



Entrevista

Eduardo Collantes Estévez
"Ahora nos valemos de
criterios clínicos, más que de
radiológicos, para diagnosticar
las espondiloartritis"



Simposio SER

Diagnóstico precoz de
espondiloartritis

Reportajes

El pulgar y partes blandas de la mano

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

Editor:

Dr. José Vicente Moreno Muelas

Consejo Asesor:

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

Secretario de Redacción:

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

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

Sociedad Española de Reumatología

www.ser.eswww.ibanezyplaza.com

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

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

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

ediciones@ibanezyplaza.com
reumatismos@ibanezyplaza.com

Redacción:

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

Dirección de Arte:

GPG

Publicidad:

Ernesto Plaza Gajardo

Administración:

Concepción García García

Impresión:

IMGRAF S.L.

DEPÓSITO LEGAL M-42377-2005

SOPORTE VÁLIDO 18/03-R-CM

**Entidades que han colaborado con
Los Reumatismos en este número:**

■ Abbott ■ BMS ■ Gebro
■ Ibáñez&Plaza ■ Wyeth

Un estimable patrocinio a favor del progreso médico

No creemos exagerar si afirmamos que la Sociedad Española de Reumatología es una de las entidades científicas de este país que mejor han gestionado siempre los fondos propios y mejor ha sabido negociar con la industria farmacéutica iniciativas comunes en beneficio de sus socios y de la reumatología en general. En suma, en beneficio del paciente y de la comunidad.

El presente número de "Los Reumatismos" es buena prueba de ello, en cuanto que una parte considerable de su contenido se refiere a eventos patrocinados por la SER, pero que habrían sido difícilmente viables si los laboratorios farmacéuticos no derivasen una parte sustanciosa de sus beneficios a estas iniciativas orientadas al progreso de la medicina y la salud pública.

**A los reumatólogos
"se les amontona
el trabajo" en
cuanto a ofertas
de formación y
puesta al día**

El simposio de espondiloartropatías celebrado en Mérida ha sido un foro importante de puesta al día para los profesionales en estas patologías invalidantes, sobre las que hoy se abren nuevas perspectivas de tratamiento y manejo eficaz. Del mismo modo lo ha sido la reunión post-ACR, que analiza a posteriori las aportaciones más destacables de la vanguardia reumatológica norteamericana. Este segundo evento es, sin lugar a dudas, una iniciativa ejemplar que merecería ser imitada por otras muchas disciplinas. Porque cada día se celebran en el mundo cantidad de encuentros científicos, pero no es común que las instituciones o entidades implicadas en cada especialidad ofrezcan a sus socios la posibilidad de acceder a un resumen objetivo y práctico de todo el bagaje de conocimientos volcado en cada evento.

Lo mismo podría decirse de las iniciativas relativas al curso de Imagenología en Enfermedades Reumáticas o al simposio de Ecografía, en este caso promovido por la SORCOM.

Coloquialmente puede afirmarse que a los reumatólogos "se les amontona el trabajo" en cuanto a ofertas de formación y puesta al día. Ello dice mucho a favor de las instituciones científicas, pero también, como señalábamos al principio, de las empresas farmacéuticas que hacen posible esa promoción, que el Estado es incapaz de abordar. De aquí la necesidad de un justo equilibrio entre la independencia de las sociedades científicas y la colaboración con la empresa farmacéutica, equilibrio que la SER ha sabido mantener siempre de manera ejemplar.

**La reunión
post-ACR es
una iniciativa
ejemplar que
merecería ser
imitada por otras
disciplinas**



Nuestra Portada

“Del hombre miro siempre las manos”, decía una canción de Raimon, ya tan vieja como entrañable, y que sin pretenderlo describe una práctica obligada del reumatólogo en su diario quehacer. La mano y muy en particular el dedo pulgar, son con mucha frecuencia reflejo elocuente del proceso de la enfermedad y expresión concreta de la misma, que exige un especial manejo.

Por otra parte, entre las numerosas actividades de la SER, de que da cuenta este número, traemos a portada el evento más sobresaliente del comienzo de año: el simposio de espondiloartropatías celebrado en Mérida, sobre el que también versa la amplia y enjundiosa entrevista con el Dr. Eduardo Collantes.

1 Editorial **Un estimable patrocinio a favor del progreso médico** No creemos exagerar si afirmamos que la SER es una de ...

3 Entrevista **Prof. Eduardo Collantes Estévez** “Ahora nos valemos de criterios clínicos, más que de radiológicos, ...

14 Simposio SER **Diagnóstico precoz de espondiloartritis** Dr. Juan Mulero Mendoza Servicio de Reumatología. H. Puerta de Hierro

16 Simposio SER **Espondiloartropatías en la infancia** La artritis con entesitis representa la forma de inicio más común

17 SER **Cursos** Curso de Imagenología en Enfermedades Reumáticas

18 Simposio **SORCOM** Simposio de Ecografía en Reumatología

20 Simposio SER **Revisión Post-ACR** Dra. García de Vicuña: “Los datos sobre seguridad con anti-TVF son cruciales”

27 Reportaje **“Me duele el pulgar”** Una parte considerable del desarrollo del cerebro humano se relaciona con la habilidad...

32 Reportaje **Tratamiento y rehabilitación de partes blandas de la mano** Tratamiento ortótico y medios físicos

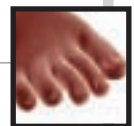
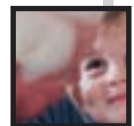
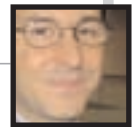
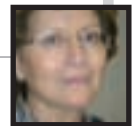
35 Bibliografía comentada Espondilitis anquilosante · Espondilodisitis · PTH · Reumatismo palindrómico

39 Los **pacientes preguntan** Dieta sin almidón y espondilitis anquilosante · tendón del hombro calcificado y osteoporosis ...

42 Noticias Osteonecrosis mandibular con bifosfonatos · sexo y pronóstico de los pacientes con artritis ...

46 Humanidades **Bucarofagia (II)** Un remedio para encubrir embarazos y disminuir la menstruación

49 Libros Abordaje precoz de la artritis reumatoide Todo” sobre rehabilitación y Medicina Física



PROF. EDUARDO COLLANTES ESTÉVEZ

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. H. U. REINA SOFÍA DE CÓRDOBA

“Ahora nos valemos de criterios clínicos, más que de radiológicos, para diagnosticar las espondiloartritis”



Texto Carmen Salvador

EL PROF. **Eduardo Collantes Estévez**

es de sobra conocido como uno de los mayores expertos en espondiloartritis; de los primeros que se interesó por este grupo de enfermedades, a las que colocó “en el sitio que les corresponde”, y por ser uno de los que más ha contribuido a su investigación. Pero también es conocido como uno de los especialistas que más disfruta con su trabajo. Y se nota, no lo puede evitar. Granadino, del barrio del Albaicín, buen comunicador, al que le gusta la música de siempre y leer, es desde hace diez años jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba.

El profesor Collantes siempre ha estado vinculado a la docencia. Fue profesor de Reumatología en la Universidad de París (Université de Paris René Descartes, Hôpital Cochin), ha sido subdirector de Docencia e Investigación del Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba y es profesor titular de la Universidad de Córdoba. Fue quien creó el grupo GRESSER (Grupo para el Estudio de las Espondiloartritis de la Sociedad Española de Reumatología) y es responsable del proyecto REGISPONSER.

Más que por vocación dice que entró en la Medicina por ciertos avatares del destino. Estudió en la facultad de Córdoba y se formó como reumatólogo en el Clínico de Granada. Tampoco tenía muy claro lo de reumatólogo, pero era la especialidad que más "entendía". Con las espondiloartritis le pasó casi algo parecido. Su estancia de dos años en París le permitió estar más en contacto con estas enfermedades. También la formación con el Profesor Bernard Amor fueron decisivos para que se vinculara desde entonces a las espondiloartritis. "Fue una gran experiencia estar en una Universidad donde la reumatología llevaba ya más de 80 años."

A comienzos de los 90, por iniciativa de un pequeño grupo de trece reumatólogos europeos -la mayoría de París y Berlín-, y entre los que se encontraba el doctor Collantes, se crea ASAS (Assessment in Ankylosing Spondylitis workin group), con una importante actividad científica y metodológica. La idea de este grupo la trasladó a España, "donde había numerosos reumatólogos que conocían bien las espondiloartritis, pero estaban dispersos. Y así nació, a finales de la década, GRESSER, con los profesio-

nales no sólo más válidos sino también de una gran calidad humana". El objetivo de este grupo es desarrollar actividades clínicas, docentes y de investigación en estas patologías. El grupo es responsable, entre otros proyectos, de REGISPONSER.

“Es un gran reto hacerle ver al paciente que tiene una enfermedad crónica, que va a evolucionar al menos durante 20 años, pero tenemos que ser cómplices para que pueda hacer una vida completamente normal”

ESPECTRO CLÍNICO MUY AMPLIO

-¿Qué características presentan las espondiloartritis?

-Antiguamente se entendían como enfermedades diferentes, pero hoy hablamos de un grupo de enfermedades, espondiloartritis, que comparten una gran cantidad de mecanismos patogénicos y de expresión clínica, con un espectro clínico muy amplio (dolor crónico, inflamación ocular, artritis en miembros inferiores, psoriasis, diarreas...) No tienen un órgano localizado específico de inflamación (salvo las entesis), sino que es una inflamación generalizada y que en pacientes diferentes aparece y evoluciona de forma diferente.

-¿Qué síntomas alertan de que ha comenzado la enfermedad?

-En el 80% de los pacientes se

dan la mayoría de esas características, pero en unos más que en otros. La característica principal que se da en todos ellos es la inflamación de la columna vertebral; la inflamación y destrucción de las articulaciones sacroiliacas. Y luego, en función del tipo de enfermedad que sea o de las características del propio paciente, aparecen otros síntomas, como la uveítis anterior aguda, en el 25% de los pacientes, incluso en algunos va a ser la forma de comienzo de la enfermedad.

Un 40% que puede empezar con una artritis periférica (rodilla, tobillo, cadera..) también como enfermedad inflamatoria intestinal crónica, (Crohn, ulcerosa), o psoriasis, que después desarrolla o evoluciona la espondilitis.

En la población española, según los datos de REGISPONSER, la forma predominante de comienzo, en el 60% de los casos, es la lumbalgia inflamatoria, con unas características muy definidas que son: dolor lumbar, de predominio nocturno, aparece en individuos menos de 40 años, de más de 3 meses de evolución, sin remisión, que responde bien a los AINEs, y que mejora con el ejercicio y empeora con el reposo.

En algunos casos se trata de espondiloartritis pura, porque solamente tienen afectada la columna y zona sacroiliaca, o pacientes con formas periféricas puras, que nunca se afecta a la columna... por eso es tan interesante el diagnóstico precoz.

-¿Y tan difícil su diagnóstico?

-Era difícil hasta que tuvimos los criterios de clasificación. A partir del 90-91 existen unos criterios de clasificación que bien aplicados pueden identificar al paciente en menos de seis meses. Si hay inflamación en el raquis y/o una oligoartritis periférica, junto a alguna otra característica, ya se puede cla-

“Aunque la enfermedad no esté activa desde el punto de vista doloroso, puede seguir activa desde el punto de vista de daño estructural. Lo que significa que no hay que bajar la guardia con el tratamiento”



“En la actualización del Consenso de Terapias Biológicas hemos separado a la artritis psoriásica de las espondiloartritis, porque tiene unas características diferentes claramente definidas”

sificar como espondiloartritis.

Seis meses no parece ser un tiempo exagerado, “el retraso medio actual en Europa y en España es de 6 años para diagnóstico. Porque los criterios que había antes de los 90 exigían para poder diagnosticarlo que tuviera afectación radiológica, y esta no aparece, como mínimo, hasta 11 años de la

enfermedad. Por lo tanto ahora nos valemos de criterios clínicos, más que de los radiográficos. De hecho, ahora mismo GRESSER está haciendo un trabajo en conjunto con ASAS (el europeo), para identificar una forma que se llama, y de la que se hablará más a partir de ahora, espondilitis preradiográfica”.

“Aun que el retraso medio sea de

6 años -continúa- los pacientes que vemos con menos de 1 o 2 años ya son más que los que llevan 10 años con la enfermedad, lo que pasa que la media nos da 6 años y llama mucho la atención. Aún así, todavía es mucho tiempo”.

El diagnóstico precoz es fundamental en las espondiloartritis. Clasificar e identificar un paciente conforme comience su enfermedad es el objetivo de un nuevo proyecto que va a comenzar. Se trata de una iniciativa de la SER y la FER. “Vamos a intentar que cada hospital cuente con una Unidad de espondiloartritis, de forma permanente y dentro del Servicio. Una Unidad que permanezca y se consolide, con personal propio, un lugar físico y con la aceptación de todos los implicados, no sólo el servicio de reumatología, también la gerencia del hospital y la administración sanitaria. El objetivo de este programa -Esperanza- será la identificación de pacientes de inicio precoz e inicio de proyectos que contribuirán a un mejor conocimiento de estas enfermedades, en todos los aspectos.

AFECTA A UNA POBLACIÓN MUY JOVEN

A diferencia de otras enfermedades reumáticas, las espondiloartritis afectan a gente muy joven. “La media de edad de comienzo de la enfermedad en España es de 26 años. Nos referimos a un segmento de población quizás en el mejor momento de su vida. El gran reto está en hacerles ver que tiene una enfermedad crónica, que no se le va a quitar, que va a evolucionar al menos durante 20 años de una manera activa y que, a partir de ahí tenemos que ser cómplices para que él pueda hacer una vida completamente normal”

“Estamos ante una enfermedad de una gran prevalencia, al menos

“Ahora se han incorporado 30 hospitales lo que significa que nos van a dar una nueva “fotografía” con más definición. Pasaremos de los 2.300 pacientes”

tanto como la artritis, que evoluciona a brotes. Una persona, por ejemplo, de 24 años, tiene un gran brote, con 3-4 meses de dolor. Se trata y desaparece el dolor y el paciente, por tendencia natural, tiende a olvidar que tiene la enfermedad, pero aunque no esté activa desde el punto de vista doloroso, sí puede seguir estando activa desde el punto de vista de daño estructural. Y cuando pasa un año y vuelve a tener otro brote ya la pérdida de estructura ya casi es irreversible. Por eso no hay que bajar la guardia con el tratamiento”.

Para el profesor Eduardo Collantes es fundamental que el paciente aprenda a vivir con la enfermedad. “Para ello tiene que haber alguien que se conciencie y actúe con ese paciente de manera que se le meta en la cabeza que tiene una enfermedad crónica, que le puede doler unas veces sí y otras no, pero que su vida ha de ser en función de esa enfermedad. Podrá hacer lo que quiera, podrá jugar al fútbol, o a otro deporte, pero siempre siendo consciente de ello.”

Señala que el mejor ejemplo está en los diabéticos: “Hace muchos años que ganaron esa batalla; aunque estén muy bien, saben que tienen la enfermedad y viven en función de ella. Así ha de ser con la espondiloartritis. Es una pena encontrar, y se encuentra más frecuentemente de lo que esperamos, a un paciente que vimos hace 5 años con una lumbalgia inflamatoria, y que regresa de nuevo, sin haber cumplido el tratamiento, con unas limitaciones en la columna irreversibles.”

Las personas que tienen el antígeno HLA-B27 -descubierto hace casi 30 años y que se transmite por herencia- poseen un riesgo mayor de padecer una espondiloartritis (entre 20 a 30 veces superior al de los que no son portadores de este

gen). Este antígeno posee variante importantes, algunas de las cuales se asocian con la enfermedad y otras no.

-¿Sería útil un screening familiar?

-No es necesario. En la población general en nuestro país, entre el 6 y el 8% tienen el B27, pero sólo un 0,2% de ellos va a desarrollar la enfermedad. Hay otros factores

“La media de edad de comienzo de la enfermedad es 26 años, pero hay formas de comienzo mucho mas juveniles, por debajo de los 18 años”

medioambientales que la desencadenan a edades tempranas. Alrededor del 95% de las personas con espondilitis, por ejemplo, presentan el HLA-B27 positivo. no al revés; es decir, no todas las personas con este antígeno van a padecer la enfermedad.

-La mayor parte de las enfermedades reumáticas afectan más a las mujeres, no ocurre así con las espondiloartritis, ¿qué les protege?

-La espondilitis definida agresiva sí es más frecuente en hombres, la espondilitis diferenciada tiene una prevalencia de 3 hombres por cada 1 mujer. Como es una enfermedad que se desarrolla durante la etapa fértil de la mujer, probablemente tenga una explicación hormonal, que sean los estrógenos quienes protegen de la destrucción

articular. Pero es algo que todavía no está demostrado, seguimos trabajando en ello. Podría ser que lo mismo que ocurre con la gota, la mujer no la padece mientras está en la etapa fértil.

“FOTOGRAFÍA” Y “VÍDEO” DEL PACIENTE CON ESPONDILOARTRITIS

El doctor Eduardo Collantes es el responsable de REGISPONSER, el mayor estudio transversal de la enfermedad en nuestro país, y que ofrecía una “fotografía” de los pacientes con espondiloartritis. “De REGISPONSER salieron otros proyectos que ahora están en marcha. Ya conocemos la “fotografía” del paciente, pero ahora queremos conocer el “vídeo”, qué ocurre con estos pacientes a lo largo de los próximos cinco años. Este es uno de los proyectos, la segunda parte de REGISPONSER, que lleva 2 de los 5 años previstos. Un proyecto más intentará diferenciar patologías, la primera que estamos diferenciando es la fibromialgia de la espondilitis, porque teníamos la idea de que algunos pacientes con fibromialgia eran etiquetados equivocadamente como de espondiloartritis porque tenían B27 positivo, pero nada más.”

Otro de los proyectos tiene como objetivo medir “los instrumentos que utilizamos para identificar y cualificar la enfermedad. Son instrumentos que ya había creado el grupo ASAS, pero que ahora queremos validar”.

También se va a ampliar el registro de pacientes. “Ahora se han incorporado 30 hospitales lo que significa que nos van a dar una nueva “fotografía” con más definición. Pasaremos de los 2.300 pacientes.”

REGISPONSER tiene una versión en Iberoamérica, se llama “ResponDía”. Participan 10 países

Deberíamos llegar al menos a un 30 por ciento de pacientes con tratamiento biológico; ahora estamos llegando al 20

que, con la misma metodología, cuestionarios, base de datos... se va a obtener información del paciente con espondiloartritis en estos países, "y los podremos comparar con las características de los pacientes españoles". Actualmente ya se han incluido datos de más de 600 pacientes iberoamericanos.

"Es muy probable -señala el doctor Collantes- que en América, hasta la llegada de españoles y portugueses, no existiera el gen B27, o fuera muy escaso, y por lo tanto no se desarrollara la enfermedad."

"Respondia" está demostrando que las espondiloartritis en Iberoamérica son más agresivas, más severas, comienzan mucho antes y de una manera diferente a lo que ocurre en España. "Algo ha ocurrido en esos 500 años que hace que la enfermedad se exprese de esa manera. Y mucho puede tener que ver el medio ambiente, los hábitos alimenticios, la prevalencia de más infecciones... para que la expresión de la enfermedad sea más agresiva. Se trata de un proyecto muy interesante".

-Según datos de REGISPONSER, sólo un 13% de los pacientes con espondiloartritis recibía tratamiento biológico; ¿hasta dónde habría que llegar?

-Hace dos años llegábamos al

REGISPONSER tiene una versión en Iberoamérica, se llama "Respondia". Participan 10 países con la misma metodología, cuestionarios, base de datos...

15%, y ahora estamos llegando al 20%. Deberíamos llegar al menos a un 30%, porque hay datos que demuestran que al menos un 30% de los pacientes con espondilitis va a evolucionar a formas destructivas y agresivas. Un 70% de los pacientes no los va a necesitar, al menos con los consensos actuales, los AINEs dan una calidad de vida y ausencia de daño.

-¿Son eficaces los biológicos en todos los casos?

-En algunos casos la ineficacia de los biológicos ronda el 20-25%. Cuando cambiamos de fármaco se recupera una parte de ellos. Otros casos de ineficacia se deben a

pacientes que están mal clasificados, probablemente de fibromialgia con B27 y esos no van a responder, porque no tienen efecto en la fibromialgia. En otros casos, porque el TNF de ese individuo tenga una carga genética que haga que se produzca un TNF alfa diferente, y en otro grupo pequeño porque desarrollan efectos secundarios importantes, que hacen inviable su uso.

POCOS CAMBIOS EN EL CONSENSO

En el II Simposio de espondiloartritis, celebrado en Mérida, se presentó la primera actualización del consenso SER de terapias biológicas en pacientes con espondiloartritis, con pocos cambios con respecto al primer consenso presentado hace dos años. "Uno de los cambios ha sido la incorporación del biológico Adalimumab, que no estaba en el primer consenso. Y un cambio importante ha sido abordar de modo independiente la artritis psoriásica del grupo de las espondiloartritis, porque tiene unas características diferentes claramente definidas. Se han añadido también algunos datos de seguridad que antes no teníamos. Las medidas generales no han cambiado. Se sigue demostrando que son fármacos seguros."

Resultados de la primera parte de REGISPONSER

En el estudio se han incluido 1.400 pacientes de quince hospitales. El grupo más numeroso de pacientes tiene una edad entre 30 y 49 años. Según este estudio sólo un 37% realiza ejercicios de forma habitual y la prevalencia de incapacidad laboral se sitúa en torno al 25%, de los que un 10% tiene incapacidad absoluta.

La enfermedad más frecuente es la espondilitis anqui-

losante (60%), seguida de la artritis psoriásica (21%). La espondilitis anquilosante -una enfermedad que si no se trata puede llegar a fusionar las vértebras entre sí, dejando la columna rígida, sin flexibilidad-, aparece sobre todo en personas jóvenes, especialmente en varones entre los 15 y los 25 años. Más de un 70% de los pacientes tiene el antígeno HLA-B27 positivo.

Dos terceras partes de los pacientes consumen habitualmente antiinflamatorios no esteroideos (el más frecuente indometacina) y un 13% recibe tratamiento biológico.

CRITERIOS NO RADIOLÓGICOS PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ

Diagnóstico precoz de espondiloartritis

DR. JUAN MULERO MENDOZA

SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL PUERTA DE HIERRO. MADRID

Las espondiloartritis constituyen un importante grupo de enfermedades reumáticas. Tienen en común la inflamación de las inserciones óseas y ligamentosas (llamadas entesis), la afectación de las articulaciones sacroiliacas (localizadas en la pelvis, en la zona de las nalgas) y una predisposición genética ligada al denominado HLA B27. En el grupo de las espondiloartritis se incluyen diversas enfermedades como la espondilitis anquilosante, la artritis psoriásica, las artritis reactivas a infecciones, la artritis de la enfermedad inflamatoria intestinal y un subgrupo de artritis crónicas de inicio en la edad infantil y juvenil. Además, hay pacientes que teniendo características clínicas de espondiloartritis, no reúnen criterios para ser incluidos en ninguno de los grupos señalados, por lo que se identifican como espondiloartritis indiferenciadas.

Algunos pacientes de este último grupo evolucionan hacia entidades definidas y otros se quedan siempre como indiferenciados.

En conjunto, las espondiloartritis pueden afectar al 1% de la población y, por tanto, ser tan frecuentes como la artritis reumatoide.

Hasta hace poco, el diagnóstico precoz de las espondiloartritis en general y de la espondilitis anquilosante en particular tenía un interés práctico relativo dado que no existían tratamientos específicos. Sin embargo, en los últimos años la aparición de datos que indican que

el uso continuo de antiinflamatorios no esteroideos puede conllevar una menor lesión radiológica, o el efecto beneficioso de los agentes anti TNF, incluso en periodos iniciales de la enfermedad, junto con el desarrollo de nuevos métodos diagnósticos, hacen que merezca la pena reevaluar este tema.

ALTERACIONES RADIOLÓGICAS A PARTIR DE LOS 5 AÑOS

Para la clasificación de pacientes con espondilitis anquilosante, las alteraciones observadas en las radiografías de las articulaciones sacroiliacas son un requisito imprescindible. Sin embargo, en un porcentaje elevado de casos (hasta un 70-80%) las alteraciones radiográficas no aparecen antes de los 5 años del comienzo de los síntomas, por lo que son de utilidad limitada. Además, la interpretación de las radiografías por parte del médico para decidir si hay inflamación o no, no es sencilla, ya que es difícil diferenciar lo que es normal de lo que no lo es en estos estadios.

Hace unos años, para obviar este problema, expertos en la materia definieron criterios para el diagnóstico en los que no era necesaria la presencia de sacroilitis en las radiografías para identificar pacientes que teniendo dolor lumbar o inflamación articular, debieran estar incluidos en el grupo de las espondilitis. El problema es que se evidenció que estos criterios eran poco útiles a largo plazo, por lo que el objetivo sigue siendo predecir

precozmente la evolución a espondilitis sin tener que esperar a que aparezcan alteraciones en las radiografías.

La probabilidad de que una persona de menos de 45 años de edad, con dolor lumbar de más de 3 meses de duración, tenga una espondiloartritis (espondilitis anquilosante o espondiloartritis indiferenciada), es del 5%. Es decir que en 95 de cada 100 pacientes seleccionados de este modo, la causa del dolor no tendrá nada que ver con las espondiloartritis.

Actualmente se están haciendo grandes esfuerzos orientados a definir los aspectos clínicos, analíticos y de técnicas de imagen con los que una persona con dolor lumbar inflamatorio crónico (dolor nocturno, que mejora con el ejercicio, que se acompaña de rigidez matutina) sobre todo si aparece en personas de menos de 45 años, puede ser identificada como portadora de una espondilitis de inicio.

Es por esto que un grupo e investigadores alemanes dirigido por el Dr. Martin Rudwaleit ha estudiado exhaustivamente y ha definido qué elementos han de ser considerados en todo paciente con dolor lumbar para el diagnóstico final de espondiloartritis. Además, han propuesto el peso de cada uno de ellos, determinado por lo que se llama razón de verosimilitud (LR). A mayor LR, mayor probabilidad de espondiloartritis. El producto de distintos LR determinará la probabilidad definitiva de padecer el proceso.



En un porcentaje elevado de casos (hasta un 70-80 %) las alteraciones radiográficas no aparecen antes de los 5 años del comienzo de los síntomas

PARÁMETROS CLÍNICOS

Entre los parámetros clínicos que hay que considerar se encuentran: que el dolor lumbar sea inflamatorio (LR 3,1), que haya dolor alterante en nalgas (LR 4), que el paciente haya tenido uveítis anterior (LR 7,3), que haya historia familiar de espondilitis (LR 6,4), que el dolor responda a antiinflamatorios no esteroideos (LR 5,1), que se presente inflamación difusa de un dedo (LR 4,5), que el enfermo tenga artritis periférica (LR 4,0) o que se detecte clínicamente la inflamación de las antes mencionadas entesis (LR 3,4).

Entre los parámetros analíticos relevantes hay que contar con un aumento de lo que se llaman reactantes de fase aguda (velocidad de sedimentación o proteína C reactiva) (LR 2,5), o tener el HLA B27 (para población europea caucásica, LR 9,0).

Finalmente, en las técnicas de imagen consideradas como relevantes en esta fase, salvo para identificar otras patologías o lesiones crónicas, no tienen interés sustancial los estudios con gammagrafías ni TCs. En este periodo, es la resonancia magnética (RM)

de sacroiliacas la técnica de mayor utilidad. La RM, permite evaluar lesiones agudas en las articulaciones sacroiliacas como el edema de médula ósea o la inflamación subcondral. Aunque hay distintas técnicas y diferentes métodos de evaluación, parece que una valoración simplificada de las lesiones sacroiliacas es suficiente. Los estudios previos basados en grupos de pacientes con patología variada dan a la resonancia un LR de 9 para el diagnóstico de espondiloartritis.

Con los datos señalados, los autores proponen un modelo que consiste en multiplicar los LR que se encuentren en un paciente concreto. En el caso de que dicha multiplicación dé un valor superior a 200, la probabilidad diagnóstica final de espondiloartritis axial en esta fase prerradiológica será superior al 90%, aceptable según un acuerdo de expertos, para hacer el diagnóstico (Figura 1).

Esta aproximación ya ha sido estudiada en pacientes con dolor lumbar, permitiendo una clasificación adecuada en el 98,7-99,2% de los casos según las características del citado dolor, y lo que es

importante, es positiva en sólo el 0,5-1% de los casos en los que el dolor lumbar se debe a un proceso de carácter no inflamatorio.

Técnicas como los estudios genéticos y la ultrasonografía en su doble vertiente de mejorar la identificación de las entesis y permitir identificar al menos en algunos casos inflamación de las articulaciones sacroiliacas, han de aumentar aún más la capacidad diagnóstica del sistema propuesto.

Sin embargo, antes de aceptar definitivamente esta aproximación diagnóstica de las espondiloartritis, es importante aquilatar el peso de los distintos parámetros con estudios en pacientes con lumbalgia de inicio. Además, hay que intentar considerar aquellos casos de comienzo no con dolor lumbar sino con inflamación de articulaciones periféricas. Finalmente, hay que llevar a cabo estudios longitudinales que confirmen definitivamente estas propuestas.

En cualquier caso, comienzan a abrirse puertas que sin duda van a permitir, en un futuro inmediato, el diagnóstico precoz de las espondiloartritis.

LA ARTRITIS CON ENTESITIS REPRESENTA LA FORMA DE INICIO MÁS COMÚN DE LAS ESPONDILARTRITIS JUVENILES INDIFERENCIADAS

Espondiloartropatías en la infancia



DRA. MARI LUZ GAMIR GAMIR
SERVICIO DE REUMATOLOGÍA
HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL. MADRID

El término espondiloartropatía juvenil (Espj) engloba un grupo de enfermedades, de inicio en niños menores de 16 años de edad, fuertemente asociadas a la presencia de HLA-B27.

Estas enfermedades se reconocen clínicamente por la presencia, generalmente en un niño varón, mayor de seis años de edad, de artritis y entesitis periféricas con distribución asimétrica y predominio en miembros inferiores. Asimismo se caracterizan por una afección tardía o ausente del esqueleto axial y sacroiliacas, hasta la adolescencia o adulto joven. Es frecuente una historia familiar de enfermedades relacionadas con el antígeno B27.

Además, algunas de estas formas clínicas, se acompañan de manifestaciones extraesqueléticas (uveítis, psoriasis, síntomas digestivos...) que ayudan a su clasificación posterior. La incidencia estimada de la Espj varía entre 1,4 y 2,1 casos por cada 100.000 niños/año, según los diferentes estudios.

PARECEN INVOLUCRADOS VARIOS FACTORES :

■ a) Factores genéticos: entre un 60%-90% de estos niños son portadores del alelo B27, especialmente al subtipo HLA-B27*05. Otros genes aparecen ligados a la

Espj, pero no de forma constante: HLA-DRB1 y HLA-DBP1.

■ b) Agentes Infecciosos: relación con infecciones bacterianas; se han identificado partículas de ADN bacteriano de los gérmenes más involucrados en el líquido sinovial de estos pacientes. La persistencia de las secuencias de ADN bacteriano sugiere la existencia de un déficit de los mecanismos de eliminación de los gérmenes. Por otra parte, en un 80% de los niños afectados de Espj, se encuentran alteraciones inflamatorias intestinales inespecíficas, lo que daría lugar a un aumento de la permeabilidad intestinal.

■ c) Citoquinas proinflamatorias: es evidente un aumento de la expresión en el líquido sinovial de TNF alfa y TNF beta, asociado a un incremento en la expresión de sus receptores p55 y p75.

Se caracterizan por una afección tardía o ausente del esqueleto axial y sacroiliacas, hasta la adolescencia o adulto joven

CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN

La gran variabilidad en la expresividad clínica al comienzo de las Espj, requiere la aplicación de criterios de clasificación, con el objetivo de poder reconocer precozmente a grupos de pacientes lo más homogéneos posible, para mejorar el tratamiento y por lo tanto el pronóstico. Actualmente disponemos de dos grupos de criterios:

■ a) Criterios ILAR (diseñados para población infantil) para la clasificación de la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ); aquí la Espj quedaría englobada en la categoría clínica de artritis relacionada con entesitis (ArE).

■ b) Criterios ESSG, que aunque fueron desarrollados para población adulta, posteriormente se validaron en población infantil.

El seguimiento a medio plazo, entre 5 y 10 años, demuestra que alrededor del 50% de estos niños evolucionan hacia alguna espondiloartropatía diferenciada, cumpliendo criterios de diagnóstico y con mal pronóstico funcional.

El tratamiento de estos niños hay que iniciarlo precozmente ante los primeros síntomas: artritis o entesitis aisladas y/o intermitentes, dactilitis, talalgia, uveítis anterior aguda... Se utilizan AINE, Infiltraciones locales, FAME (MTX, SLZ), terapia biológica anti-TNF.

CURSOS

DEL 11 AL 13 DE JUNIO EN SITGES

Curso de Imagenología en Enfermedades Reumáticas

Un curso de Imagenología en Enfermedades Reumáticas se celebrará en Sitges, Barcelona, del 11 al 13 de junio, con el patrocinio de Schering-Plough y Wyeth.

El curso está declarado de interés científico por la Sociedad Española de Reumatología.

La coordinación correrá a cargo del Dr. Donald S. Resnick (Department of Radiology, UCSD Medical Center San Diego) y dirige la organización del evento el Dr. Pere Barceló (Unidad de Reumatología del Hospital Universitari Vall d'Hebron).

Como profesores invitados intervendrán el Dr. Donald Resnick, la

Dra. Barbara Weissman (Brigham and Women's Hospital Harvard University Boston), el Dr. Murray K. Dalinka (University of Pennsylvania) y el Dr. Jeremy J. Kaye (Vanderbilt University Medical Center).

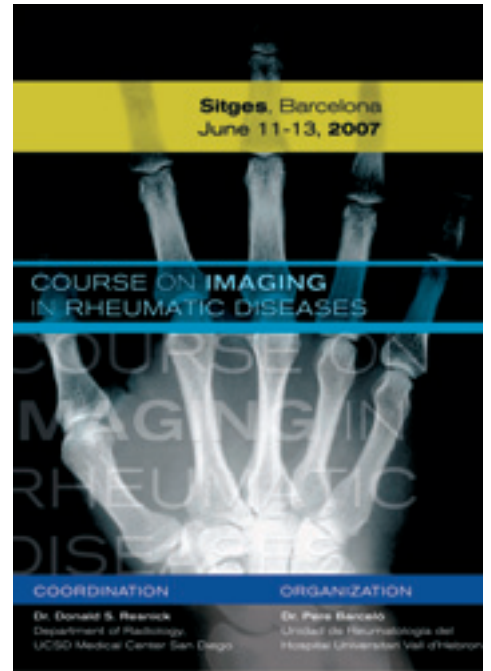
El curso se celebrará en el Hotel Gran Meliá Sitges (meliasitges@solmelia.com).

El desarrollo de la reunión comprende 20 horas lectivas (Universidad Autónoma de Barcelona).

Habrà traducción simultánea: inglés-castellano, castellano-inglés

Más información:

- Dr. Pere Barceló: pbarcelo@vhebron.net
- Secretaría: anagarcia@vhebron.net



- Agencia de viajes Union Tours: tomas@uniontours.es, mcarmen@uniontours.es



PUBLICACIONES

Revista de la SVR: un paso adelante

Así califica el editor de la Revista Valenciana de Reumatología, Dr. José Rosas, este segundo número de la publicación, que coincide con el congreso de dicha sociedad. Un número sólido en todas y cada una de sus secciones, que pone de relieve el esfuerzo y acierto del equipo editorial y la consolidación de un proyecto cuya calidad global ha sido aplaudida unánimemente en el ámbito de la reumatología. La Sociedad invita a quienes lo deseen a descargarla de su Web: www.svreumatologia.com

I SIMPOSIO DE ECOGRAFÍA EN REUMATOLOGÍA (SORCOM CON PATROCINIO ABBOTT)

“La ecografía es un instrumento con gran potencial para trabajar con excelencia en nuestra especialidad”

ENTREVISTA CON EL DR. EUGENIO DE MIGUEL, PRESIDENTE DE LA SOCIEDAD DE REUMATOLOGÍA DE LA COMUNIDAD DE MADRID)

La técnica de la ecografía para el diagnóstico y valoración de las enfermedades reumáticas ha irrumpido con decisión en los últimos años, gracias a los avances en este sistema y, especialmente, debido al convencimiento ya común en la especialidad de que se trata de una herramienta eminentemente útil.

Con el objetivo de ampliar el conocimiento sobre la técnica y hacerlo extensivo a todos los especialistas, el pasado 16 de diciembre tuvo lugar el I Simposio de Ecografía en Reumatología, organizado por la Sociedad de Reumatología de la Comunidad de Madrid (SORCOM), con el patrocinio exclusivo de Abbott Laboratorios. Las intervenciones corrieron a cargo de diez ponentes, que describieron y analizaron el papel y manejo de la ecografía en distintas patologías reumáticas.

VENTAJAS DE LA TÉCNICA ECOGRÁFICA

El Dr. Eugenio de Miguel Mendieta, presidente de la SORCOM, explica de este modo las ventajas que aporta la técnica ecográfica en el diagnóstico precoz de las patologías reumáticas inflamatorias:

“Tras unos años en los que hemos realizado ecografías para ver lesiones en determinadas localizaciones anatómicas, en estos últimos años y fundamentalmente tras la generalización del uso del Doppler y la mejora de la calidad



de los equipos la ecografía, esta técnica ha empezado a aplicarse al diagnóstico y valoración de la actividad de las enfermedades reumáticas. Hace ya casi tres años se presentó en el congreso de la SER de Gran Canaria nuestra experiencia en el diagnóstico precoz de la artritis reumatoide, algo que ya se ha extendido a la práctica clínica de múltiples unidades de reumatolo-

gía de nuestro país. El fundamento estriba en que la ecografía es siete veces más sensible que la radiología simple en la detección precoz de erosiones y que el Doppler nos permite localizar sinovitis con una sensibilidad muy superior a la exploración clínica clásica. En artritis de células gigantes la ecografía permite diagnosticar esta enfermedad de forma rápida, fiable y con una sensibilidad y especificidad similar a la biopsia de arteria temporal. Están realizándose trabajos, que ya se han presentado en el simposio, sobre la utilidad en el diagnóstico precoz de espondiloartropatías, y también se está aplicando al diagnóstico de gota y de condrocalcinosis. En esta última enfermedad la ecografía permite evidenciar la presencia de depósitos cálcicos en la capa media del cartílago hialino mucho antes de que sean visibles en la radiología simple. Es decir, es un hecho que la ecografía se está ya aplicando en el diagnóstico precoz de las poliartritis inflamatorias, de las espondiloartropatías, de las vasculitis y de las enfermedades microcristalinas entre otras enfermedades, y estamos tan sólo en los primeros años de desarrollo de esta técnica. Los que creemos en la ecografía, vemos en ella un instrumento útil que presenta un gran potencial para trabajar con excelencia en nuestra especialidad y diferenciarnos en nuestra forma de actuar respecto a otras especialidades médicas.”



UN INTERÉS QUE HA SOBREPASADO LAS PREVISIONES

-Esta reunión ha sido la primera convocatoria nacional totalmente enfocada en ecografía, ¿Se esperaba tanta aceptación?

-La verdad es que cuando el grupo de profesores de la escuela de ecografía y en las asambleas de ECOSER nos planteamos organizar una reunión de estas características, pensábamos en algo que nos fuera útil. El llegar a tener más de 200 inscripciones y vernos obligados a bloquear la recepción de nuevas peticiones por problemas de espacio físico para celebrar el simposio da una idea clara de que la aceptación ha excedido en gran medida los escenarios más optimistas que nos habíamos planteado.

-A la vista del éxito de la jornada, ¿por qué cree que hay tanto interés en la ecografía por parte de los reumatólogos españoles?

-La ecografía ha mejorado la exploración del reumatólogo. Nuestra semiología se ha enriquecido permitiéndonos ver las lesiones anatomoclínicas que antes tan sólo sospechábamos en nuestros

pacientes. Hasta ahora la inspección del reumatólogo terminaba en la piel del paciente, pero en la actualidad somos capaces de analizar con gran precisión los dos primeros centímetros subcutáneos y podemos ver con suficiente claridad hasta 5 centímetros por debajo de nuestra sonda, algo que hace unos años ni siquiera nos planteábamos. La incorporación del Doppler nos ha ayudado a cuantificar la actividad inflamatoria de la enfermedad. En resumen, nos ayuda a tomar decisiones diagnósticas y terapéuticas, algo muy apreciado por el clínico y de gran utilidad para los pacientes. Este es el secreto del interés que el reumatólogo que la conoce muestra por esta técnica.

CONSCIENTES DE LAS POSIBILIDADES DE LA TÉCNICA

-¿Cuál ha sido el nivel técnico mostrado por el público asistente?

-Los compañeros que han asistido representaban todos los niveles de conocimiento y entrenamiento que tiene la reumatología española, y también de una pequeña repre-

sentación de la reumatología portuguesa. Probablemente los que tenían más preparación o conocimientos de la técnica aprovecharon más matices, pero no hay que olvidar que todos los asistentes eran clínicos, lo que hacía que fácilmente percibieran las posibilidades que la ecografía les ofrecía y siguieran perfectamente lo que las ponencias transmitían.

-¿Cree conveniente que se extienda el tiempo dedicado a la ecografía en los congresos de reumatología?

-Al grupo ECOSER y a mi personalmente nos parece que esto es absolutamente necesario. La reumatología tiene en sus manos una técnica eficaz, algo que hemos buscado durante años; por ello desde la máxima responsabilidad científica y política de nuestro colectivo se debe apoyar su difusión y desarrollo. Para que la técnica se desarrolle, necesitamos reclutar mentes con capacidad científica y dotarnos de métodos adecuados para validar la utilidad de la técnica. Esto es algo que cuantos más seamos, requeriríamos menos tiempo.

“La ecografía es siete veces más sensible que la radiología simple en la detección precoz de erosiones y el Doppler nos permite localizar sinovitis con una sensibilidad muy superior a la exploración clínica clásica”



REVISIÓN DEL CONGRESO DEL ACR, CON LA COLABORACIÓN DE ABBOTT

Dra. García de Vicuña: “Los datos sobre seguridad con anti-TNF son cruciales”

Los datos sobre eficacia mantenida en espondiloartropatías y la evidencia sobre disminución de mortalidad, a expensas de reducir la comorbilidad cardiovascular, en pacientes tratados con anti-TNF, figuran entre las novedades de mayor interés del último congreso de la ACR (10-15 de noviembre 2006, Washington), según comenta la Dra. Rosario García de Vicuña.

Los contenidos de este congreso de referencia mundial han sido

analizados en la tercera edición de post-ACR, que poco a poco se va consolidando como un foro de vanguardia en reumatología. Esta tercera edición ha contado con la colaboración de Abbott Immunology. Junto a la Dra. García de Vicuña, que actuó de moderadora, intervinieron los siguientes especialistas:

Dr. Antonio D. Gómez Centeno (Artritis reumatoide: factores predictores de respuesta y eficacia a largo plazo), Dr. J. Francisco García Llorente (Seguridad de las

terapias biológicas), Dr. Rafael Ariza Ariza (Terapias biológicas en las espondiloartropatías), Dr. Víctor M. Martínez Taboada (Terapias biológicas en otras enfermedades autoinmunes).

DATOS CRUCIALES

La Dra. Rosario García de Vicuña resume así el contenido y temas de mayor interés clínico en la última edición del ACR:

-La información compartida en un foro de esta naturaleza abarca muchos campos tanto de la epi-

Los contenidos de este congreso de referencia mundial han sido **analizados en la tercera edición de post-ACR**, que poco a poco se va consolidando como un foro de vanguardia en reumatología

demografía y patogenia como del diagnóstico y tratamiento de enfermedades muy dispares. Si nos centramos en enfermedades inflamatorias y fármacos biológicos, los datos sobre eficacia mantenida y supervivencia de fármacos antagonistas del TNF a largo plazo son muy interesantes y los datos sobre seguridad son cruciales. En esta edición han sido especialmente novedosos los datos sobre eficacia mantenida en espondiloartropatías y la evidencia sobre disminución de mortalidad, a expensas de reducir la comorbilidad cardiovascular, en pacientes tratados con anti-TNF.

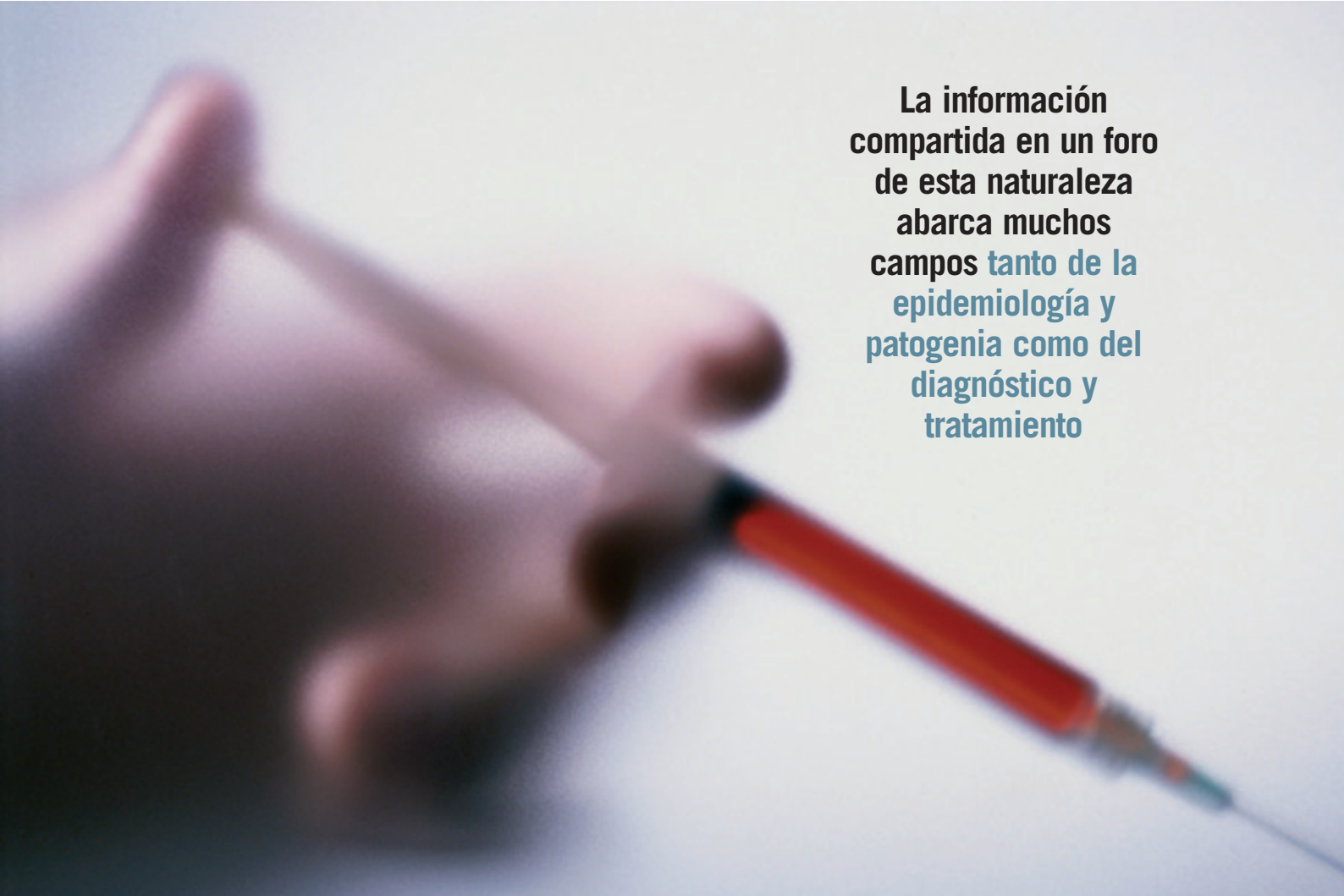
Esta experiencia acumulada en registros o cohortes de muy diferente procedencia nos aporta además información sobre los grupos de pacientes en los que el riesgo/beneficio es óptimo. Por otro lado, el conocimiento de resultados de los ensayos clínicos pivotaes de los fármacos próximos a la comercialización como rituximab o alefacept es fundamental para establecer sus indicaciones y su futuro manejo en la práctica clínica.

Finalmente, se va acumulando mayor evidencia sobre la eficacia de fármacos biológicos en indicaciones no aprobadas, como adali-

mumab o tozilizumab en artritis idiopática juvenil, rituximab se afianza como alternativa terapéutica en LES y vasculitis refractarias, y etanercept, en combinación con antirretrovirales, surge como posible opción en el tratamiento de la infección crónica por VHC.

AVANZANDO EN INVESTIGACIÓN TRANSLACIONAL

-¿Cree que las investigaciones básicas presentadas durante el ACR son suficientes para cumplir las expectativas de evolución de la reumatología, o hay déficit en algunos campos?



La información compartida en un foro de esta naturaleza abarca muchos campos tanto de la epidemiología y patogenia como del diagnóstico y tratamiento

“Probablemente la reumatología sea uno de los campos en los que más rápidamente está avanzando el conocimiento de los mecanismos de enfermedad y por lo tanto de la investigación translacional”

-Probablemente la reumatología sea uno de los campos de la Medicina en los que más rápidamente está avanzando el conocimiento de los mecanismos de enfermedad y por lo tanto de la investigación translacional. Nuestra posición de privilegio en el conocimiento de determinadas áreas como la inflamación o la osteoclastogénesis, nos sitúan incluso en los márgenes de la investigación de muchas disciplinas en las que estos mecanismos están implicados. Es por esto que en este congreso podemos encontrar trabajos dedicados a la patogenia de la arteriosclerosis, de la destrucción y formación ósea de diverso origen, e incluso de mecanismos involucrados en el cáncer o en la resistencia a la insulina.

DIAGNÓSTICO POR IMAGEN

-¿Qué potencial considera que tiene el diagnóstico por imagen en el futuro de la reumatología?

-Las técnicas de imagen constituyen una herramienta crítica en la evaluación de pacientes

El diagnóstico precoz de enfermedades como la artritis reumatoide o las espondilartropatías requieren técnicas más sensibles

con enfermedades inflamatorias crónicas y en los últimos años se multiplican los esfuerzos por establecer instrumentos de medida basados en la imagen. El diagnóstico precoz de enfermedades como la artritis reumatoide o las espondilartropatías requieren técnicas más sensibles que la radiología convencional, y la detección precoz de cambios inflamatorios y estructurales mediante RM o ultrasonografía power doppler permiten no sólo una intervención más precoz, sino también más ajustada en función del valor pronóstico que aportan. Por otro lado, es muy posible que en el futuro estas técnicas se introduzcan en la monitorización de la actividad y respuesta terapéutica y por lo tanto en el algoritmo terapéutico de las enfermedades articulares.

LOS MAYORES AVANCES, EN INFLAMACIÓN CRÓNICA

-¿En qué campos situaría los mayores avances en el tratamiento farmacológico de la especialidad reumatológica?

No hay duda de los avances más rápidos y drásticos se están dando en el tratamiento de la Artritis reumatoide y espondilartropatías, y por extensión en otras enfermedades inflamatorias crónicas. Igualmente el conocimiento del control de la osteoclastogénesis está introduciendo rápidos avances en la osteoporosis y enfermedades metabólicas. En el campo de artrosis, envejecimiento y regeneración tisular se han hecho importantes avances patogénicos, pero mi impresión es que estamos más lejos de dis-

poner de una estrategia terapéutica realmente eficaz

APROVECHAR MEJOR EL POST-ACR

El nivel de satisfacción votado por los asistentes fue muy alto. ¿Qué otras iniciativas complementarias al post ACR podrían potenciar dicha reunión, si es que las considera?

La consecución de créditos de formación médica continuada sería definitiva para consolidar esta iniciativa como una actividad formativa de calidad contrastada. Estamos trabajando en este sentido y esperamos conseguir que incluso que pueda ser aprovechada por aquellos reumatólogos que no puedan realizarlo como actividad presencial. Por otro lado, la demanda de información es cada vez mayor, por lo que podríamos llegar a plantearnos la ampliación de los contenidos y duración del curso. Asimismo, el esfuerzo que supone la revisión y síntesis de contenidos por parte de los profesores podría ser utilizado en otras audiencias, incluir foros de debate o incluso ser difundido en otros formatos.

La demanda de información es cada vez mayor, por lo que podríamos llegar a plantearnos la ampliación del curso

UNA PARTE CONSIDERABLE DEL DESARROLLO DEL CEREBRO HUMANO SE RELACIONA CON LA HABILIDAD MANUAL QUE PROPORCIONA EL PULGAR OPONIBLE

“Me duele el pulgar”

DR. JENARO GRAÑA GIL, **SERVICIO DE REUMATOLOGÍA**
 DR. JUAN NO SÁNCHEZ, **SERVICIO DE REHABILITACIÓN**
 DRA. M^A OLGA SÁNCHEZ MEIZOSO, **SERVICIO DE CODIFICACIÓN CLÍNICA**
 DRA. FE M^A RODRÍGUEZ NUÑEZ, **SERVICIO DE REUMATOLOGÍA***
 CHU JUAN CANALEJO. HOSP. USP-SANTA TERESA*. A CORUÑA

- Doctor, me duele el pulgar. Se agarrota y tengo como un calambre de repetición...
 - ¡Ajá!, ¿Cuántas horas dedica a la práctica de la flauta?

○ Qué nos define como humanos? ¡El lenguaje! ¡La música! ¡La autoconsciencia! ¡El deseo de trascender! ¡El sentimiento espiritual! ¡El amor!... Hay respuestas para todos los gustos, pero si hay un hecho diferencial transcendente e innegable es que una parte considerable del desarrollo del cerebro humano se relaciona con la habilidad manual que proporciona el pulgar oponible.

En otra actividad característicamente humana como es el arte de la pintura, el pulgar es imprescindible, y algunos pintores con artritis reumatoide como Raoul Dufy, que pudo viajar a Boston en 1950 para probar por primera vez la cortisona -a la que dedicó uno de sus cuadros o, sobre todo, Auguste Renoir, intentaron paliar su déficit atándose los pinceles.

UNA ESTRUCTURA COMPLEJA Y SOFISTICADA

El dedo pulgar es una estructura anatómica compleja y sofisticada que incluye los huesos trapecio y trapezoide del carpo, el primer metacarpiano y dos falanges. Su articulación proximal es la primera



Gentileza de Forges (publicado en “El País”)

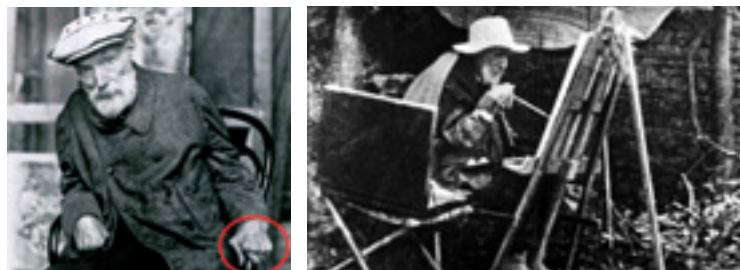


Figura 1.- Pierre-Auguste Renoir (1841-1919)

carpometacarpiana (1^a CMC) o trapezo-metacarpiana (TzMC) configurada como una “silla de montar”. Le siguen dos trócleas, la primera metacarpofalángica (1^a MCF) y la 1^a interfalángica (1^a IF) (los otros dedos tienen dos IFs, proximal y distal. En este dedo hay una, pero

con características de “distal”). Los músculos de la eminencia tenar controlan la aducción y la oposición, mientras que varios músculos del antebrazo se encargan de las funciones restantes.

La “tabaquera anatómica”, esa zona del borde radial de la muñeca

Los problemas del pulgar se caracterizan por **dificultad para coger o empuñar los objetos, y la localización del dolor y la presencia o ausencia de tumefacción**

que se usaba para inhalar rapé (tabaco en polvo), está delimitada por la estiloides radial distal, la base del pulgar, el abductor "pollicis longus" y el extensor "pollicis longus". En el suelo se encuentra el hueso escafoi-des (navicular).

Los problemas del pulgar se caracterizan por dificultad para coger o empuñar los objetos, y la localización del dolor y la presencia o ausencia de tumefacción son claves para establecer el diagnóstico correcto.

Si el dolor se localiza en la base del pulgar, el problema suele estar en la articulación TzMC. La artrosis de esta articulación o cualquier causa de artritis son los procesos habituales. El paciente suele señalar la tabaquera o frotar el área cuando relata su historia.

Si el dolor se extiende desde el radio distal a la tabaquera debemos pensar en la tenosinovitis de D'Quervain. Si, por el contrario, el dolor se localiza en la parte flexora del pulgar, a la altura de la MCF, tendremos una tenosinovitis del flexor con o sin dedo en resorte según el tiempo de evolución.

Si el dolor recorre toda la superficie interna del pulgar es típico del pulgar del guardabosque ("gamekeeper"). El dolor localizado en la articulación IF es el menos frecuente. Las causas habituales son la artritis traumática y la afectación por artrosis o artritis psoriásica.

Además de la anamnesis tenemos que explorar con detenimiento. Las maniobras básicas de inspección y palpación se pueden completar con maniobras específicas.



Algunos de los síndromes dolorosos del pulgar son:

■ **Enfermedades inflamatorias poliarticulares:**

Pueden afectar al pulgar. Como la artritis reumatoide y la artritis psoriásica, se escapan del objetivo de este capítulo. Los síndromes de atrapamiento nervioso como el síndrome del túnel carpiano (atrapamiento del nervio mediano), atrapamiento radial o las radiculopatías cervicales (compresión de

C6) se tratarán en otros capítulos. Nos ceñiremos a los procesos locales.

■ **Artrosis de la TzMC ("rizartrosis del pulgar")**

Es muy frecuente. Casi todo el mundo por encima de los 60 años tiene algún grado de afectación, aunque solo el 5-10% sufren pérdida funcional y dolor. Esta es una articulación muy expuesta al daño del cartílagos por factores mecánicos

(agarrar, coger, vibraciones excesivas, microtraumatismos repetidos) y considerable asociación familiar. Con el tiempo se produce un engrosamiento característico de la base del pulgar, se pierde rango de movilidad y aparece una subluxación progresiva. Los pacientes pierden en gran medida la fuerza de su pinza entre el pulgar y los otros dedos y suelen frotarse la base del pulgar cuando describen su dolencia. La palpación antero-posterior o con cuatro dedos nos permite apreciar la proliferación ósea artrósica y el dolor en la articulación.

NO HAY FACTORES CLAROS SOBRE DOLOR

Como en la mayoría de los procesos artrósicos la correlación clínico-radiográfica no es buena, y no hay factores claros que nos permitan adelantar la duración del dolor de la artrosis TzMC. Además de las medidas físicas y ortopédicas que veremos más adelante, se pueden utilizar medicamentos analgésicos o antiinflamatorios por vía oral o local (capsicina o AINE tópicos). Algunos modificadores de los síntomas (SYSADOA) han

Si el dolor se localiza en la base del pulgar, el problema suele estar en la articulación TzMC. La artrosis de esta articulación o cualquier causa de artritis son los procesos habituales

Signos	Diagnóstico	Confirmación
Dolor al apretar la articulación TzMC	Artrosis TzMC	Rx Bloqueo anestésico a nivel del trapecio
La señala el paciente ("self sign")		
Tumefacción de la base del pulgar y la tabaquera		
Crepitación con la circunvolución del pulgar		
Historia de hiperestésias o parestesias	Síndrome del túnel carpiano	Bloqueo del nervio mediano Estudio de conducción nerviosa
Signos de Tinel o Phalen		
Pérdida de sensibilidad en territorio del nervio mediano		
Disminución de la fuerza de oposición / atrofia tenar		
Pérdida del movimiento fino de la articulación IF	Dedo en resorte	Bloqueo de la banda tenosinovial del flexor
Hipersensibilidad/dolor sobre los tendones flexores sobre la porción distal de la articulación MCF		
Disminución del dolor con la extensión pasiva		
Hipersensibilidad/ dolor en la estiloides radial	Tenosinovitis de D'Quervain	Bloqueo anestésico sobre la estiloides radial
Dolor en la extensión del pulgar contrarresistencia		
Maniobra de Finkelstein		
Hipersensibilidad/ dolor a lo largo de la cara cubital de la articulación MCF agravada por el test de tensión en valgo	Pulgar del guardabosques (lesión del ligamento cubital colateral de la articulación MCF)	El bloqueo anestésico del ligamento puede distinguir el esguince simple de las lesiones avanzadas con desgarros del ligamento RMN Rx en tensión
Tumefacción de la MCF		
Pérdida de la fuerza de oposición		
Dolor, rigidez y movilidad incompleta de las articulaciones MCF o IF	Artritis postraumática MCF o torcedura de la IF	Rx (normales en la fase aguda) pueden mostrar adelgazamiento del cartílago y osteofitos
Tumefacción de las articulaciones		



Recientemente se ha empezado a utilizar la toxina botulínica para el calambre del escribiente

hasta notar la interlínea articular, situada en la tabaquera anatómica. La dirección de la aguja ha de ser perpendicular al plano cutáneo.

Se han empleado con cierto éxito técnicas de termoterapia, tales como los baños de parafina, que provocan calor superficial. A veces en la artrosis se emplean también técnicas de termoterapia profunda, como la onda corta o las microondas, aunque la efica-

cia en articulaciones tan pequeñas no es tan evidente, y su empleo está muy limitado. En los casos de brotes inflamatorios estaría más indicado el empleo de la crioterapia, si bien se debe de evitar en las demás situaciones, ya que puede facilitar la rigidez articular. Otra técnica de electroterapia muy empleada es el láser, aunque tampoco hay estudios que demuestren su efectividad.

Las ortésis pasivas de inmovili-

zación proporcionan reposo articular, y consiguientemente alivio (figura 1). Su empleo cada vez es más habitual, ya que los materiales que se utilizan cada vez son mejor tolerados por los pacientes. Respecto al tiempo de uso, se aconseja utilizarla hasta que el paciente comienza a sentir la remisión del dolor, para entonces iniciar un programa de ejercicios que evite la instauración de la rigidez articular, mayor causa de

Si el dolor se extiende desde el radio distal a la tabaquera debemos pensar en la tenosinovitis de D'Quervain

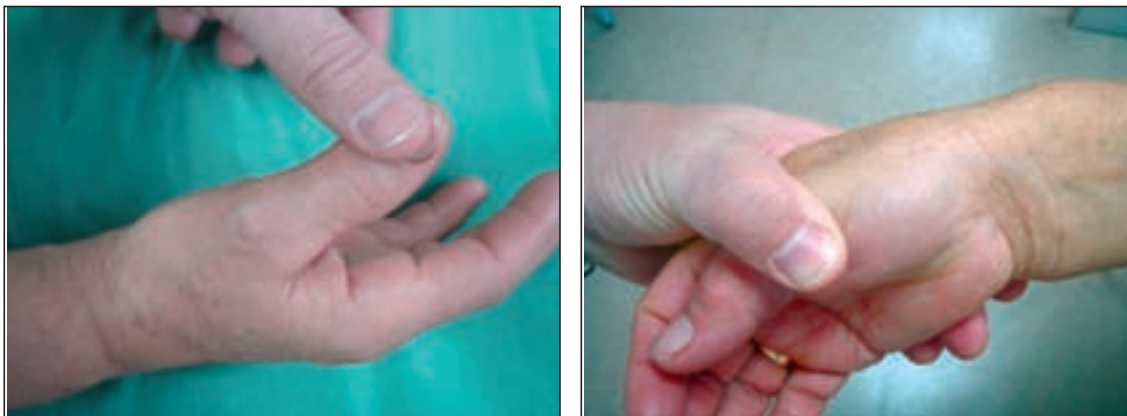


Fig. 3.- Abducción-extensión resistida y maniobra de Finkelstein

Si no se trata, esta tenosinovitis por fricción puede evolucionar hacia la fibrosis con resultado de pérdida de movimiento del pulgar



Fig. 4.- Areas dolorosas de la T. de D'Quervain y de los extensores del carpo- síndrome de intersección

demostrado su utilidad. Son útiles también las infiltraciones locales con corticoides y pueden ayudar las infiltraciones con ácido hialurónico. En una comunicación presentamos nueve pacientes (14 articulaciones con estadio radiográfico de Eaton-Littler-Burton: III o superior) tratadas con tres inyecciones de una presentación en "microdosis" de ácido hialurónico de bajo peso molecular con resultados satisfactorios por comparación de escalas visuales de dolor a los 3 meses de tratamiento. Entre las opciones quirúrgicas está la artrodesis trapezo-metacarpiana y la prótesis total de la articulación, aunque la más utilizada es la sus-

titución total o parcial del trapecio por una plastia tendinosa.

TENOSINOVITIS DE D'QUERVAIN

El dolor se localiza un poco antes de la base del pulgar, sobre la estiloides radial. En este punto pasan juntos los tendones del abductor "pollicis longus", extensor "pollicis longus" y extensor "pollicis brevis", bajo una estrecha banda fibrosa. El uso prolongado o inadecuado de estos músculos genera un engrosamiento de la banda fibrosa y puede provocar dolor en el borde radial de la muñeca, y signos inflamatorios. Si no se trata, esta tenosinovitis por fricción puede evolucionar hacia la fibro-

sis con resultado de pérdida de movimiento del pulgar (tenosinovitis estenosante). La presencia de eritema y calor, dolor a la presión, dolor con la extensión/abducción contrarresistencia o la flexión cubital forzada de la muñeca (maniobra de Finkelstein) indican el diagnóstico. Hay que excluir otros procesos como la rizartrosis, ganglión, tenosinovitis infecciosa, tendinitis de los extensores de la muñeca o síndrome de intersección, y el atrapamiento de la rama sensitiva del nervio radial.

El tratamiento en la fase aguda con hielo durante 15 min cada 4-6 horas, la inmovilización con bandas de esparadrapo o una férula y



Fig. 7.- Tenosinovitis del flexor del pulgar con nódulo tendinoso y dedo en resorte

analgésicos o antiinflamatorios resuelve gran parte de los casos en una o dos semanas. Si persisten los síntomas, se procederá a infiltrar un corticoide. La infiltración se puede repetir en unas semanas. Si persiste o repite, se aconseja la cirugía mediante descompresión del compartimento del primer extensor con o sin tenosinovectomía.

SÍNDROME DE INTERSECCIÓN

Se confunde fácilmente con la tenosinovitis de D'Quervain ya que se produce en el área dorsal próxima a la estiloides cubital. Es también una tenosinovitis por fricción entre los músculos abductores y extensores del pulgar y los extensores del carpo que se cruzan a este nivel.

El síndrome de intersección se confunde fácilmente con la tenosinovitis de D'Quervain ya que se produce en el área dorsal próxima a la estiloides cubital

TENOSINOVITIS DE LOS TENDONES FLEXORES DE LOS DEDOS

El dolor y la inflamación producidos puede hacer sospechar una afectación poliarticular de las MCFs a médicos poco entrenados. Estos tendones, incluido el del pulgar, pasan por un túnel osteo-fibroso situado entre el cuello del metacarpiano y la articulación interfalángica distal. Aquí el tendón encuentra estabilidad mecánica y factores nutricionales. El sobreuso o los microtraumatismos pueden provocar irritación e inflamación, lo que lleva al pulgar en gatillo o en resorte. En ocasiones se produce la formación de un nódulo tendinoso que puede quedar atrapado bajo la banda fibrosa que rodea y ancla el tendón a la altura de la 1ª MCF.

El diagnóstico es sencillo si el paciente nos muestra cómo el dedo queda bloqueado en flexión y, de forma súbita al aumentar la fuerza extensora se estira. Si esto no sucede, hay que mover de forma pasiva el dedo haciendo presión sobre el recorrido del tendón flexor hasta localizar el nódulo o la zona dolorosa. No debe confundirse con la retracción inicial que aparece en la contractura de Dupuytren, causada por la adhesión de la fascia palmar a la piel de la palma de la mano.

Se trata con inmovilización, aunque la infiltración local con

El calambre del escribiente que mencionamos en la introducción del artículo no es un proceso inflamatorio de las partes blandas del pulgar, sino una distonía de la musculatura

corticoide suele proporcionar alivio rápido y prolongado. Si tras dos infiltraciones persiste el bloqueo o el dolor, se recomienda hacer una cirugía sencilla para liberar el tendón de la banda fibrosa, con lo que se resuelve el problema.

El calambre del escribiente que mencionamos en la introducción del artículo no es un proceso inflamatorio de las partes blandas del pulgar, sino una distonía de la musculatura, de mecanismo no bien conocido, que se desencadena por el abuso de algunas actividades (escribir, tocar un instrumento, jugar al tenis o al golf, etc). Puede ser rebelde a los tratamientos ni no se deja o reduce la actividad que lo desencadena. La inyección de toxina botulínica puede ser una alternativa en los casos rebeldes.

ASPECTOS RELACIONADOS CON TRATAMIENTO ORTÓTICO Y MEDIOS FÍSICOS

Tratamiento y rehabilitación de partes blandas de la mano

En las patologías de las partes blandas de la mano existe una laguna importante a la hora de encontrar estudios que demuestren cierta evidencia científica. Nos guiamos preferentemente por la experiencia, dada la gran frecuencia de pacientes que presentan este tipo de problemas. Es prioritario en cualquier caso, como casi siempre en la rehabilitación, intentar alcanzar la mayor funcionalidad posible, siendo la mano uno de los aspectos claves en la autonomía funcional y laboral del individuo.

En el control de los síntomas se emplean múltiples tratamientos, como reposo, ortesis, medicación oral, infiltraciones con corticoides y medios físicos. En este apartado nos centraremos en recordar los aspectos relacionados con el tratamiento ortótico y los medios físicos.

ENFERMEDAD DE DE QUERVEIN:

Resulta de gran utilidad la infiltración con corticoides en el primer compartimiento extensor de la muñeca. En algunas series los resultados satisfactorios superan el 80%. La técnica de infiltración varía según los autores, pero en general se aconseja dirigir la aguja hacia la estiloides radial de proximal a distal o viceversa introduciéndola en la vaina tendinosa, a nivel de la tabaquera anatómica, con la mano del paciente en semipronación, con una inclinación de 45°, penetrando en la vaina tendinosa, debiéndose de observar el llenado de la misma. Si se nota resistencia a la entrada del líquido es preciso retirar la aguja lentamente.

Como tratamiento coadyuvante se suele emplear una ortesis pasiva que inmoviliza la muñeca y el 1er dedo para procurar un mayor reposo de los tendones afectados. Aunque hay estudios que no

demuestran evidencia, parece apropiado conseguir un correcto reposo del tendón para facilitar su recuperación.

Las técnicas de electroterapia, tales como el láser y el ultrasonido, no han demostrado eficacia en este tipo de patología y su utilización no es muy habitual.

RIZARTROSIS:

La artrosis de la articulación trapezometacarpiana puede resultar una patología extremadamente invalidante, ya que impide cualquier acción de la pinza fina.

Las infiltraciones con glucocorticoides conservan un destacado papel, especialmente en los brotes inflamatorios articulares. También se utiliza el ácido hialurónico, con buenos resultados. La infiltración se realiza con la mano del paciente en semipronación, realizando oposición y abducción de su dedo pulgar. Se palpa el metacarpiano de distal a proximal



Figura 1.- Ejemplo de ortesis pasiva con inmovilización de primer dedo, empleada en la rizartrrosis del pulgar.

La lesión que se produce por traumatismo o sobreestiramiento del ligamento colateral cubital de la 1ª articulación metacarpofalángica se debe tratar con inmovilización

limitación funcional en la artrosis.

La prescripción de ejercicios debe realizarse cuando el paciente no presenta dolor, una vez finalizada la fase aguda. Es aconsejable no forzar el uso de las articulaciones. Se deben combinar tanto ejercicios que desarrollen la flexibilidad y movilidad como los que desarrollen la resistencia muscular y el deslizamiento tendinoso. Se deben realizar a un ritmo lento y suave. A veces resulta de ayuda comenzar el programa de ejercicios en agua tibia para aliviar tanto rigidez como molestias iniciales. En el anexo al final del texto se describen ejercicios relacionados con estas patologías del pulgar.

DEDOS EN RESORTE:

La infiltración con glucocorticoides es el tratamiento de elección con una mejoría de hasta el 90% de los casos. Los mejores resultados se observan en los pacientes que presentan una duración de los síntomas menor de 6 meses. La infiltración puede realizarse palmar o lateralmente. En la técnica palmar la aguja se dirige hacia el

La infiltración con glucocorticoides es el tratamiento de elección con una mejoría de hasta el 90% de los casos

nódulo de proximal a distal o viceversa y se introduce en el interior de la vaina del tendón flexor, debiendo de observar el llenado de la misma. Se considera que la vía lateral resulta menos dolorosa.

Se puede utilizar como medida preventiva el empleo de herramientas con mango más ancho que eviten el mayor grado de flexión posible de los dedos.

PULGAR DEL GUARDABOSQUE O DEL ESQUIADOR:

La lesión que se produce por traumatismo o sobreestiramiento del ligamento colateral cubital de la 1ª articulación metacarpofalángica se debe tratar con inmovilización que establezca la articulación

durante al menos 3 semanas, siendo en la mayoría de los casos suficiente. A continuación se iniciará un programa de cinesiterapia pasiva para recuperar el rango articular y ejercicios de fortalecimiento de la pinza fina. Se puede acompañar de técnicas analgésicas como el ultrasonido. Al principio el paciente se beneficiará de la aplicación de frío local para reducir los efectos de la inflamación.

CALAMBRE DEL ESCRIBIENTE:

El tratamiento de este tipo de distonía se suele reducir al mejor control de la actividad que genera este proceso, procurando la relajación y el reposo de los músculos implicados. Recientemente se ha empezado a utilizar la toxina botulínica para este tipo de procesos. Si bien se emplea en casos muy evolucionados, en los que otro tipo de tratamientos han fracasado, ya que la paresia de los músculos implicados repercute de forma importante en las actividades globales de la mano, aunque la eficacia a largo plazo aún está por demostrar.

Ejemplos de ejercicios:

■ EJERCICIO 1:

Realice la letra "o" con el pulgar y el resto de los dedos al coger los objetos (garbanzos-lentejas-fideos). Empiece primero con el pulgar y el índice y continúe con el resto de dedos (pulgar-medio; pulgar-anular; pulgar meñique).

■ EJERCICIO 2:

Doble una toalla y sitúela entre el dedo pulgar y el resto de los dedos como si fuera un "palo". A continuación presione con el dedo pulgar la toalla sin mover el resto de dedos, posterior-

mente separe el pulgar. NO estire el pulgar.

■ EJERCICIO 3:

Toque con el pulgar el resto de dedos manteniendo un ritmo uniforme (ni muy lento ni muy rápido).

■ EJERCICIO 4:

Aplique pequeños "pellizcos" con el pulgar y otro dedo a un trozo de espuma de consistencia media. Recuerde pellizcar una vez con cada dedo y siempre con el pulgar.

■ EJERCICIO 5:

Estire el dedo índice y pulgar manteniendo flexionadas ligeramente todas las articulaciones. Mantenga la tensión durante 7 segundos.

■ EJERCICIO 6:

Con la mano izquierda agarre el pulgar derecho de tal manera que tire de él hacia fuera y gire el dedo hacia derecha e izquierda.

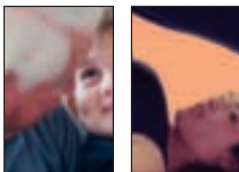
* en los pacientes con rizartriosis o afectación bilateral, los ejercicios se deben de realizar con ambas manos.

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



- ESPONDILITIS ANQUILOSANTE
- ESPONDILODISCITIS
- PTH
- REUMATISMO PALINDROMICO

ANTI-TNF

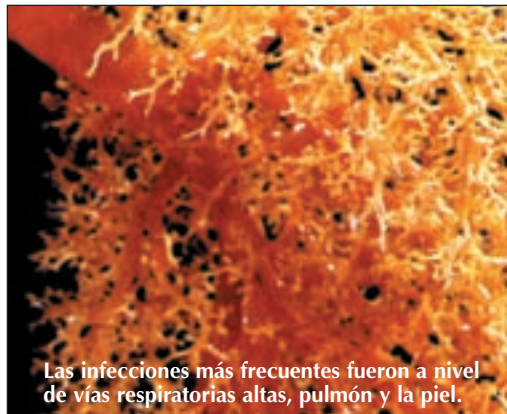
Anti-TNF e infección

INFECCIONES EN LA PRACTICA CLINICA DURANTE EL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS ANTI-TNF PARA ENFERMEDADES REUMATICAS: ESTUDIO RETROSPECTIVO SISTEMATICO EN 709 PACIENTES.

Salliot C, Gossec L, Ruyssen-Witrand A, et al. *Rheumatology* 2007;46:327-334.

El TNF-alfa es una citoquina proinflamatoria que juega un papel relevante en las enfermedades reumáticas inflamatorias, como la artritis reumatoide (RA) y las espondiloartropatías. La incidencia de infección en los pacientes con AR antes de la aparición de los fármacos anti-TNF era cercana al doble de la población control.

En los ensayos clínicos de los fármacos anti-TNF controlados con placebo, de pacientes con AR la tasa de infección era similar a la del grupo placebo. Posteriormente dos estudios realizados en Suecia y Reino Unido apuntaban que no existía un aumento de las infecciones graves con estos fármacos. Sin embargo, en los últimos años se han comunicado series en las que se observaba un aumento de infecciones graves en estos pacientes.



Las infecciones más frecuentes fueron a nivel de vías respiratorias altas, pulmón y la piel.

El grupo francés de Salliot C, con el objetivo de conocer la tasa de infección en sus 709 pacientes con enfermedades reumáticas (58% con AR) que han recibido fármacos anti-TNF, realizan una revisión sistemática retrospectiva desde 1997 a 2004 y la comparan en los mismos pacientes con la tasa antes de recibir estos fármacos. Definen infección grave a aquella que precisó hospitalización o dejó secuelas.

El 34% de los pacientes presentaron alguna infección durante el período de observación. El 6% fueron catalogadas como infecciones graves. La incidencia de infecciones graves antes del uso de los fármacos anti-TNF fue de 3.4 ± 3.9 por 100 pacientes/año, frente a 10.5 ± 8.7 durante el uso de anti-TNF ($P=0.03$, con un

número necesario de 14 pacientes).

En el estudio multivariante el único factor de riesgo relevante fue haber sufrido cirugía articular previa (OR: 2.07; 1.43-2.98). Al excluir del análisis la cirugía articular la dosis acumulada de corticoides (> 60 g) el OR era de 1.28 (IC: 1.04-1.59). Las infecciones más frecuentes fueron a nivel

de vías respiratorias altas, pulmón y la piel.

Aunque se trata de un estudio retrospectivo y este hecho podría explicar las discrepancias con estudios previos, los resultados se deben tener en cuenta. Por un lado, nos recuerda la posibilidad de infección en los pacientes que son tratados con estos fármacos y, por otro, que se debe aconsejar una evaluación previa antes del inicio del tratamiento, para poder detectar posibles focos de infección, incluyendo la cavidad oral, como aconsejan los autores. A los pacientes se les debe aconsejar consultar ante la sospecha de cualquier infección.

Dr. José Rosas

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

¿Es útil la ecografía con power doppler en la evaluación de la inflamación en la espondilitis anquilosante?

DETECCIÓN DE SACROILITIS E INFLAMACIÓN ESPINAL EN LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE CON ECOGRAFIA EN ESCALA DE GRISES Y COLOR. ¿PUEDE ESTE MÉTODO EVALUAR LA RESPUESTA A LA TERAPIA CON ANTI-TNF?

J Rheumatol 2007; 34: 110-116.

La espondilitis anquilosante (EA) es una enfermedad inflamatoria reumática crónica, que se caracteriza por inflamación en el esqueleto axial. La radiografía simple, puede detectar, aunque de forma lenta, los cambios estructurales provocados por el proceso inflamatorio. Sin embargo, no permite obtener información acerca de las lesiones inflamatorias que se producen en estas estructuras. La resonancia magnética (RM) permite evaluar la presencia de inflamación, aunque diversos motivos impiden su realización de forma rutinaria. La ecografía músculo esquelética es una técnica en desarrollo más accesible que la RMN. Diversos estudios de los últimos años demuestran su utilidad en la evaluación de las entesis.

Basándose en la utilidad de la ecografía de color, los autores se proponen medir el grado de inflamación en las articulaciones sacroilíacas y en la columna.

En el estudio se evalúan 39 pacientes con EA y 14 controles. En todos los sujetos del estudio se realizó una ecografía en las articulaciones sacroilíacas (Si), de la columna lumbar (CL) y torácica (CT). Se realizaron las medidas habituales para la evaluación clínica de la EA, incluyendo determinación de VSG y PCR y radiografías para determinar el BASRI. La ecografía se realizó en todos los pacientes y los controles y se determinó el índice de resistencia (IR) que es una medida que permite evaluar la vascularización de las áreas estudiadas.

En los pacientes con EA existieron diferencias significativas en la medición del IR al compararlos con los controles sanos en las Si (0.820 vs 0.881 $p=0.003$), CT (0.818 vs 0.857 $p=0.004$) y en la CL (0.847 vs 0.885 $p=0.01$). Cuando los pacientes se clasificaron de acuerdo a la actividad de la enfermedad teniendo en cuenta el BASDAI, los IR fueron mayores en los pacientes con actividad frente a los no activos (CT 0.789 vs 0.825 $p=0.013$, CL 0.820 vs 0.863 $p=0.027$). En 11 pacientes con EA que recibieron anti-TNF (7 infliximab y 4 etanercept), a las 12 semanas se observó una mejoría en el IR (CT 0.789 vs 0.825 $p=0.013$, CL 0.820 vs 0.863 $p=0.027$).

En las conclusiones los autores señalan que la ecografía con escala de grises y color puede ser útil para evaluar el grado de inflamación en los pacientes con EA. Una medida baja del IR indicaría un incremento de inflamación en el área evaluada. Además en función de los resultados obteni-

dos en el estudio, ésta medición podría ser un complemento para evaluar la respuesta a la terapia biológica.

En nuestra opinión el estudio pone de manifiesto la necesidad que existe en la EA de la obtención de parámetros o medidas que permitan obtener información precisa de la actividad de la enfermedad. Por otro lado, aunque el estudio es interesante, merece la pena llamar la atención sobre el número reducido de pacientes incluidos y resaltar que las medidas actuales en la EA están sujetas a un cierto grado de subjetividad. Finalmente, creemos que en los próximos años la ecografía puede ser un instrumento útil que complemente la exploración de los pacientes con enfermedades reumáticas; por lo tanto su difusión y la formación de reumatólogos en el manejo de esta técnica será necesaria.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

ESPONDILODISCITIS

Espondilodiscitis tuberculosa: utilidad de la imagen en la monitorización del tratamiento.

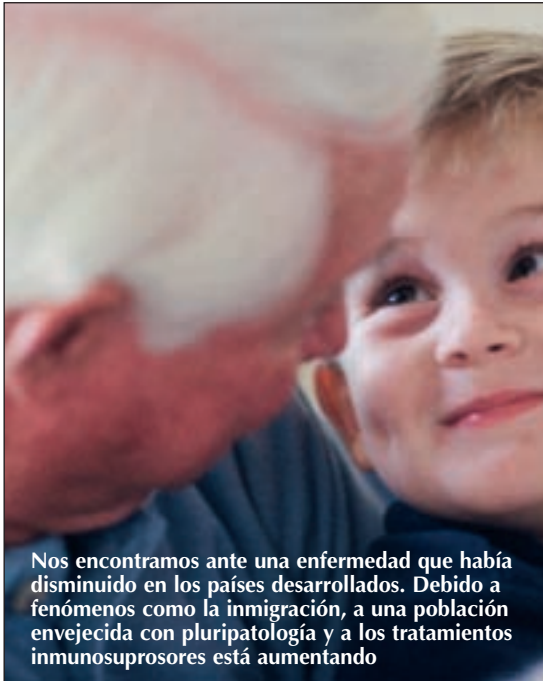
TUBERCULOSIS VERTEBRAL: ESTUDIO DE SEGUIMIENTO DE LAS VARIABLES CLINICAS, DE LABORATORIO Y DE IMAGEN.

Le Page L, Feydy A, Rillardon L et al. Semin Arthritis Rheum 2006 ; 36 :124-129.

Se trata de un estudio clínico de seguimiento prospectivo de un grupo de pacientes diagnosticados y tratados de espondilodiscitis tuberculosa. Aunque el número de pacientes (19) es reducido, su interés radica en que aporta cierta luz a la escasa información existente sobre la concordancia entre la evolución clínica, los datos analíticos y los cambios en las pruebas de imagen, fundamentalmente en la resonancia magnética (RM) y en la tomografía computerizada (TC).

Todos los pacientes recibieron tratamiento antituberculoso durante doce meses. Se les realizaron visitas de seguimiento mensuales en las que se recogía el peso, el consumo de analgésicos y se realizaba una exploración neurológica. También se solicitaba en cada visita la VSG y la PCR. La TC y la RM se incluían en el estudio basal, al final del tratamiento y al menos en dos ocasiones más durante el periodo de seguimiento.

Todos los pacientes tenían confirmación microbiológica del diagnóstico. En los resultados destaca que 14 pacientes (74%) tenían signos clínicos de compromiso neurológico. Dieciséis pacientes (84%) tenían la PCR o la VSG elevadas. Todos los pacientes tenían manifestaciones de infección tuberculosa a otros niveles. Doce (65%) pacientes necesitaron tratamiento quirúrgico, la mayoría por complicaciones neurológicas.



Nos encontramos ante una enfermedad que había disminuido en los países desarrollados. Debido a fenómenos como la inmigración, a una población envejecida con pluripatología y a los tratamientos inmunosupresores está aumentando

En la exploración inicial con técnicas de imagen el 65% de los pacientes tenía lesiones a varios niveles. La TC detectó 51 vértebras afectadas y 72 la RM. La localización más frecuente era a nivel dorsal. La RM aportaba más información que la TC sobre la extensión de los abscesos epidurales, la presencia de abscesos intradiscuales y sobre la presencia de compresión neural o radicular. Tuvieron la misma sensibilidad en la detección de los abscesos paravertebrales. Las calcificaciones paravertebrales sólo se detectaron con TC.

En quince pacientes se completó el seguimiento. La mayor parte de los pacientes aumentaron de peso durante los primeros 6 meses mientras que el consumo de analgésicos disminuyó al máximo a los nueve meses de iniciado el tratamiento. A los tres meses los valores de la PCR y la VSG se normalizaron y a los 6 meses la situación clínica se normalizó. En cambio las lesiones detectadas por RM tardaron más tiempo en mejorar, con independencia de la evolución clínica y de las diferentes variables de laboratorio. Por ejemplo los abscesos paravertebrales desaparecieron en el 45% de los casos a los 2 meses, en el 50% de de los casos a los 6 meses y en el 80 % de los casos a los 12 meses. Al finalizar el tratamiento la RM mostró abscesos paravertebrales en el 15% de los casos detectados inicialmente y en un 25% de los casos persistía el edema vertebral.

Nos encontramos ante una enfermedad que había disminuido en los países desarrollados. Debido a fenómenos como la inmigración, a una población envejecida con pluripatología y a los tratamientos inmunosupresores está aumentando en la actualidad y es necesario estandarizar su manejo. La tuberculosis ósea tiene una evolución insidiosa con una mejoría lenta tras iniciar el tratamiento. En ocasiones hay dudas sobre si el tratamiento médico es suficiente, o sobre si se precisa intervención quirúrgica. En esta situa-

ción al clínico le gustaría disponer de una prueba de imagen en la que sustentarse para tomar estas decisiones. El presente artículo parece indicar que la RM no es la solución y que sigue siendo la valoración clínica la que indica si el paciente mejora, aunque haya que esperar unos meses. La evolución de los parámetros analíticos de inflamación son algo más precoces y pueden ayudar.

Dr. José Ivorra

PTH

Eficacia de la PTH en el tratamiento de la osteoporosis

EFFECTO SOBRE LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA Y EL RIESGO DE FRACTURA DE LA HORMONA PARATIROIDEA TANTO EN MONOTERAPIA COMO COMBINADA CON FÁRMACOS ANTIRRESORTIVOS. RESULTADO DE UN METAANÁLISIS.

Vestergaard P, Jorgensen NR, Mosekilde L and Schwarz P. Osteoporos Int 2007; 18: 45-57.

La reciente introducción de los fármacos anabólicos en el tratamiento de la osteoporosis ha creado grandes expectativas. Entre los más prometedores destaca la hormona paratiroidea (PTH 1-84) o su análogo la teriparatida (PTH 1-34). Estos fármacos son capaces de aumentar la masa ósea a un nivel muy superior al de los denominados fármacos antirresortivos. Sin embargo, es importante que este aumento disminuya la incidencia de fracturas. Estos dos fenómenos no son siempre equivalentes, como se observó en el caso del flúor que aumentaba la masa ósea y también la incidencia de nuevas fracturas.

Los autores realizan una revisión mediante un metaanálisis para conocer si la PTH, en monoterapia o tratamiento combinado con antirresortivos, es superior al tratamiento con placebo (que incluye el tratamiento con calcio y vitamina D) en el aumento de la densidad mineral ósea y la disminución del riesgo de fracturas. Los autores también pretenden estudiar si la dosis, la duración del tratamiento o el tipo de PTH influye en estos resultados, así como las diferencias en cuanto a efectos secundarios.

Para ello realizan una revisión de los ensayos aleatorizados frente a placebo que aparecen en las bases de datos: PubMed, Web of Science o en Embase. Se seleccionan al final trece ensayos clínicos.

En los resultados la PTH, tanto en monoterapia como en combinación con un antirresortivo, reduce las fracturas vertebrales (riesgo relativo (RR)= 0,36 con un intervalo de confianza (IC) al 95% : 0,28-0,4,7, 2p< 0,01), y las no vertebrales (RR=0,62, IC al 95%:0,48-0,82, 2p< 0,01). La densidad mineral ósea (DMO) a nivel vertebral aumenta un 6,6% (5,2 %- 8,1% 2p<0,01) y a nivel de cadera un 1% (-

0,1%-2,1%, $2p=0,08$). Todos estos datos se obtuvieron durante 11-36 meses de seguimiento. No se pudo demostrar un efecto entre la duración del tratamiento y el riesgo de fracturas. Sí, en cambio, había una tendencia de aumento de la DMO con la mayor duración del tratamiento.

En cuanto a los efectos adversos más frecuentes destacaron la hipercalcemia, náuseas y molestias en los puntos de inyección. No hubo suficientes datos para comparar diferencias entre el tratamiento en monoterapia y el tratamiento combinado.

En este interesante artículo se revisan y analizan las evidencias que disponemos sobre el tratamiento con PTH. En resumen podemos decir que la PTH es eficaz en la disminución de las fracturas vertebrales. De forma indirecta podemos afirmar que probablemente la disminución del RR es superior a la conseguida con los antirresortivos más potentes como son los bifosfonatos. El efecto parece similar a ellos en cuanto a las fracturas no vertebrales. Se desconoce el efecto que tiene sobre las fracturas de cadera, máxime cuando no se ha demostrado que aumente la densidad mineral ósea a este nivel. Este hecho es de suma importancia porque puede limitar su indicación en grupos con alto riesgo de fracturas de cadera. Por otra parte, de forma indirecta también parece que su efecto en monoterapia es superior al que tiene cuando se combina con antirresortivos potentes como los bifosfonatos. No hay datos sobre si existen diferencias entre la teriparatida y la PTH (1-84), ni si un tratamiento superior a 18 meses puede ser más eficaz en cuanto a la disminución del riesgo de fracturas.

Dr. José Ivorra Cortés

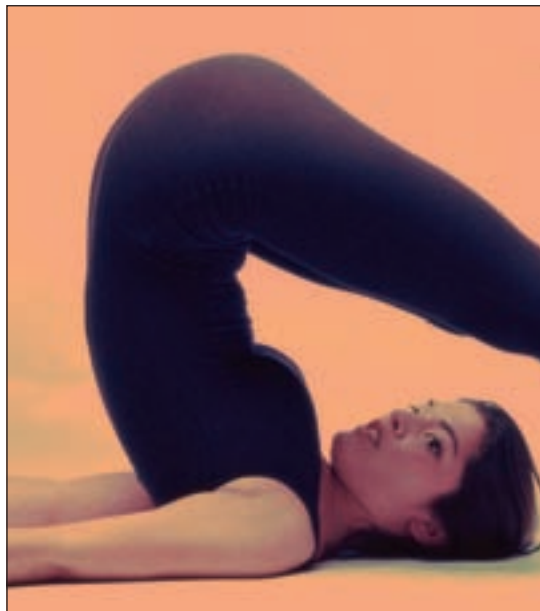
REUMATISMO PALINDROMICO

Anti-peptidos citrulinados y reumatismo palindrómico

PAPEL DE LOS ANTICUERPOS ANTI-PEPTIDOS CITRULINADOS EN PREDECIR LA PROGRESIÓN DE REUMATISMO PALINDROMICO A ARTRITIS REUMATOIDE.

Russell AS, Devani AL, Maksymowych WP. *J Rheumatol* 2006;33:1240-1242.

El reumatismo palindrómico (RP) se caracteriza por la aparición de episodios agudos de artritis, generalmente de 1 a 3 días de duración. Algunos estudios señalan que una proporción de estos pacientes pueden evolucionar a una colagenopatía concreta, especialmente artritis reumatoide (AR). Se ha publicado que cerca del 35% de los pacientes con RP pueden evolucionar a AR en un periodo de alrededor de 6 años. Se considera que la presencia de factor reumatoide y la afectación de manos, en estos pacientes, son factores de riesgo para la evolución a AR. De hecho, algunos autores



plantean la posibilidad de que el RP sea una forma incompleta de AR, ante la frecuencia de detectar anticuerpos anti-peptidos citrulinados (PCC) en estos pacientes, cercana al 56%. (Salvador G, *Rheumatology* 2003).

En este estudio, el grupo de Russell et al. evalúa en 61 pacientes diagnosticados de RP, de los que disponen suero almacenado, si la presencia de PCC pueden tener valor pronóstico y si señalan a los pacientes que evolucionarán a AR.

Con un seguimiento de 5.4 años, 29 de los pacientes (48%) evolucionaron a AR y de ellos el 83% tenían PCC positivos. Otros 29, tomando fármacos antimaláricos, se mantuvieron en remisión o disminuyeron claramente el número de ataques. De los 3 restantes; uno evolucionó a enfermedad de Behcet, otro a LES y el último a una artritis psoriásica.

En 31 pacientes (51%) se detectó FR y en 34 pacientes PCC (56%). La sensibilidad, especificidad y valores predictivos del FR y PCC en señalar la evolución de RP a AR se describe en la tabla.

	FR	Anti-PCC	FR + Anti-PCC
Sensibilidad	67	83	77
Especificidad	61	68	84
Valor predictivo (+)	60	71	81
Valor predictivo (-)	61	81	81

Con estos resultados, los autores concluyen que los PCC predicen mejor que el FR a los pacientes con reumatismo palindrómico que van a evolucionar a AR incluso años antes de que se produzca y por ello aconsejan en esa circunstancia mantener la posible remisión con tratamiento como los antimaláricos. Queda por ver si esta actitud terapéutica impide la propia evolución a AR.

Dr. José Rosas



DR. JOSÉ CARLOS ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR SECC. REUMATOLOGÍA. H. MARINA BAIXA. VILLAJYOYOSA. ALICANTE
 DR. JOSÉ IVORRA CORTÉS SECCIÓN REUMATOLOGÍA. H. U. DR. PESET. VALENCIA
 DR. JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ SUEIRO SERVICIO DE REUMATOLOGÍA. H. U. JUAN CANALEJO. A CORUÑA

Dieta sin almidón y espondilitis anquilosante

Somos un grupo de personas que compartimos nuestras experiencias en un foro de espondilitis anquilosante y nos gustaría aclarar el valor de la dieta sin almidón en las enfermedades reumáticas. Últimamente, en estos foros se está hablando con mucha insistencia sobre los beneficios de la dieta sin almidón, promovida por el profesor Alan Ebringer, del que encontramos poca información. Mantiene que esta dieta funciona y la defienden a toda costa.

Daniel (recibido en ser@ser.es)

Como probablemente ya conoce, la espondilitis anquilosante (EA), es una enfermedad reumática inflamatoria crónica, que afecta principalmente al esqueleto axial (columna y articulaciones sacroilíacas). Predomina en varones jóvenes y se manifiesta por rigidez y dolor en la columna de tipo inflamatorio (despierta por la noche, empeora con el reposo, etc).

La etiología y patogenia de la EA no se conoce en su totalidad, pero parece que existen factores genéticos - como la presencia del llamado HLA-B27- y ambien-

tales que pueden interactuar. De hecho, se acepta que en pacientes con predisposición genética, existe una relación entre el intestino y la patogenia de esta enfermedad.

Entre los factores ambientales, se ha relacionado con la interacción de algunos microorganismos, como la *klebsiella pneumoniae* en pacientes genéticamente predispuestos. El Dr. Alan Ebringer, defiende desde hace años, que la *klebsiella* es uno de los factores primordiales en la patogenia de la EA y que su disminución o eliminación, ya sea con antibióticos o con una dieta sin almidón (el almidón se considera importante para el metabolismo de la bacteria), disminuiría el efecto inflamatorio de la enfermedad. Sin embargo, esta teoría no ha sido plenamente demostrada y hoy en día no se acepta por la mayoría de los autores.

El almidón de la dieta se encuentra principalmente en las patatas, azúcares y en la pasta.

Al no contar con estudios que demuestren claramente el efecto beneficioso de la eliminación del almidón de la dieta, en mi opinión, en espera de algún estudio (ensayo clínico) que lo avale, eliminar el almidón de la dieta no se contempla en el tratamiento actual de la EA. Sin embargo, se debe resaltar que en la actualidad, sí que dispone-

mos de fármacos cada vez más eficaces para el control de esta enfermedad, que probablemente usted y su grupo conoce, como los llamados anti-TNF o fármacos biológicos, que sí han demostrado su eficacia y seguridad en esta enfermedad.

Dr. José Rosas

¿Puedo tener un tendón del hombro calcificado y osteoporosis?

Soy una mujer de 60 años y me están tratando de osteoporosis desde hace varios años. Por ello intento tomar bastante leche y además me han recetado pastillas de calcio dos veces al día. Desde hace un mes tengo mucho dolor en el hombro derecho. Me han hecho radiografías y mi médico me ha comentado que tengo un tendón del hombro calcificado. Me pregunto si debo dejar el calcio que estoy tomando y cómo es posible que teniendo osteoporosis pueda tener calcio en el tendón.

A. Benito, Manises (Valencia)

Por lo que usted comenta lo que le han diagnosticado

en el hombro es una periartrosis calcificante en el hombro. Es una enfermedad que se caracteriza por el depósito de cristales de calcio en los tendones. En estos momentos no conocemos con total seguridad la causa que provoca estos depósitos. Se piensa que existen previamente lesiones en el tendón, pequeños desgarros y que sobre esas lesiones se va depositando el calcio. Esos acúmulos de calcio en forma de cristales pueden en un momento dado provocar una reacción inflamatoria y producir dolor, dificultad para mover el brazo como en su caso e incluso a veces episodios de fiebre. En otras ocasiones es un hallazgo casual sin repercusión. En general podemos afirmar que no guarda relación con la cantidad de calcio que tomemos, ni con los niveles de calcio en la sangre, ni con la densidad mineral ósea (cantidad de calcio en el esqueleto). En cambio, la osteoporosis se caracteriza por fragilidad de los huesos y una densidad mineral ósea baja, es decir, poco calcio en los huesos en términos más sencillos. La osteoporosis se trata por lo tanto de una enfermedad de los huesos y sí se relaciona con la pérdida de calcio óseo que se detecta en la menopausia y con la escasa ingesta de productos lácteos. Por ello una misma persona puede tener a la vez

osteoporosis y tendinitis calcificante. En su caso debe seguir el tratamiento para la osteoporosis pues no influye en el tratamiento de su dolencia en el hombro.

Dr. José Ivorra

En artritis hacer radiografías también de los pies

Soy una paciente de 32 años y desde hace 1 año me han diagnosticado de artritis reumatoide. Empezó por las manos y las rodillas y como me lo cogieron pronto parece que la enfermedad está controlada. Ahora al año mi reumatólogo me ha pedido un control de radiografías de manos, pero también de los pies y no lo entiendo por qué, ya que nunca me han molestado los pies. Me gustaría que me comentaran esto.

Ana S (Altea)

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica de las articulaciones. Sabemos que la inflamación mantenida, no controlada, va a ser la causa de la aparición de las lesiones o erosiones radiológicas. De hecho, conocemos que cerca del 70% de los pacientes pueden presentar erosiones ya en los primeros 2 años de la enfermedad si la enfermedad no se controla correctamente.

Como en su caso, la forma de presentación más frecuente de la artritis reumatoide (AR) es como poliartritis simétrica afectando a ambas manos. La aparición de erosiones en las radiografías puede poner de manifiesto que la enfermedad no está plenamente controlada con el tratamiento que se recibe y hacer que se replantee el tratamiento.

En cada visita/consulta de los pacientes con AR evaluamos la enfermedad, realizando la exploración de las articulaciones para valorar si se aprecia dolor o inflamación y una analítica general con determinación de la velocidad de sedimentación y la proteína C reactiva. Con estos datos tenemos una visión puntual y cercana de la enfermedad.

Sin embargo, los cambios radiológicos pueden tardar un tiempo en ser claramente visibles en las radiografías. En los primeros años de evolución de la enfermedad, se aconseja realizar controles de radiografías anuales de las manos, por ser las articulaciones más frecuentemente afectadas por la enfermedad. Asimismo, también se aconseja realizar las radiografías de los pies, por ser frecuente encontrar erosiones y además porque en un 10% de los pacientes podemos encontrar lesiones incluso antes en los pies que en las articulaciones de las manos.

Dr. José Rosas



Seropositividad y artritis reumatoide

Cuando me ha sido diagnosticada una artritis reumatoide, el reumatólogo que me atendió me dijo que tenía una artritis reumatoide seropositiva. Aunque me explicó lo que significaba seropositiva, realmente no lo entendí muy bien. Yo tengo entendido que las personas seropositivas son aquellas que tienen una enfermedad infecciosa, eso es algo que por ejemplo lo he oído hablar en personas que tienen el SIDA. ¿Podría explicarme cuál es el significado de seropositividad en la artritis reumatoide?

Antonio F (La Coruña)

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica de las articulaciones cuya causa es desconocida. La patogenia, es decir, la forma en que se produce, es autoinmune. En las enfermedades autoinmunes se generan una serie de anticuerpos que reac-

cionan contra diversas partes del propio cuerpo originando lo que se denominan auto-anticuerpos.

Cuando se empezó a caracterizar de una forma más precisa a esta enfermedad, se descubrieron en la sangre de los pacientes unos auto-anticuerpos que reaccionaban contra determinadas partes de las inmunoglobulinas de los propios pacientes, de manera más frecuente contra la inmunoglobulina IgM. La presencia de estos auto-anticuerpos en el suero de los pacientes con AR se denominó "factor reumatoide".

En general el factor reumatoide aparece entre el 70-90% de los pacientes AR. De esta manera los pacientes con AR, pueden ser clasificados en dos grupos: los que lo tienen positivo el factor reumatoide presentan una AR seropositiva y los que no lo tienen presentan una AR seronegativa.

En términos generales el considerar seropositividad o seronegatividad indica la presencia o ausencia de un determinado factor en el suero de los pacientes, que en el

caso de enfermedades infecciosas indica también, la presencia o no de anticuerpos dirigidos contra el microorganismo o partículas del mismo causante de la infección. Por tanto, en relación a su pregunta, usted presenta el factor reumatoide positivo y por esta razón la artritis reumatoide se llama seropositiva, y como previamente hemos comentado este término no tiene nada que ver con un proceso infeccioso.

Dr José Luis Fernández Sueiro.

En qué enfermedades se utilizan los tratamientos llamados biológicos

Mi madre tiene una artrosis avanzada en la rodilla y le han propuesto que se opere. Ella tiene algo de miedo por los posibles problemas de la intervención. Hemos oído que hay nuevos tratamientos para las enfermedades reumáticas que son muy eficaces, creo que se llaman tratamientos biológicos. ¿Se podrían utilizar en mi madre? ¿Con esto sería posible evitar la intervención?

P. Pérez., Silla (Valencia)

Existen muchas enfermedades reumáticas y cada una de ellas con tratamientos diferentes. Usted se refiere a una nueva

generación de fármacos que actúan sobre células o moléculas implicadas en la inflamación de determinadas enfermedades, como la artritis reumatoide, artritis psoriásica o la espondilitis anquilosante. En estas enfermedades se logra detener la enfermedad, y si se hace de forma precoz evitamos que las articulaciones se dañen. Por lo tanto podemos evitar la necesidad de colocar prótesis. En el caso de su madre estamos hablando de artrosis, que es una enfermedad que no se beneficia de estos tratamientos. De cualquier forma cuando la han propuesto la colocación de una prótesis es porque la enfermedad está muy avanzada y probablemente es la única posibilidad de mejorar el dolor y disminuir la discapacidad de su madre.

Dr. José Ivorra

¿Las inflamaciones musculares pueden ser enfermedades reumáticas?

He sido diagnosticada por mi reumatólogo de una enfermedad de los músculos que se llama polimiositis. Yo nunca había oído hablar de esta enfermedad, aunque según lo que me ha comentado el reumatólogo, consiste en una inflamación de los músculos. Me gustaría que me explicasen algo más de la

enfermedad; ¿que relación tiene con las enfermedades reumáticas?, ¿que es lo que la produce?, ¿es una enfermedad grave?, ¿podré curarme de la enfermedad?.

Ana D (La Coruña)

Los procesos inflamatorios localizados en el músculo, denominados miopatías inflamatorias, constituyen un grupo de enfermedades que provocan inflamación en el músculo, ocasionando debilidad muscular como síntoma principal. Una de ellas es la polimiositis. Estas enfermedades se estudian por la reumatología ya que, aunque su causa es desconocida, en su patogenia o desarrollo intervienen células del sistema inmune y en determinados casos se asocian con otras enfermedades del tejido conectivo.

Estas enfermedades son poco frecuentes y aunque se han barajado diversas hipótesis, se desconoce cuál es la causa que origina la inflamación en el músculo. Se han encontrado diversas asociaciones con genes dentro del sistema inmune y en la polimiositis los linfocitos T (un tipo de glóbulos blancos) son los responsables principales conocidos.

Generalmente la polimiositis aparece de forma lenta y se caracteriza por la presencia de debilidad, que se localiza fundamentalmente en los brazos y en los muslos, por lo que ocasiona una dificultad en las personas para ponerse

la ropa, subir escaleras o levantarse de una silla. Ocasionalmente puede producir cansancio generalizado con rigidez al levantarse de la cama, pérdida de apetito y fiebre. Es raro que produzca inflamación en las articulaciones (artritis) pero sí puede producirse dolor en las mismas (artralgias).

El diagnóstico de la enfermedad se basa en la debilidad muscular y en la alteración de determinadas pruebas diagnósticas, como análisis de sangre, electromiograma (permite analizar la clasificación, distribución y severidad de la enfermedad) y una biopsia de los músculos afectados por la inflamación.

Debe saber que la polimiositis, si no se controla, es una enfermedad grave y potencialmente incapacitante. Sin embargo, en los últimos años el pronóstico de la enfermedad ha mejorado con la creciente disponibilidad de fármacos inmunosupresores, que producen la disminución e incluso desaparición de la inflamación muscular. Inicialmente se utilizan dosis altas de cortisona y cuando se consigue mejoría se van disminuyendo. Si es preciso, se pueden añadir otros tratamientos inmunosupresores.

Actualmente no existe una cura conocida para la polimiositis, por lo tanto los pacientes que tienen esta enfermedad necesitan controles periódicos en las consultas de reumatología.

Dr José Luis Fernández Sueiro

La Osteonecrosis mandibular es poco frecuente con bifosfonatos en dosis orales

■ LR.-Dr. José Rosas

En los últimos años se ha comunicado la aparición de casos de osteonecrosis (ON) mandibular en pacientes con neoplasia estando en tratamiento con bifosfonatos por vía intravenosa para controlar la hipercalcemia tumoral. Sin embargo, sólo ocasionalmente algunos pacientes con osteoporosis en tratamiento con bifosfonatos orales, como el alendronato, han presentado esta complicación.

Recientemente la Sociedad Americana de Patología Bucal ha revisado este tema, comunicando sus conclusiones acerca de los factores de riesgo, forma de presentación, sintomatología, prevención y manejo de esta patología, dirigido especialmente a los pacientes que reciben bifosfonatos intravenosos como el pamidronato o el ácido zolendrílico.

Diversos factores generales pueden influir en la aparición de ON mandibular, como la presencia de diabetes mellitus, haber recibido radioterapia en la zona, uso de fármacos inmunosupresores incluyendo los corticoides y la duración del tratamiento con bifosfonatos. Sin embargo, la presencia de factores locales son de gran importancia en los pacientes con ON mandibular, como mala higiene bucal, pero muy especialmente la extracción dental o cirugía bucal reciente. De hecho, se cree que la ON predomina en la mandíbula y no en otras localizaciones óseas porque podría estar en relación con la presencia de mala vascularización junto a los posibles microtraumatismos de la vida diaria a ese nivel como la masticación con una mala reparación

de las posibles microfracturas.

La clínica suele ser dolor local, mala cicatrización de las lesiones tras extracción o cirugía y posibilidad de infección del tejido necrótico.

Los autores aconsejan, sin duda, una evaluación bucal antes de iniciar un tratamiento con bifosfonatos intravenosos, cuidar la higiene bucal, evitar la cirugía y si es posible evitar las extracciones dentales y en todo caso, retrasarlas hasta que requieran escaso traumatismo local.

Respecto a los bifosfonatos orales como el alendronato, dada la escasa frecuencia de ON mandibular en estos pacientes, parece razonable aconsejar a nuestros pacientes cuidar también la higiene bucal y si va a precisar ortodoncia o extracciones dentales, realizarlas antes del tratamiento.

ARTÍCULO ORIGEN: Manejo de los pacientes con osteonecrosis mandibular asociado a bisfosfonatos: posición de la Sociedad Americana de Patología Bucal. JADA 2005;136:1658-1668.

El sexo parece influir en el pronóstico de los pacientes con artritis reumatoide

■ LR.-Dr. José Ivorra Cortés

Un reciente artículo publicado por Forslund K y colaboradores en *Annals of Rheumatic Disease* (2007; 66:46-52) estudian el porcentaje de remisión, a los 24 y 60 meses de seguimiento, de 698 pacientes con artritis reumatoide de menos de un año de evolución. Se considera remisión cuando el DAS 28 es inferior a 2.6. También se evalúa la relación de la remisión con diferentes variables demográficas, clínicas y analíticas. Los

autores observan que a los dos años el 38% de los pacientes está en remisión, cifra que prácticamente se mantiene a los 5 años de seguimiento. Sin embargo, sólo el 25% de los pacientes presenta remisión tanto a los 24 como a los 60 meses. Al realizar un análisis de regresión múltiple entre diferentes variables basales como son edad, sexo, duración de la enfermedad, presencia de anticuerpos antipeptido citrulinado, factor reumatoide, DAS28, PCR, HAQ y SOFI encuentran

que el mejor predictor de remisión es el sexo. A los 2 años el 32% de las mujeres están en remisión frente al 48% de los varones y a los 5 años estas cifras son de 31% frente a 52% respectivamente; en ambos casos los resultados son estadísticamente significativos. Alrededor de 20% de las mujeres y del 40% de los varones están en remisión clínica en ambas evaluaciones temporales. La actividad de la enfermedad previa al tratamiento era similar en los dos sexos.

En este estudio la frecuencia de remisión, medida por el DAS, en pacientes tratados precozmente es más elevada que en otras series similares. Parece que la artritis reumatoide reviste más gravedad en las mujeres con independencia de la actividad inicial de la enfermedad.

El calcio solo no es suficiente para disminuir la incidencia de fracturas

■ LR.-Dr. José Rosas

Desde hace años hay estudios que demuestran que el uso de suplementos de calcio asociados a vitamina D disminuye la pérdida de masa ósea y el número de fracturas, al menos en poblaciones ancianas. Sin embargo, aunque algunos trabajos sugieren que el uso de calcio en monoterapia pueden reducir la pérdida de masa ósea en mujeres postmenopáusicas e incluso también reducir la incidencia de fracturas, diversos metaanálisis no lo demuestran plenamente.

Recientemente, el grupo del Dr. Reid, de Nueva Zelanda, ha publicado un estudio randomizado y controlado de 1 gr de calcio frente a placebo, durante 5 años, en 1471 mujeres sanas, para evaluar el efecto sobre la masa ósea y el índice de fracturas. La edad media era de 74 años, con densitometría ósea lumbar y de cadera normal.

Con un seguimiento completo del 90%, aunque con una adherencia completa del 58%, la toma de calcio

tuvo un efecto beneficioso significativo a los 5 años, en el análisis por intención de tratar respecto a placebo a todos los niveles: vertebral (1.8%), cadera (1.6%) y cuerpo completo (1.2%). Sin embargo, como en otros estudios, no fue capaz de demostrar beneficios a nivel de la incidencia de fracturas.

Respecto a los marcadores de metabolismo óseo, tanto la fosfatasa alcalina sérica ($p < 0.01$) como en el procolágeno I-terminal urinario, fueron menores ($p < 0.03$), de forma significativa en el grupo del calcio. El estreñimiento predominó en el grupo de tratamiento con calcio (18% vs 11%. $P: 0.0002$) y probablemente fue la causa principal de la disminución de la adherencia.

Este estudio tiene interés general, puesto que confirma el efecto beneficioso del calcio para la población a nivel de la masa ósea, como ya se había señalado en otros estudios con menor número de participantes y duración. Sin embargo, reafirma que no parece suficiente para disminuir la incidencia de fracturas. Resaltar el problema del estreñimiento en relación con el calcio que puede ser importante y de hecho lo es en la vida real para no obtener el beneficio deseado. Estos datos apoyan incrementar el esfuerzo en la población general, para aumentar la ingesta de calcio también de la dieta o en forma de tratamiento y como ya se conoce, mejor asociado a suplementos de vitamina D.

ARTÍCULO
ORIGEN: Reid
IR, Mason B,
Home A, et al.
Estudio randomizado y controlado de calcio en mujeres ancianas sanas.
Am J Med
2006;119:777-785.

La radiología simple sólo diagnostica correctamente la mitad de las fracturas vertebrales

■ LR.-Dr. José Ivorra Cortés

Se ha publicado que existe una falta de motivación o hábito en la búsqueda de fracturas vertebrales; por ejemplo cuando se revisan radiografías de tórax se observa que las fracturas vertebrales pocas veces aparecen en los informes de los radiólogos. Ito y colaboradores han publicado recientemente en Osteoporosis International (2006; 17:1584-91) un interesante artículo, en el que se evalúan la sensibilidad y especificidad de la radiología tradicional (Rx) en el

diagnóstico de fracturas vertebrales, tomando como patrón oro la evaluación mediante resonancia magnética (RM). Este artículo añade un dato más al infradiagnóstico de las fracturas vertebrales, la poca sensibilidad de la radiología simple en la detección de fracturas vertebrales. La concordancia en el diagnóstico entre la Rx convencional y la RM de nuevas fracturas vertebrales fue del 68% (verdaderos positivos y verdaderos negativos), aunque si descontamos los errores en la localización del nivel de la fractura el porcentaje

baja al 51%. En el 6% de los casos se detectaron fracturas que no aparecían en la resonancia magnética y en el 24% de las lecturas no se detectaron fracturas que sí se visualizaron en la RM.

De este artículo se desprende que ante un paciente con clínica sugestiva de fractura vertebral estaría indicada la realización de una técnica más sensible como la resonancia magnética, si bien habría que evaluar el coste-efectividad de esta medida. En estos momentos disponemos de fármacos muy eficaces en disminuir la incidencia de nuevas fracturas, en aquellos pacientes con una fractura vertebral. Cuando se produce una fractura vertebral el riesgo de sufrir una nueva es muy elevado, por lo que es importante la detección precoz de las fracturas vertebrales.

Los efectos de la raíz de harpagofito en las enfermedades reumáticas



Los preparados de la raíz de harpagofito pueden aportar una mejoría del dolor y la inflamación derivados de las enfermedades reumáticas, con una frecuencia de efectos secundarios mucho menor que con otros fármacos, según señaló el doctor Miguel Bernad, del Servicio de Reumatología del Hospital La Paz de Madrid, y uno de los participantes en la monografía "Plantas medicinales para las enfermedades reumáticas", una revisión de estudios elaborada por el Centro de Investigación sobre Fitoterapia (INFITO).

En la monografía se analizan 20 ensayos clínicos realizados con raíz de harpagofito y dos trabajos de revisión, y se concluye que la capacidad analgésica y antiinflamatoria de esta raíz, originaria del sur de África, es similar a la ofrecida por los fármacos inhibidores de la COX2, pero sin sus efectos secundarios. Se señala como dosis eficaz 50 mg al día de su componente

principal, harpagósido (equivalente a 2-4 gramos de raíz criomolidada), durante un periodo superior a cuatro semanas. Así, se ha observado que reduce el dolor lumbar de origen desconocido y el dolor osteoartístico de rodilla y cadera. Según los autores que han intervenido, incrementa la movilidad y disminuye el dolor; una capacidad analgésica que es más elevada en pacientes de mayor edad.

Las propiedades del harpagofito han sido reconocidas por los organismos internacionales especializados en fitoterapia, como el ESCOP (Cooperativa Científica Europea en Fitoterapia) y la Comisión E alemana, que recomienda su uso como analgésico y antiinflamatorio sola o asociada a otros medicamentos. En Alemania tres cuartas partes de las prescripciones de medicamentos para enfermedades reumáticas son de raíz de harpagofito.

Otras plantas que han demostrado eficacia ante estas enfermedades

son la uncaria tomentosa (uña de gato), procedente de la Amazonia peruana, el sauce (de cuya corteza se extrae el ácido acetilsalicílico), la ulmaria, el grosellero negro, el árnica (uso tópico), la ortiga que ha demostrado, según diversos estudios, conseguir una mejoría en la sintomatología de los pacientes superior al 50%.

Para que estas plantas sean efectivas, señala Concha Navarro, catedrática de Farmacología de la Universidad de Granada y presidenta de INFITO, "deben contar con extractos estandarizados y controlados en todas sus fases de elaboración, una formulación farmacéutica y un registro sanitario. No hay que olvidar que son fármacos, que se dispensan en una farmacia".

La monografía ha sido editada por Editorial Complutense y se distribuirá gratuitamente a farmacias y profesionales de la salud que lo soliciten al teléfono de INFITO (902 141 161).

Laboratorios Gebro Pharma dedica un nuevo espacio a la artritis reumatoide

Laboratorios Gebro Pharma ha desarrollado una nueva web sobre artritis reumatoide: www.gebro-artritis.es. Este nuevo sitio se dirige principalmente a pacientes y familiares de afectados con el objetivo de ofrecer información sobre la enfermedad y su tratamiento.

La nueva web permite navegar de forma muy sencilla y rápida entre dos grandes bloques: patología y tratamiento. En ellas, se encuentra respuesta a las preguntas más frecuentes, además de permitir profundizar en el conocimiento de la enfermedad. Asimismo Laboratorios Gebro Pharma crea un foro de pacientes con el fin de poner un nuevo espacio a disposición de los usuarios de la web para compartir sus experiencias y conocimientos.



Humira ofrece alto nivel de seguridad en las patologías autoinmunes estudiadas

El ensayo clínico sobre "Seguridad de Adalimumab en múltiples indicaciones y reducción de mortalidad en artritis reumatoide", llevado a cabo por un equipo que encabeza el Dr. G. Burmester, y que fue presentado en el ACR 2006, ha puesto de relieve el alto nivel de seguridad de que disfrutaban los pacientes que reciben el tratamiento con Humira en las distintas patologías

autoinmunes de este fármaco biológico totalmente humano.

Las conclusiones básicas del estudio fueron las siguientes:

- El tratamiento con adalimumab ha demostrado un perfil de seguridad consistente en los ensayos clínicos globales de distintas patologías autoinmunes mediadas por el factor de necrosis tumoral (TNF).
- Las tasas de acontecimientos

adversos graves no difieren de manera significativa en los ensayos clínicos de las distintas patologías.

- En ensayos clínicos en artritis reumatoide, la evidencia sugiere un descenso en la mortalidad en los pacientes tratados con adalimumab comparados con la población general (ajustados por sexo y edad). Esta tasa de mortalidad estandarizada fue de 0,67 (IC del 95%: 0,53-0,83), mucho menor que la descrita previamente a la introducción de las terapias anti-TNF en la población con artritis reumatoide.

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

En nuestro artículo anterior hemos comentado los efectos que producía la ingestión de barro, la "bucarofagia", especialmente la opilación, que consistía en una paralización intestinal y desaparición de la regla, por lo cual se empleaba como anticonceptivo y de ahí las diatribas del clero contra su empleo.

Hoy voy a comentar otros dos aspectos de la bucarofagia, como encubridora de embarazos y como terapéutica.

I. LA OPILACIÓN COMO ENCUBRIDORA DE EMBARAZOS

En la época de Velázquez las mocitas madrileñas anémicas, cloróticas u opiladas iban a curar sus dolencias a la "fuente del acero", situada al otro lado de la "puente segoviana" y frente a la "tela de justar" en la Casa de Campo. El tomar aquellas aguas facilitaba paseos por las márgenes arboladas del río Manzanares.

La mayoría de aquellas jovencitas eran enfermas de clorosis, de la que Marañón escribió: "La clorosis es un ejemplo único en la Historia de la Medicina. El de una enfermedad de inmensa extensión, no sólo entre los médicos, sino hasta en el vulgo, que desaparece casi en absoluto" y más adelante se pregunta "¿pero ha existido realmente?. La clorosis fue una verdadera invención literaria, un ente fantástico en patología". (Véase mi trabajo en "Los Reumatismos": julio-agosto 2005)

Y tras las mozas iban los caballeros y, con ellos, los amoríos, los decires y de las palabras se pasaban a los hechos. El poeta Hurtado versifica:

*¡Cuanta niña sin color
color fue a buscar allí
y teñida de vergüenza
volvió a la Villa a subir!*

Es mucho más directo Lope de Vega, tan buen poeta como bravísimo amante, en "El acero de Madrid". Este "acero" no es de espada ni puñal, sino de las aguas ferruginosas que manaban de una fuente cercana al arroyo de Meaque en la posesión Real de la Casa de Campo. En el acto 1º, un falso doctor resulta ser el criado del pretendiente de una enamorada jovencita, a la que recomienda que después de tomar el agua dé largo paseos por aquellos parajes:

*Mañana salga en "efeto"
Que tome hasta media
Escudilla reposada
Del agua bien acerada
Que desopila y remedia.*

Lo malo es que a fuerza de paseos con su ardoroso admirador, la opilación, en vez de desaparecer, aumenta el volumen de su vientre de manera

que ha de confesar a su tía la causa de tal fenómeno con estas palabras:

*Lisardo, entre tanto, / porque no riñera /
Solo me decía / palabras tan tiernas /
Pero como estaban / las flores risueñas /
Llenas de rocío / de la aurora fresca, /
Por aquellos lados / la frescura mesma /
Se me entró, de suerte / que como yo
soy tierna /*

*Que mi opilación / creció de manera /
Que jamás me he visto / tan pesada y
necia. /*

*Suplícole tía / dilate las fiestas /
Hasta ver si acaso / este bulto mengua. /
Por lo menos, tía / cinco meses sean /
Que bien harán cuatro, / que pisé las
yerbas.*

II. LA BUCAROFAGIA COMO TERAPÉUTICA

*Tú, con hacer melindritos
Comiendo yesos y barro,
Siempre opilada y sangrada
(Lope de Vega, "Los melindres de
Belisa. Acto 3º)*

La toma de barro se recomendaba para

Bucarofagia (II) Un remedio para encubrir embarazos y disminuir la menstruación

*Opilada solicita
la doncella medios tales
y a los nueve meses cabales
la opilación se le quita*

Lope de Vega: "De cosario a cosario"

Bibliografía

- Castillo-Ojugas, Antonio.- "Carlos II. El fin de una Dinastía". Suplemento Salud de ABC, 5 noviembre 2002.
Castillo-Ojugas, Antonio.- "Las esposas de Carlos II. En busca de un heredero". Suplemento Salud de ABC, 5/12/2002
Marañón, Gregorio. "El problema de las clorosis". Obras completas Tomo III, págs. 373-391. Espasa Calpe. Madrid, 1967
Luca de Tena, Cayetano.- "Doctores, a escena". II Encuentro Cultural de la Sociedad Española de Médicos Escritores. Murcia, 1982



retrasar las reglas en casos de hipermenorrea, que condicionaba un tipo de anemia ferropénica. Que sepamos, en dos personas reales se utilizó tal procedimiento. La primera fue la propia Infanta doña Margarita, la de "Las Meninas", que al llegar a la pubertad tuvo unas menstruaciones abundantes y frecuentes. Si observamos el retrato que le hizo el pintor Juan Martínez del Mazo (en que aparece de cuerpo entero y, al fondo de la estancia, su madre doña Mariana de Austria con el pequeño Carlos II y una enana, Mari-bárbola, la infanta, quinceañera, a punto de casarse con Leopoldo I de Austria), tiene una palidez patológica, mucho más que la que por herencia paterna le correspondía. Igualmente se observa el ligero exoftalmos, manifiesto incluso en el retrato maravilloso del Museo del Prado (igualmente de Mazo, no de Velázquez, como se atribuyó siempre). La niña tenía entonces 9 años, y en esa época, el 12 de enero de 1670, Leopoldo la pedía formalmente en matrimonio, que se celebró cinco años después, llegando a Viena el 5 de diciembre de 1676.

Enseguida comenzó su desgraciada vida matrimonial, con un hijo que murió a los tres meses y cinco princesas de las que sólo sobrevivió una. Estando en el séptimo embarazo, aquel bocio inicial que originaba el exoftalmos se transformó en una tumoración maligna.

Las cartas a Madrid revelaban un estado general pésimo como aquélla: "la Emperatriz ha empeorado hace dos semanas de su condición del tumor de la garganta". Murió agotada

de tantos embarazos a los 22 años el 14 de marzo de 1683, y fue enterrada en la Iglesia de los Capuchinos de Viena.

Pero si la bucarofagia se utilizaba para disminuir la menstruación abundante, también se usaba para retrasar la con el fin de que la "materia seminal se mantuviera en contacto más tiempo" por lo que se suponía había mayores posibilidades de fecundación.

Esto ocurrió con la Reina María Luisa de Orleans, primera esposa de Carlos II que se casó por poderes el 31 de agosto de 1679, siendo la boda auténtica el 18 de noviembre en la aldea de Quintanapalla, cercana a Burgos, pues aunque la ceremonia iba a tener lugar en la Catedral el día 19, la grave enfermedad del Arzobispo, que murió al día siguiente, obligó a cambiar los planes ya que el Rey estaba ansioso por conocer la Princesa cuyos retratos le tenían obnubilado. Durante la boda, cuyo banquete se celebró en la casa de un rico labrador del pueblo, los esposos tuvieron que recurrir a la esposa del Embajador Villiers como intérprete pues ella no sabía más que cuatro palabras en español, y Carlos no entendía francés. Llegaron a Burgos aquella misma tarde y seguramente en la noche nupcial no precisaron traducción porque el Rey estaba entusiasmado con su mujer.

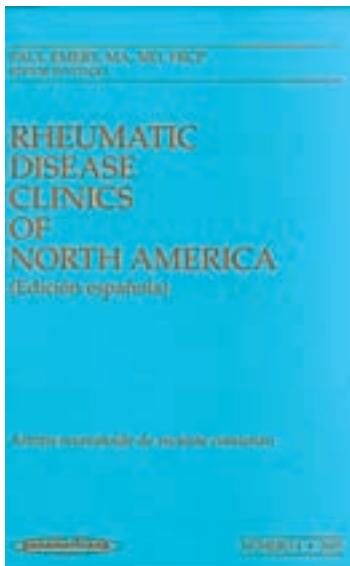
He comentado en otras publicaciones que Carlos II padeció un Síndrome de Klinefelter tipo II por lo que era absolutamente infértil, nada de Hechizado ni Impotente, al no producir espermatozoides y, sin embargo, cargaban la culpa de la esterilidad a la

pobre María Luisa, coqueta, alegre, y atractiva mujer que se aburría en la severa corte madrileña, distrayendo sus obligados ocios con la lectura, paseos a caballo, bailes y charlas con los reducidos acompañantes franceses que le dejaron.

Y trataban de consolarla y contentarla para que lograra el ansiado embarazo no sólo con infinitas rogativas conventuales como se venían haciendo, sino también por el empeño de sus médicos, buscando aquellos remedios para que "se acoplaran las efusiones de los Reyes" y se produjera la fecundación. Entre las prácticas empleadas estaba la regulación de los periodos de continencia para que "se encontrasen más predispuestos" (casi siempre el descanso obligado era por enfermedades del Rey).

También María Luisa tomaba alimentos y pócimas que le preparaba la "Quentina", la partera que había traído en su séquito. Igualmente recurría a la "frieria", comidas y bebidas heladas, a cuyo abuso se atribuyeron ciertos padecimientos de la última enfermedad de la Reina. Se propagó y aún se puede leer en algunos historiadores incompetentes e indocumentados, que murió envenenada. Nada más lejos. Unos días antes, sufrió un fuerte golpe en la parte baja del vientre con el arzón de la montura durante sus paseos a caballo, al que se achacó su cuadro doloroso abdominal, con fiebre, vómitos y mal estado general. El día antes había comido "barro de Chile", lo que hacía con frecuencia y las habituales "frieras". Murió el 12 de febrero de 1689 de una peritonitis consecutiva a una apendicitis aguda, de eso que los antiguos llamaban "cólico miserere".

Y aunque en una nota adicional en el libro de Piga y Carro sobre la muerte de la Reina se sugiere que "barro de Chile" eran posiblemente confituras que venían envasadas en tarros desde allí, la investigadora Natacha Seseña demuestra documentalmente la existencia de barros que se masticaban procedentes de aquellas lejanas tierras del Virreinato.



"Artritis reumatoide de reciente comienzo".
Paul Emery, editor invitado.
Editorial Médica Panamericana.

Abordaje precoz de la artritis reumatoide

Ha sido el resultado de la terapia lo que realmente ha demostrado la necesidad y conveniencia de la derivación precoz", comenta en su prólogo el editor de "Artritis reumatoide de reciente comienzo", Dr. Paul Emery. "La terapia adecuada, administrada tempranamente, ha demostrado ser mucho más efectiva que la que se administra en etapas más tardías.

Doce equipos de investigación han colaborado en la elaboración de esta obra, que analiza paso a paso todas las características de esta compleja enfermedad y las

terapias que actualmente tratan de ponerle coto. Entre ellas destacan los autores los agentes biológicos, "que han transformado a la remisión en un objetivo terapéutico realista, en una mayor proporción de pacientes. Los inhibidores del factor de necrosis tumoral- α , el infliximab, el etanercept y el adalimumab, han sido estudiados en numerosos ensayos clínicos aleatorizados. Estos agentes pueden suprimir la actividad de la enfermedad directamente, reducir o detener la progresión del daño radiológico y prevenir el posterior deterioro de la calidad de vida."



"Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física".
I. Sánchez Blanco et al.
Editorial Médica Panamericana.

"Todo" sobre rehabilitación y Medicina Física

Este Manual que firma la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física merece, sin duda, el calificativo de "obra magna", tanto por su volumen de contenido, como por la calidad y actualidad de las aportaciones, a que han contribuido nada menos que 140 autores, bajo la coordinación de ocho facultativos encabezados por el Dr. I. Sánchez Blanco.

Sería prolijo reseñar todas las materias abordadas en este Manual imprescindible, que abarcan desde los fundamentos de la especialidad hasta la aplicación de la Medicina Física y Rehabilitación a distintos terrenos patológicos, pasando por las técnicas, el dolor músculo-esquelético y el neurológico, o la rehabilitación infantil.

A resaltar, por lo que nos atañe más directamente, la sección dedi-

cada a "Rehabilitación de pacientes con enfermedades reumáticas" que aborda la rehabilitación en la artritis, en espondilopatías inflamatorias, en la mano reumática y en las fracturas; el tratamiento conservador en la artrosis, la artroplastia de rodilla y cadera, las neuropatías periféricas por atrapamiento, el síndrome de dolor regional complejo y la osteoporosis.

Como señalan los coordinadores, "la expansión progresiva de las actuaciones de la Rehabilitación y la Medicina Física en los problemas de salud más prevalente, su adecuación a un enfoque más actual y rico que el estrictamente biomédico y su acatamiento de las reglas de la medicina basada en la evidencia, harán que la especialidad responda adecuadamente a las demandas y necesidades de los pacientes y de la sociedad".