la rodilla. Una buena exploración de los movimientos de la cadera puede orientar bastante a su médico y junto con el tipo de dolor que usted cuenta le habrá sido suficiente para descartar, a priori, problemas a nivel de cadera. Por lo tanto, creemos que la sospecha de su médico es correcta.

Dr. José Ivorra Cortés

Anticoagulantes y embarazo

Tengo 31 años y soy auxiliar de clínica. Hace 4 años, estando tomando anticonceptivos, tuve una trombosis pulmonar, y tomo un anticoagulante (Sintrom) desde entonces. Al estudiarme vieron que tenía un anticuerpo en la sangre que era el causante y me diagnosticaron de síndrome antifosfolípido. Desde entonces he estado bien y ahora me planteo ya tener un embarazo. Mi reumatólogo me dice que no podré seguir el Sintrom cuando me quede embarazada y entonces me pasarán a tomar aspirina infantil junto con inyecciones diarias de heparina en la barriga. He estado tan bien con el Sintrom, que me da miedo cambiar al otro tratamiento: ¿realmente es necesario?.

Nuria G (Benidorm)

El síndrome antifosfolípido es una enfermedad

autoinmune que se caracteriza por la presencia de anticuerpos antifosfolípidos, que pueden provocar trombosis a cualquier nivel y abortos de repetición. Efectivamente, en estos pacientes está contraindicado totalmente la toma de anticonceptivos porque aumentan el riesgo de trombosis.

Hoy en día, el tratamiento de elección, cuando se ha tenido una trombosis, es tomar un anticoagulante como el Sintrom, probablemente de por vida. Cuando ocurre el embarazo, hay que retirar el Sintrom no más tarde de la 6ª semana, porque se sabe que puede provocar malformaciones y por otro lado aumenta el riesgo de hemorragia cerebral en el feto. En estos pacientes se debe pasar al tratamiento que le han aconsejado: aspirina infantil y heparina subcutánea durante todo el embarazo. Hay algunos estudios que plantean que se podría utilizar el Sintrom a partir de la semana 20 del gestación, pero sólo en condiciones de alto riesgo de tromboembolismo para la madre, como por ejemplo en mujeres portadoras de válvulas cardíacas metálicas, anticoaguladas.

Las inyecciones de heparina en el abdomen se administran de forma subcutánea, son poco traumáticas y normalmente las realiza el propio paciente con un sencillo entrenamiento. Por tanto, en su caso parece razonable cuando llegue el momento retirar el tra-

tamiento Sintrom como se le ha aconsejado. Tras el parto, puede volver al tratamiento con Sintrom.

Dr. José Rosas

El tomate y el ácido úrico

Tengo 43 años, recientemente he tenido el dedo gordo del pie hinchado en varias ocasiones y mi médico me ha dicho que esto era debido al ácido úrico elevado. Me ha diagnosticado de gota y me ha puesto una dieta. Alguno de mis amigos me ha dicho que si se tiene el ácido úrico alto no se pueden comer tomates. ¿Podría explicarme si esto es cierto y cuáles son las medidas que debo adoptar para no tener alto el ácido úrico?

Juan Carlos (Laracha)

En principio, por lo que usted relata, lo más probable es que usted haya padecido un ataque de artritis gotosa y como consecuencia del mismo precise un tratamiento para su control.

La gota es un enfermedad que se debe a la formación de cristales de urato monosódico en las estructuras articulares. Para que ello se produzca es necesario que previamente exista en la sangre un incremento paulatino de ácido úrico. De esta manera en un momento dado y debido a este exceso de ácido úrico se produce este

depósito en las articulaciones, lo que causa una artritis aguda que presenta un gran dolor e inflamación.

Inicialmente pueden producirse ataques en una sola articulación, pero si no existe control pueden presentarse ataques progresivos afectando a más articulaciones y pueden, incluso, con el tiempo producirse depósitos de los cristales en los tejidos blandos provocando lo que se conoce como tofos. La única forma de realizar el diagnóstico de certeza de la gota es extrayendo el líquido que se acumula en la articulación inflamada e identificar los cristales de urato monosódico con un microscopio de luz polarizada. Sin embargo, sólo los niveles de ácido úrico en sangre pueden ser de ayuda, pero no son útiles para la realización del diagnóstico.

Una vez que el diagnóstico de la gota se ha realizado, debe administrarse un tratamiento para evitar que se produzcan nuevos ataques articulares. En general, si se han tenido ataques, se debe adoptar un tratamiento. Para ello es fundamental el disminuir los niveles de ácido úrico. Aquellos factores conocidos que producen hiperuricemia deben controlarse: si el paciente tiene sobrepeso éste debe realizar una dieta apropiada para mantenerse en su peso normal, el alcohol produce un incremento notable del ácido úrico y por lo tanto debe restringirse y tomarse con moderación. Una dieta con restricción

de purinas no aporta grandes beneficios a los pacientes, por lo que no se recomienda, aunque si es importante moderarse en la alimentación. Finalmente, acompañando a estas medidas generales, se utilizarán aquellos medicamentos que disminuyen los niveles de ácido úrico.

Con respecto a lo que usted nos consulta, en primer lugar es necesario que se realice un diagnóstico exacto mediante el análisis del líquido articular para demostrar la presencia de cristales de urato monosódico. En cuanto a la dieta, como hemos comentado previamente, lo importante es la moderación. Por lo tanto, una persona que presente gota podría consumir cualquier tipo de comida. Por último, con respecto a la pregunta concreta del consumo de los tomates, no existe ningún tipo de asociación entre el consumo de los tomates y el ácido úrico. Por lo tanto, cualquier paciente que presente gota podrá consumirlos si lo desea.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

La vacuna de la gripe en pacientes con Lupus

Soy una mujer de 40 años y hace 6 años me diagnosticaron un lupus. He tenido inflamadas las articula-

ciones, manchas en la piel y también tuve el riñón un poco inflamado. Desde hace 2 años estoy bastante bien con tratamiento. Ahora tomo imurel y prednisona 5 mg. El año pasado me vacuné de la gripe, pero este año no sé qué hacer porque he oído que puede empeorar mi enfermedad. ¿Qué opinan ustedes?

M. Peláez (Valencia)

Con lo que sabemos en estos momentos, la vacuna de la gripe es segura en los pacientes con lupus eritematoso sistémico, y no hay pruebas que apunten a que aparezcan brotes de la enfermedad cuando se administra la vacuna. Además no debemos olvidar que por la propia enfermedad y por los medicamentos que utiliza, tiene menos defensas frente a las infecciones por lo que su riesgo de sufrir complicaciones derivadas de la gripe es mayor, igual que las personas mayores o los pacientes diabéticos, por ejemplo. De cualquier modo, el problema que podemos encontrar en su caso es que las defensas que se consiguen con la vacuna no alcancen los niveles adecuados, sobre todo por su tratamiento inmunosupresor con imurel. Sopesando todo lo anterior nosotros aconsejamos a nuestros pacientes con lupus eritematoso sistémico que se vacunen de la gripe.

Dr. José Ivorra



ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA
Y COMUNICACIÓN

Gabinete de Prensa · Editorial Técnica · Agencia de Publicidad
Diseño Gráfico / Audiovisuales · Gabinete Sociológico

Ibañez&Plaza pone a su disposición 5 divisiones concebidas para resolver cualquier necesidad de Comunicación en Salud con la máxima calidad y eficacia.

Desde 1988 proporcionamos a nuestros clientes los mejores profesionales y las técnicas más avanzadas para apoyarles en sus objetivos.

Compruebe el estilo que nos caracteriza en **www.ibanezplaza.com**



ibáñez & Plaza

EDITORIAL TÉCNICA Y COMUNICACIÓN

Se confirma la protección de tamoxifeno y raloxifeno para el cáncer de mama y fracturas osteoporóticas

■ LR.-Dr. José Rosas

El tamoxifeno es un fármaco del grupo de los moduladores selectivos del receptor estrogénico (SERM), que se ha utilizado en los últimos 30 años en el tratamiento y prevención del cáncer de mama invasivo y no invasivo. El raloxifeno, es un SERM de segunda generación, estudiado y utilizado ampliamente en la prevención y tratamiento de la osteoporosis, con datos de los estudios MORE (Multiple Outcomes Raloxifene Evaluation) y CORE (Continuing Outcomes Relevant to Evista), que apoyan que produce reducción significativa del riesgo de cáncer de mama invasivo.

Recientemente se han publicado resultados del estudio STAR (Estudio de Tamoxifeno y Raloxifeno), que eva-

lúa los efectos y seguridad de raloxifeno y tamoxifeno en el riesgo de desarrollar cáncer invasivo de mama y la incidencia de otras enfermedades como: cáncer no invasivo de mama, cáncer uterino, enfermedad tromboembólica y fracturas óseas. De una población inicial de 96.000 mujeres con riesgo elevado de cáncer de mama, finalmente cerca 20.000 mujeres reciben tamoxifeno o raloxifeno durante 5 años.

De los resultados se obtiene que raloxifeno es tan efectivo como tamoxifeno para reducir el riesgo de cáncer invasivo de mama; tiene un menor riesgo de eventos tromboembólicos y de aparición de cataratas; sin embargo, aunque el riesgo para la aparición de cáncer de mama no invasivo es mayor con raloxifeno, no

es estadísticamente significativo. Por otra parte, el riesgo de ambos fármacos fue similar para la aparición de otros cánceres, cardiopatía isquémica, ictus o fracturas óseas. Hay que resaltar que solo se realizaron radiografías de columna al final del estudio por lo que se desconocía la existencia de fracturas vertebrales previas en ambos grupos.

Los datos de este estudio no sólo son de interés general, sino también para los reumatólogos, pues habrá que tenerlos en cuenta en nuestras pacientes postmenopáusicas con osteoporosis a la hora de la anamnesis, preguntando por antecedentes familiares (especialmente de primer grado) de cáncer de mama, y a la hora de valorar el raloxifeno como tratamiento en esta situación.

ARTÍCULO ORIGEN:
Vogel VG, Costantino JP, Wickerham DL, et al for the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project (NSABP). Efectos del Tamoxifeno versus Raloxifeno para el riesgo del desarrollo del cáncer de mama invasivo y aparición de otras enfermedades. JAMA 2006;295:2727-2741

■ LR.-Dr. José Ivorra

Las fracturas vertebrales osteoporóticas están infradiagnosticadas porque en ocasiones cursan de forma oligosintomática, o bien el dolor que producen se autolimita y no se investiga. Sin embargo, su presencia aumenta el riesgo de tener una nueva fractura osteoporótica tanto vertebral como en otra localización. Diversos estudios han evidenciado que tanto los radiólogos como los médicos no especialistas en aparato locomotor tienden a pasar por alto fracturas vertebrales en radiografías laterales de tórax, o laterales de columna lumbar, solicitadas para estudiar muchas veces enfermedades ajenas al aparato locomotor o a la osteoporosis. En un reciente estudio, firmado por Casez P y colaboradores (Osteopor Int 2006; 17:965-970), se observa que los radiólogos sólo

La formación para médicos no especialistas mejora la detección de fracturas vertebrales

detectan en las radiografías valoradas el 34% de las fracturas vertebrales y los internistas generalistas el 22 %. Cuando se realizan programas de formación dirigidos a los internistas generalistas mediante charlas, esquemas etc., mejora la identificación de las fracturas pasando al 43%. Los radiólogos, que no reciben dicha formación, siguen con cifras muy bajas de detección de fracturas vertebrales (22%). La formación también influye en la iniciación del tratamiento, antes de la intervención sólo el 11% de los pacientes con fracturas eran tratados

y después de la misma el 40 % recibió tratamiento.

Muchas veces asumimos que cuando utilizamos pruebas diagnósticas objetivas como la radiología no existe variabilidad. Esto no es así, y son necesarias medidas dirigidas a la formación para sensibilizar a los médicos en la detección de determinados hallazgos, como la presencia de fracturas vertebrales, que sirven para identificar a pacientes con alto riesgo de tener nuevas fracturas. Este estudio apoya las iniciativas similares que se están realizando en España.

Los corticoides pueden provocar fibrilación auricular

■ LR.-Dr. José Rosas

La fibrilación auricular (FA) es la arritmia más frecuente en la clínica. Su prevalencia alcanza al 4% de la población mayor de 60 años. La FA, ya sea permanente o paroxística, se asocia con un aumento de 4 a 5 veces del riesgo de ictus cerebral.

Algunos fármacos se han asociado con el desarrollo de FA. En concreto, se atribuye a los corticoides (CE), su asociación con esta arritmia, aunque realmente este hecho no está basado en estudios controlados sino en casos publicados. Se cree que los CE actuarían como un factor arritmógeno desencadenante, mediante diversos mecanismos: por su acción en los flujos locales de potasio de las membranas celulares y mediante los efectos mineralcorticoides con retención de agua y sodio, que son factores de riesgo ya conocidos para la aparición de FA.

Recientemente el grupo de van der Hooft ha publicado un estudio de casos y controles anidado, sobre este aspecto, de una cohorte de 7983 adultos mayores de 50 años pertenecientes al estudio Rotterdam, que hubieran presentado FA en los últimos 10 años y que hubieran seguido tratamiento CE por cualquier causa. Denominaron bajas dosis de CE a los que hubieran tomado dosis de prednisona o equivalente < 7.5 mg y altas dosis de CE, a los que hubieran recibido > 7.5 mg.

Se registraron 385 casos durante el periodo de estudio. El riesgo de aparición de nueva FA fue significativamente mayor en los pacientes que recibían CE frente a los que no los recibían (OR: 3.75. IC: 2.38-5.87). Sin embargo, sólo entre los que utilizaron CE a dosis altas el riesgo estaba aumentado (OR: 6.07. IC: 3.90-9.42),

frente a los que usaban dosis bajas (OR: 1.42. IC: 0.72-2.82). La asociación entre dosis altas de CE y FA, era independiente de la enfermedad de base por la que se tomaba el CE, ya fuera pulmonar, neoplásica o reumática.

Como se recoge en este estudio, sería conveniente vigilar la aparición de FA, entre los pacientes que van a utilizar dosis de prednisona > 7.5 mg diarias durante un tiempo, con independencia de la enfermedad de base, especialmente entre aquellos que ya presentan otros factores de riesgo cardiovascular y para la aparición de FA.

Sin embargo, se hecha de menos en los datos publicados, no haber realizado análisis con diversos tramos de dosis de corticoides, diferenciando dosis medias de altas o incluso corticoides a dosis altas administrado en forma de pulsos intravenosos.

ARTÍCULO ORIGEN: van der Hooft CS, Heeringa J, Brusselle GG, et al. Corticoides y riesgo de fibrilación auricular. Arch Intern Med 2006;165: 1016-1020.

Las fracturas de cadera aumentaron un 54% en Cantabria entre 1988 y 2002

■ LR.-Dr. José Ivorra

Hernández y colaboradores han publicado en Osteoporosis Int (2006; 17:464-470) un estudio epidemiológico retrospectivo en el que se analiza la evolución de las fracturas de cadera en la comunidad de Cantabria entre los años 1988 y 2002. Entre sus datos destaca que el número absoluto de fracturas de cadera aumentó un 54% en esos 14 años. Sin embargo, la incidencia en ambas fechas es similar cuando se ajustan los datos por la

edad, lo que indica que el incremento es debido sobre todo al envejecimiento de la población. Este hecho nos puede hacer pensar que todo el esfuerzo económico que se está realizando, en cuanto a la detección y tratamiento de la osteoporosis, no se refleja en una disminución de la incidencia de fracturas. Los autores aportan datos de la evolución del consumo de fármacos para el tratamiento para la osteoporosis en la comunidad cántabra que muestran el claro aumento en su utilización.

Un dato que aparece en el trabajo y que apoyaría la eficacia de los tratamientos frente a la osteoporosis, es el del mayor aumento de fracturas a nivel cervical frente a las de trocánter, más relacionadas con la osteoporosis. Se mantiene, por otra parte, la menor frecuencia de fracturas respecto a otros países occidentales (nórdicos y EEUU).

Es importante que conozcamos estos datos, pues de alguna forma nos deben hacer reflexionar sobre la efectividad de las medidas terapéuticas. En este caso, si la incidencia de las fracturas de cadera, ajustada por la edad, se mantiene, debe plantearse al menos alguna duda sobre la idoneidad de las medidas que adoptamos para la detección y tratamiento de la osteoporosis

Infliximab, también en monoterapia para la artritis psoriásica

La EMEA (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products) amplió el pasado mes de julio la indicación de Remicade (infliximab) para pacientes con artritis psoriásica. Anteriormente el uso de infliximab para el tratamiento de artritis psoriásica activa y progresiva en pacientes que no han respondido adecuadamente a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad debía ir en combinación con metotrexato. A partir de ahora, con la ampliación de indicación, Remicade podrá administrarse en combinación con metotrexato o en monoterapia en pacientes que presenten intolerancia a metotrexato o en los que esté contraindicado metotrexato. Con este cambio aquellos pacientes que, por diferentes razones, no pueden recibir el metotrexato se verán beneficiados en su tratamiento, ya que sí que podrán recibir Remicade.

BENEFICIO DEL TRATAMIENTO INICIAL Y RÁPIDO CON REMICADE EN AR

Por otra parte, el estudio BeSt ha demostrado los beneficios de un tratamiento inicial y rápido con Remicade para el paciente de artritis reumatoide.

Este estudio, multicéntrico, aleatorizado y controlado, publicado en la revista *Arthritis Rheum* (2005;52(11):3381), evaluó la eficacia de cuatro estrategias de tratamientos diferentes para la artritis reumatoide temprana sin tratamiento previo. Las estrategias evaluadas fueron monoterapia secuencial, terapia de combinación con



En artritis reumatoide se ha demostrado una respuesta clínica más rápida y eficiente administrando Remicade de forma temprana

aumento, terapia inicial combinada con altas dosis de prednisona y finalmente terapia inicial combinada de metotrexato e infliximab (Remicade). Se realizaron ajustes de las dosis cada tres meses para intentar obtener disminución en la actividad de la enfermedad.

Se incluyeron 508 pacientes distribuidos en cuatro grupos con seguimiento de un año. Los pacientes que recibieron terapia inicial combinada tuvieron mejoría fun-

cional más rápida y menor progresión radiológica al compararlos con los pacientes tratados con monoterapia secuencial y terapia de combinación con aumento. De modo que quedó demostrado que aplicando este tratamiento de forma temprana se consigue una respuesta clínica más rápida y más eficiente con Remicade, anti-TNF que se administra por vía intravenosa cada ocho semanas en centros hospitalarios.

Los problemas osteoarticulares son los más frecuentes en las mujeres mayores de 50 años

El problema de salud que más afecta a las mujeres mayores de 50 años son las dolencias osteoarticulares, según las conclusiones del estudio Salud 50+ "La salud después de los 50", realizado por el Observatorio de Salud y Mujer, y la Fundación Biblioteca Josep Laporte dentro del Aula Salud y Mujer de la Universidad de los Pacientes. El estudio se enmarca dentro de una campaña con el mismo nombre, en colaboración con Sanofi Aventis, para promover el cuidado de la mujer en esta franja de edad. Para el trabajo se entrevistaron a 1.201 mujeres de una muestra representativa de la población española mayor de 50 años.

El estudio pone de manifiesto que la mayoría de las mujeres (el 61%) percibe su estado de salud como bueno, frente a sólo un 25 % que lo percibía como malo. En este sentido las mujeres en la franja de edad de 50 a 64 años manifiestan tener mejor salud que las mayores de 65 años, que tienen por lo tanto una peor percepción de su estado de salud. Este dato coincide con el extraído de la Encuesta de Confianza en el SNS.

LA PREOCUPACIÓN MÁS FRECUENTE

A la pregunta '¿cuáles son los principales temas de salud que le preocupan?', el cáncer es la enfermedad que más quebraderos de cabeza causa (lo mencionan en primer lugar un 26,5% de las mujeres), seguido por los problemas óseos y los coronarios. De todas formas, si

se suman los problemas óseos, musculares, articulares y de extremidades, éstos suponen la preocupación más frecuente.

A la pregunta '¿Qué tipo de dolencia, enfermedad o problema de salud ha tenido en los últimos doce meses?' la mayoría, 26 %, menciona los problemas en articulaciones, un 20%, en extremidades,

También son los que más les preocupan, según un estudio realizado por el Observatorio de Salud y Mujer

un 18% en la espalda, un 6,4 problemas musculares... Según el doctor Albert J. Jovell, director de la Fundación Josep Laporte, "lo que más les preocupa es lo que más les afecta, y son las enfermedades osteoarticulares".

Sin embargo, el padecimiento de estas dolencias no está relacionado con el hecho de sufrir accidentes u hospitalizaciones. Así, sólo el 10% había tenido algún accidente en el último año y sólo el 13% había sido hospitalizada al menos durante una noche.

A pesar de que más de un 70% dice padecer dolencias osteoarticulares, un porcentaje elevado también percibe su estado de salud como bueno, lo que puede sugerir que tolera el malestar, que lo acepta

en muchos casos como algo normal de esa etapa de la vida.

También se observa en el estudio, según señaló la doctora M^a Dolors Navarro, directora del Observatorio de Salud y Mujer, que más de un 30% de las mujeres presentan un estado de ánimo bajo, deprimido, triste...

MÉDICOS Y MEDICAMENTOS

Durante las dos semanas anteriores a la realización de la encuesta, un 43% de las mujeres habían consultado al médico, bien personalmente o por teléfono, en la consulta o en el domicilio.

Es destacable el hecho de que, en la franja de edad de entre 50 y 64 años, un 59% no había consultado al médico, una cifra tres puntos porcentuales por encima que las mujeres mayores de 65 años.

El estudio Salud50+ refleja que el consumo de medicamentos en las mujeres mayores de 50 años es importante. Así, el 77% de las encuestadas había tomado algún fármaco en las dos semanas anteriores al estudio, aunque las mujeres mayores de 65 años sacan casi 20 puntos porcentuales a las de entre 50 y 64 años en el consumo de medicamentos por receta, situándose en un 86% y en un 67%, respectivamente.

Los datos son bien distintos al preguntar sobre el uso de la medicina alternativa, incluyendo la homeopatía o la naturista, ya que sólo un 5% declararon utilizarla frente a un abrumador 95% que nunca lo había hecho.

MabThera (rituximab), aprobado en Europa **contra la artritis reumatoide**

MabThera (rituximab) ha recibido la aprobación por la Comisión Europea para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) en Europa. MabThera en asociación con metotrexato está indicado para el tratamiento de pacientes adultos con AR activa grave que no han respondido adecuadamente a las opciones terapéuticas actuales, incluidos uno o más inhibidores del factor de necrosis tumoral (antiTNFs), o no los toleran.

MabThera es la primera y única terapia selectiva dirigida a las células B que proporciona una aproximación distinta a la AR. Las células (linfocitos) B desempeñan una función promotora clave en el proceso patológico de la AR y MabThera parece romper este proceso, previniendo así sus nocivos efectos e instaurando unos benefi-

DATOS A UN AÑO

En el ensayo REFLEX los pacientes que habían recibido una tanda inicial de sólo dos infusiones de 1.000 mg de MabThera, separadas por un intervalo de dos semanas, junto con una dosis estable de metotrexato, presentaban un mejoría sintomática (respuesta ACR2) estadísticamente significativa al cabo de 24 semanas, en comparación con los que habían recibido placebo y metotrexato.

El análisis de los datos de 24 semanas del estudio REFLEX no reveló ningún signo de toxicidad inesperado, lo que concordaba con los resultados obtenidos anteriormente.

Los datos de un año presentados recientemente en el Congreso Europeo de Reumatología (EULAR) evidenciaban que MabThera previene en grado significativo el daño estructural articular causado por la AR en

detener este proceso mediante la inhibición de una serie de reacciones que inflaman las membranas sinoviales y desembocan en la pérdida de cartilago y la erosión ósea características de la enfermedad. Hasta la fecha, más de 1.000 pacientes con AR han sido tratados con MabThera en estudios clínicos.

NUEVAS OPCIONES PARA NO RESPONDEDORES

La AR se caracteriza por hinchazón, dolor y limitación de los movimientos articulares de manos, pies, codos, rodillas y cuello. La AR puede acortar la esperanza de vida cuando afecta a órganos vitales. Al cabo de 10 años, menos de la mitad de los enfermos de AR pueden seguir desempeñando su profesión o sus actividades diarias con normalidad.

"Dado el alto número de pacientes que no responden a los tratamientos actuales, o no los toleran, es muy grande la necesidad de nuevas y eficaces opciones", señala William M. Burns, director general (CEO) de la División Roche Farmacéutica. "Creemos que MabThera, primer e innovador tratamiento de Roche para la AR, aliviará la situación de los pacientes con esta enfermedad debilitante y que nuestros programas de investigación y desarrollo en marcha aportarán más terapias para los grupos que las necesitan".

Rituximab venía siendo utilizado contra el linfoma no hodgkiniano (LNH), un tipo de cáncer linfático en el que se ha administrado a más de 730.000 pacientes a lo largo de siete años sin problemas mayores de seguridad toxicológica.

Su mecanismo de acción sobre los linfocitos B ofrece una nueva opción terapéutica a los pacientes con AR que no responden adecuadamente a los tratamientos biológicos

cios terapéuticos duraderos para el paciente.

La autorización del fármaco de Roche se basa en los resultados del estudio REFLEX1 con MabThera en asociación con metotrexato, tratamiento que demostró ser eficaz para controlar los síntomas y mejorar el estado físico y mental de los pacientes con AR.

los pacientes que no han respondido adecuadamente a los inhibidores del TNF.

MabThera actúa selectivamente sobre los linfocitos B que expresan el antígeno CD20, sin afectar a las células madre, los linfocitos pro-B ni las células plasmáticas. Los linfocitos B desempeñan una función crucial en el proceso autoinmune de la AR, y MabThera está diseñado para

SE DESARROLLA EN LA UNIVERSIDAD DE UTAH

Un ensayo clínico pretende establecer si la artrosis tiene base genética

Determinar si la artrosis tiene una base genética y, por tanto, descubrir si realmente existen subgrupos de pacientes artrósicos que respondan a un determinado tratamiento, es el objetivo fundamental de un ensayo clínico en farmacogenómica en artrosis que va a desarrollar la Universidad de UTA.

El Dr. Daniel O. Clegg, director de la División de Reumatología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Utah, ha presentado en el Hospital del Mar de Barcelona este ensayo pionero. Si se confirma la etiología genética de la artrosis, se abrirían nuevos horizontes a la terapia de esta enfermedad, ya que sería posible identificar previamente a los pacientes y tratarlos con la terapia más eficaz en función de su perfil.

Por otra parte, a través del estudio del ADN se pretende identificar marcadores bioquímicos (a nivel de hueso subcondral, cartílago y membrana sinovial) que permitan determinar la predisposición a desarrollar esta enfermedad, las articulaciones de mayor riesgo y el grado de severidad en el que se encuentra la patología. Un conocimiento que permitirá un diagnóstico más precoz de la enfermedad y el inicio de una medicina personalizada que tendrá como resultado una notable mejoría en el tratamiento y la calidad de vida del paciente.

INDIVIDUALIZAR EL TRATAMIENTO

Hasta el momento no se ha podido determinar el marcador o la técnica

de imagen que determine, con precisión, el grado de predisposición del sujeto a padecer artrosis o de evaluar la efectividad del tratamiento condroprotector.

El tratamiento de la artrosis debe ser individualizado, señalan los especialistas, y ajustarse a la articulación afectada. Los objetivos del tratamiento son controlar la sintomatología, es decir el dolor, mantener la funcionalidad de la articulación, y reducir al máximo la progresión de la enfermedad.

Medidas no farmacológicas, como rehabilitación, reducir la carga que soportan las articulaciones, incluida la obesidad, o ejercicios para fortalecer la musculatura... mejoran los síntomas de la enfermedad.

Analgésicos y antiinflamatorios son los fármacos más consumidos por estos pacientes. Los fármacos modificadores de síntomas de acción lenta, SYSADOA (Symptomatic Slow Acting Drugs in Osteoarthritis), se caracterizan porque su efecto se inicia después de 2-3

De confirmarse la hipótesis, sería posible identificar previamente a los pacientes y tratarlos con la terapia más eficaz

semanas de tratamiento, y persiste de 2 a 6 meses después de cesar su administración (efecto remanente). Forman parte de este grupo terapéutico el ácido hialurónico, el condroitin sulfato, la diacereína y el sulfato de glucosamina. Todos ellos cuentan con suficiente evidencia científica que demuestra su eficacia para controlar el dolor de la artrosis, principalmente en la artrosis de rodilla.

ENFERMEDAD ARTICULAR MÁS FRECUENTE

La artrosis es la enfermedad articular más frecuente en nuestro país; se sabe que afecta a cerca de siete millones de españoles. Consiste en un "desgaste" del cartílago articular que puede ser progresivo. La enfermedad puede afectar a cualquier articulación, pero las más frecuentes son las de las manos, la rodillas, las caderas y la columna vertebral. Contrariamente a lo que muchas personas piensan, la artrosis no es una enfermedad exclusiva de la vejez; cualquiera puede padecerla. La artrosis aumenta su frecuencia con la edad, y es más común en la mujer y en personas genéticamente predisuestas, pero -aunque muchos de estos factores no se pueden modificar- evitar su aparición y progresión es posible.

Más del 70% de los mayores de 50 años tienen signos radiológicos de artrosis, siendo las localizaciones más frecuentes la cervical, la lumbar y las interfalángicas distales de las manos.

Suscríbese a LOS Reumatismos

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

LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Particulares

Apellidos Nombre NIF
Dirección Población
Provincia C.P.
Teléfono Fax E-mail

Suscripción por 6 números

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

Fecha: __ / __ / 200__

Firmado:

Forma de pago

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

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

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

LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Empresas/Asociaciones

Denominación social CIF
Actividad principal
Dirección Población
Provincia C.P.
Teléfono Fax E-mail

Persona de contacto Cargo

Suscripción por 6 números

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

Fecha: __ / __ / 200__

Firmado:

Forma de pago

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

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

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

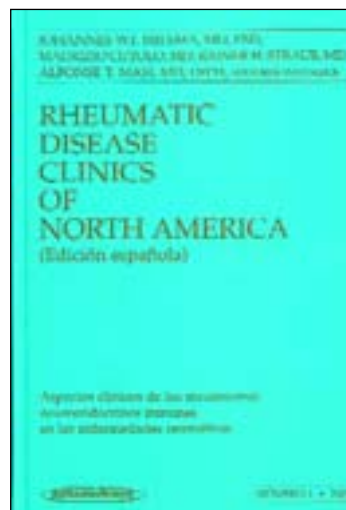
Libros de Reumatología

Enfermedades reumáticas: profundizando en los mecanismos neuroendocrinos

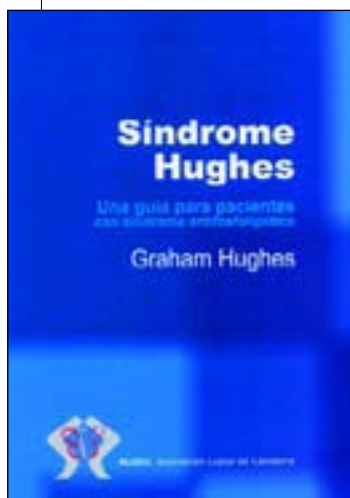
Los aspectos clínicos de los mecanismos neuroendocrinos inmunes en las enfermedades reumáticas conforman el tema que aborda el número 1-2005 de la edición española de "Rheumatic Disease Clinics of North America" (Editorial Médica Panamericana).

El libro incluye un amplio contenido de materiales que analizan aspectos tan sugestivos como los avances en el tratamiento con glucocorticoides (básicamente nuevos compuestos esteroideos y manejo de la toxicidad), estrógenos y artritis (llamamiento a la prudencia en

la administración de estrógenos exógenos a las pacientes con enfermedades autoinmunes), neurotransmisores simpáticos en la inflamación articular, disfunciones en el sistema nervioso autónomo en las enfermedades reumáticas, aspectos neurogénicos de la inflamación, control del dolor mediante la actuación sobre las vías neurogénicas, ritmos circadianos y artritis, interacciones neuroendocrinas inmunes en el lupus eritematoso sistémico, estrógenos y neuropéptidos en el fenómeno de Raynaud...



Novedosa descripción del síndrome Hughes (antifosfolipídico) a cargo de su descubridor



A l igual que sucede con cualquier máquina delicada, el cuerpo humano puede verse afectado profundamente por las alteraciones del suministro de sus materiales vitales. Cuando la sangre muestra una tendencia a coagularse en exceso tiene el potencial de interrumpir el aporte de oxígeno que recibe cualquier órgano corporal.

En 1983 el Dr. Graham Hughes y su equipo describieron en Londres un síndrome caracterizado por trombosis (tanto en extremidades como en órganos internos), cefaleas, pérdida de memoria, ictus y, en mujeres embaraza-

das, trombosis placentaria y abortos recurrentes.

El síndrome, conocido ya en todo el mundo como de Hughes o antifosfolipídico, es más frecuente de lo que podría pensarse. Tanto, que es responsable, por ejemplo, de hasta uno de cada cinco casos de ictus en personas jóvenes. Por fortuna, esta afección tiene tratamiento.

El presente libro, valiosa iniciativa editorial de la Asociación Lupus de Cantabria, con la ayuda del Gobierno de aquella comunidad autónoma, ofrece la primera descripción en profundidad para pacientes del síndrome, a cargo de propio Dr. Hughes.

Trastornos óseo metabólicos secundarios a **trasplante renal**



Veinte autores colaboran en este manual altamente especializado en torno a los problemas de patología óseo metabólica que se presenta después del trasplante renal. Esta afección ha cobrado relevancia en nuestros tiempos debido a la consolidación del éxito habitual en el trasplante de riñón, con altos índices de supervivencia prolongada. Por otra parte, la edad media de los receptores se ha incrementado considerablemente, lo que conlleva un mayor riesgo de patología ósea. Al mismo tiempo se ha avanzado en el conoci-

miento y técnicas diagnósticas de esta entidad y se está avanzando rápidamente en el estudio de sus posibilidades terapéuticas.

El presente libro, fruto de un curso organizado en el Hospital Clínic de Barcelona, revisa el estudio de la patología óseo metabólica del trasplante renal, desde su fisiopatología hasta las alternativas actuales de prevención y tratamiento, y aborda al mismo tiempo todos los métodos de diagnóstico.

El editor es el Dr. José Vicente Torregrosa Prats, con la colaboración de Novartis. (Ediciones Mayo).

Traumatismos y traumatizados en **El Quijote**

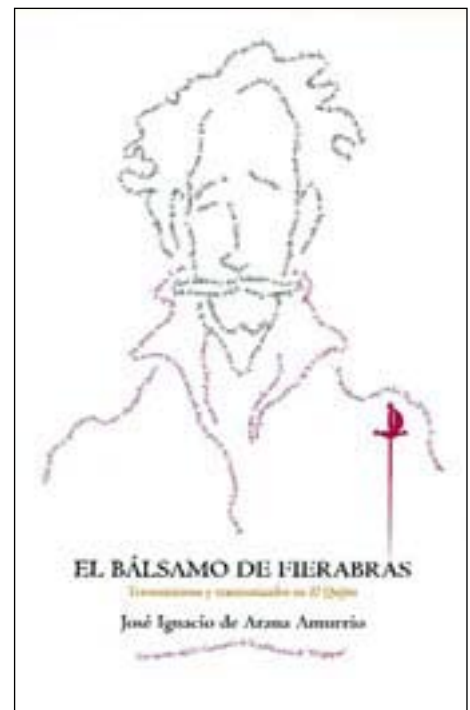
José Ignacio de Arana Amurrio, un brillante y destacado valor dentro de la Asociación Española de Médicos Escritores y Artistas, es un profundo conocedor de nuestro Siglo de Oro y vocacionalmente ligado a esa época en muchas de sus originales creaciones literarias.

En este caso la Sociedad Española de Reumatología, amparando esta edición con el concurso de Pfizer, ha valorado justamente la originalidad y calidad de esta incursión de Arana Amurrio en el Quijote para destacar una buena porción de la

medicina y remedios aplicados a las dolencias de los huesos según el conocimiento de la época cervantina.

El Dr. Jesús Tornero Molina, redactor del prólogo, justifica la iniciativa recordando su coincidencia con el cuarto centenario de la publicación de "El Quijote", conmemoración a la que la SER no quería permanecer ajena.

Arana Amurrio novela con amabilidad y brillantez su ficticio encuentro con el bachiller Sansón Carrasco y el barbero-sangrador maese Nicolás en la venta de Puerto Lápice.



PROF. DR. ANTONIO CASTILLO-OJUGAS

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

Contemplemos una vez la obra cumbre de la pintura universal, "Las Meninas" de Velázquez. "Meninas" es una palabra portuguesa que se refería a las damitas jóvenes que acompañaban a las infantas. El nombre se lo puso don Federico de Madrazo, director del Museo del Prado a mediados del XIX y con ese nombre se quedó inmortalizado. Cuando Velázquez lo pintó, se le conocía como "Retrato de familia".

Existen muchas interpretaciones de lo que es y lo que significa el cuadro. Para nuestro estudio vamos a tomar una de ellas, la de que Velázquez está pintando el grupo que gira en torno a la Infanta Margarita y entran sin avisar a la sala los Reyes, don Felipe y su mujer y sobrina, doña Mariana de Austria, imagen que queda reflejada en un espejo. Era su primera hija.

Recordemos que en aquellos momentos la Infanta podría ser la heredera del Trono, pues su hermanastra, doña María Teresa, último retoño de Felipe IV y de su primera mujer Isabel de Borbón, ya estaba comprometida con Luis XIV y había renunciado a la Corona. Fue, aunque no jurada, Princesa de Asturias, puesto que ya estaban preparándose los trámites para comprometerla con su primo el Emperador de Austria, Leopoldo I, hasta que en 1657 nace el Infante Felipe Próspero, que muere a los cuatro años, cinco días antes que naciera el heredero, Carlos II.

La entrada de los Reyes en la Sala del cuadro pillan por sorpresa a la pequeña Corte. Por eso la Menina que está de pie, doña Isabel de Velasco, inicia una reverencia, pero la otra, que está arrodillada, doña

Bucarofagia (comer barro), una curiosa costumbre de nuestro siglo de oro

*Yo señor, gusto del barro
que me agrada ver que suena
mascadito, poco a poco,
en los dientes y en las muelas*

**"Los gustos de las mujeres",
entremés anónimo, s. XVIII**

María de Sarmiento, ofreciendo a la Infanta un búcaro de agua fresca, no se apercebe de la llegada real, porque está casi de espaldas. Margarita tiende su mano hacia el búcaro, pero sorprendida, queda con el movimiento iniciado y dirige la mirada hacia sus padres. Tampoco presta demasiada atención la guardadamas, doña Marcela de Ulloa, que sigue conversando con su compañero don Diego Ruiz de Azcona.

"Búcaro"

Pero centrémonos en el estudio del "Búcaro", palabra igualmente portuguesa que se refiere a ese pequeño cantarillo de barro muy fino y poroso que hacía el agua muy fresca en todo tiempo y sobre todo en verano. Tanto eran capaces de "sudar" estos cacharros, que desa-

parecía el líquido al cabo de varias horas. Colocados en una estancia, refrescaban el ambiente como lo comentó en el siglo XIX Teófilo Gautier en sus "Viajes por España".

En el gran diccionario clásico que es el "Tesoro" de Covarrubias, se define el búcaro como "género de vaso de cierta tierra coloreada que traen de Portugal y porque en la forma era ventriculoso e hinchado le llaman búcaro o bucca, que vale el carrillo hinchado. Destos barros dicen las damas que comen por amortiguar el calor o por golosina viciosa".

Ya tenemos aquí el motivo de nuestro enunciado. Estos barros se masticaban y comían dando lugar a una manía o costumbre que la investigadora Natacha Seseña ha



“Son tan delicados de aroma y sabor que a menudo las mujeres comen barro. Por esta razón la loza es vendida por arrobas en Tampa, Veracruz o Acapulco, incluso cuando está rota”

llamado bucarofagia y si bien muy apreciados eran los de Extremos, no les iban en zaga los de Garrovillas, pero los que no tenían rival eran los de Tonalá, en el estado mejicano de Guadalajara.

Tal fama tenían estas arcillas que otro autor clásico, Juan de Zabaleta, en “El Estrado”, refiere que yendo de visita la señora de un alto cargo destinado en América, tiró al pasar, con esos enormes vestidos, una pieza de cerámica y, como disculpa le dice: “Amiga, yo daré satisfacción a mi descuido. Del primer cajón que destos barro envía el Gobernador, os enviaré media docena.”

Y todavía un siglo posterior, en 1742, Matías de la Mota Padilla, refiriéndose a ellos dice: “Son tan delicados de aroma y sabor que a menudo las mujeres comen barro. Por esta razón la loza es vendida por arrobas en Tampa, Veracruz o Acapulco, incluso cuando está rota. Es más estimada que el cristal, que la china y más que los vasos de Alcora.”

UNA COSTUMBRE MAL VISTA POR EL CLERO

La costumbre de mascar barro estaba mal vista por la mayoría de la sociedad, pero eran enemigos acérrimos los directores espirituales, los confesores y el clero en general, que lanzaban sus más furiosas diatribas contra las mujeres que tenían esa costumbre. Pero, ¿por qué esa

inquina?, ¿por qué ese ardor combativo?

Varios efectos tenía la bucarofagia. Era una costumbre maniática, como ahora pudiera ser mascar chicle. Las mujeres lo tomaban para conseguir una tez blanca, que era la expresión de máxima belleza. Lope de Vega dice en “El acero de Madrid”: “Niña de color quebrado (pálido)/o tienes amores/o comes barro”, y Zabaleta habla de una “doncella, tan sin color, como si no viviera”.

A veces la piel adquiría tintes extraños, seguramente porque los búcaros eran de tierra rojiza, o aunque fueran blanquecinos, podían estar adornados con “englobes de tierras rojas” o por ser de arcillas amarilla. Así de nuevo Lope en “La necesidad del discreto” dice: “... de comer nabo, amarilla... como nabo de azafrán” y versifica: “Siempre aquel rostro amarillo/ me pareció mal de ella./ Reniega tú de mujer/ que se come medio jarro/ ...”

Pero lo más importante que originaba la bucarofagia era la opilación, nombre hoy desconocido entre nosotros. Procede del latín “oppilatio” que quiere decir obstrucción. El Diccionario de la Real Academia da tres acepciones: obstrucción, amenorrea e hidropesía, pero su principal acción era desaparecer el flujo menstrual. Y eso es lo que buscaban las mujeres tomando el barro.

La obstrucción intestinal, la

paralización del intestino la combatían con purgantes, pero lo que pretendían era no tener regla, y por tanto, lo usaban como anticonceptivo, mientras los más sesudos moralistas clamaban contra esta costumbre.

Otros clérigos, sin embargo, tal vez por no conocer los fines secretos de comer barro eran menos exigentes. La chismosa Condesa D’Aulnoy escribe “... si se pretende ser agradables con estas damas, es preciso regalarles algunos búcaros que ellas llaman barro y frecuentemente los confesores no les imponen otra obligación que pasar un día sin probar aquella tierra”.

Aquí dejo este capítulo. Otro día hablaremos de la opilación como encubridora de embarazos y la bucarofagia como terapéutica.

Bibliografía

- Albarracín Teulón, Agustín. “La Medicina en el Teatro de Lope de Vega”. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid, 1954.
- D’Aulnoy, Condesa, “Viaje por España en 1679”. Traducción del francés por Ruiz Contreras. Ediciones La Nave, Madrid s/f, 1920 (¿).
- Deleito y Piñuela, José, “Solo Madrid es Corte”. Espasa Calpe, 1942.
- Gautier, Theophile, “Voyage en Espagne”. Garnier-Flamarion, Paris, 1981.
- Sánchez Cantón, F. Javier, « Velázquez. Las Meninas y sus personajes”. Edit. Juventud, Barcelona 1952.
- Seseña, Natacha, “El Búcaro de Las Meninas”. V Jornadas del Centro de Estudios Históricos. Consejo Superior de Investigaciones Científicas. Madrid, 1991.

ERNESTO PLAZA
SOCIÓLOGO

Reum@tismos



MEDICINENET.COM – RHEUMATOID ARTHRITIS

http://www.medicinenet.com/rheumatoid_arthritis/index.htm

Sección de Artritis Reumatoide del portal Medicinenet.com (en inglés), medio creado por la U.S. Board Certified Physicians and Allied Health Professionals. Contiene un amplio reportaje sobre artritis reumatoide, noticias, artículos, glosario de términos relacionados, opiniones de doctores, descripciones de medicamentos, diferentes tratamientos y tests, consulta on-line para responder preguntas de pacientes, recomendaciones para mejorar el estilo de vida de los mismos y foros de discusión.

EN DETALLE: CONSEJOS SALUDABLES

(Clic en "Health Features")

Colección de artículos dedicados a la salud del paciente. Cómo empezar a practicar ejercicio, qué dietas se pueden hacer, cuidar la imagen corporal, referencias sobre el dolor crónico, combatir las molestias y cómo el reloj biológico afecta el diagnóstico, son algunos de los temas que se pueden consultar.



BIBLIOTECA VIRTUAL FIBROMIALGIA

<http://www.fibromialgia-biblioteca.com/>

Portal de recursos en el que se realizan reseñas de libros sobre fibromialgia, síndrome de fatiga crónica, fatiga en general, dietética y nutrición, terapias alternativas y más.

Pueden también descargarse manuales gratis sobre estas enfermedades reumatológicas, ver resúmenes de trabajos de investigación, artículos publicados en revistas médicas y acceder a enlaces de interés.

Cuenta además con chat y un foro bastante concurrido donde se intercambian opiniones.

EN DETALLE: INVESTIGACIONES

(Dentro de la sección "libros")



Zona donde se citan y resumen investigaciones sobre fibromialgia. Se subdivide en los apartados: tesis doctorales, medicina de familia, síndrome de fatiga crónica, síntomas y estudios generales, psicología y psiquiatría, medicamentos y tratamientos, y evidencias en la enfermedad.

