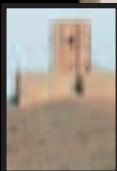


XXXIII Congreso SER



Entrevista

Dra. María José Cuadrado Lozano:
"Las complicaciones
neurológicas del lupus son las
más difíciles de diagnosticar"



Secciones de Reumatología

La Reumatología de Guadalajara
cumple 20 años

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.
EDICIÓN TÉCNICA Y COMUNICACIÓN

Coordinación Editorial, Diseño y Maquetación:

Ibáñez&Plaza Asociados

C/ Bravo Murillo, 81 (4º C)

28003 Madrid

Teléf.: 91 553 74 62

Fax: 91 553 27 62

ediciones@ibanezyplaza.comreumatismos@ibanezyplaza.com**Redacción:**

Gabriel Plaza Molina,

Carmen Salvador López,

Pilar López García-Franco

Dirección de Arte:

GPG

Publicidad:

Ernesto Plaza Gajardo

Administración:

Concepción García García

Impresión:

Tintas&Papel 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 ■ Nycomed
- Schering Plough ■ Wyeth

Investigación: *asignatura todavía pendiente*

No me cabe en la cabeza que haya que pasar el cien por cien del horario laboral viendo pacientes", dice la doctora María José Cuadrado Lozano en la entrevista que abre la información de este número. La doctora Cuadrado, líder de opinión mundial en una materia tan compleja y rodeada de interrogantes como es el lupus, expresa una declaración de principios a favor de la investigación, sin la cual la clínica quedaría lamentablemente estancada. Compaginar ambas actividades es el planteamiento imprescindible para un sistema de salud racional y con visión de futuro, de que el nuestro parece estar todavía alejado.

Nuestros especialistas siguen sufriendo una fuerte presión asistencial, pese a que estudios de la SER sobre estándares de tiempo han puesto reiteradamente de manifiesto la necesidad de ampliar las plantillas y racionalizar mejor las consultas, de modo que el clínico pueda dedicar una parte razonable de su tiempo a la formación y la investigación.

En reumatología el término "etiología desconocida" es todavía concepto demasiado común

Es claro que las incógnitas y la dificultad de un diagnóstico rápido y certero son problema común a casi todas las especialidades. Pero no es menos cierto que en la reumatología el término "etiología desconocida" es concepto demasiado común para buena parte de las más o menos 200 enfermedades reumáticas que el especialista ha de manejar, entre ellas las autoinmunes.

Lo que claramente pone de relieve la imperativa necesidad de que la investigación ocupe lugar destacado en la tarea diaria del reumatólogo, si queremos ir progresando adecuadamente en tantas asignaturas pendientes.

Buen ejemplo, en clave positiva, es el nuevo horizonte abierto para el tratamiento de la artrosis, basado en la renovación del cartílago a partir de células madre, que podría mejorar los resultados del trasplante de condrocitos en un futuro próximo. Esta no ha sido la única vía de investigación expuesta en el XXXIII Congreso de la SER, del que este número se hace amplio eco. Por su indudable trascendencia hay que hacer mención igualmente a los avances en el conocimiento y diagnóstico de la fibromialgia, cuyos futuros tratamientos, que en la actualidad están en fase de estudio clínico, parecen buscar como diana los neurotransmisores cerebrales y, según el doctor Javier Rivera, podrían estar disponibles para los pacientes en uno o dos años.

El que busca, encuentra. Y, si no, al menos colabora para descartar caminos y estrechar el cerco.

**Compaginar
clínica e
investigación,
planteamiento
imprescindible
para un sistema
de salud racional**



Entrevista

Dra. María José Cuadrado Lozano:
"Las complicaciones
neuroológicas del lupus son las
más difíciles de diagnosticar"

Secciones de Reumatología

La Reumatología de Guadalajara
cumple 20 años

Nuestra Portada

La Alambra de Granada, que actualmente aspira a ser elegida una de las maravillas del mundo, sirve de pórtico a este número que ofrece información de temas sobresalientes del XXXIII Congreso de la SER celebrado en la capital nazarí.

Entre las personalidades relevantes que participaron en el congreso hemos escogido para la entrevista a la doctora Dra. María José Cuadrado Lozano, especialista clínica e investigadora en la Unidad de Investigación de Lupus del Hospital St. Thomas de Londres.

A modo de felicitación traemos también a portada a la Sección de Reumatología del Hospital Universitario de Guadalajara, que acaba de celebrar su 20 aniversario.

1 Editorial **Investigación: asignatura todavía pendiente** No me cabe en la cabeza que haya que pasar el cien por cien...

3 Entrevista **Dra. María José Cuadrado Lozano** Unidad de Investigación de Lupus del Hospital St. Thomas de Londres

13 XXXIII Congreso de la SER
Nuevas perspectivas para el tratamiento de la artrosis: renovación del cartilago a partir de células madre · Premios a las mejores iniciativas en artritis reumatoide · Osteoporosis en individuos jóvenes: generalmente asociada a causas secundarias

21 Proyectos SER
El programa ESPeranza crea unidades de diagnóstico precoz y tratamiento...

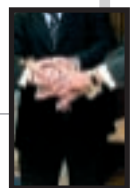
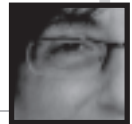
27 Secciones de Reumatología
La Reumatología de Guadalajara cumple 20 años

30 Bibliografía comentada
Artritis Reumatoide · Artrosis · Espondilitis Anquilosante · Osteoporosis

34 Libros Comprender los fundamentos y el estado actual de la investigación · Modificar y hacer remitir la enfermedad reumática...

38 Los pacientes preguntan Eficacia de la vacuna antineumocócica en pacientes con anti-TNFs · Relación entre artrosis y algunas ...

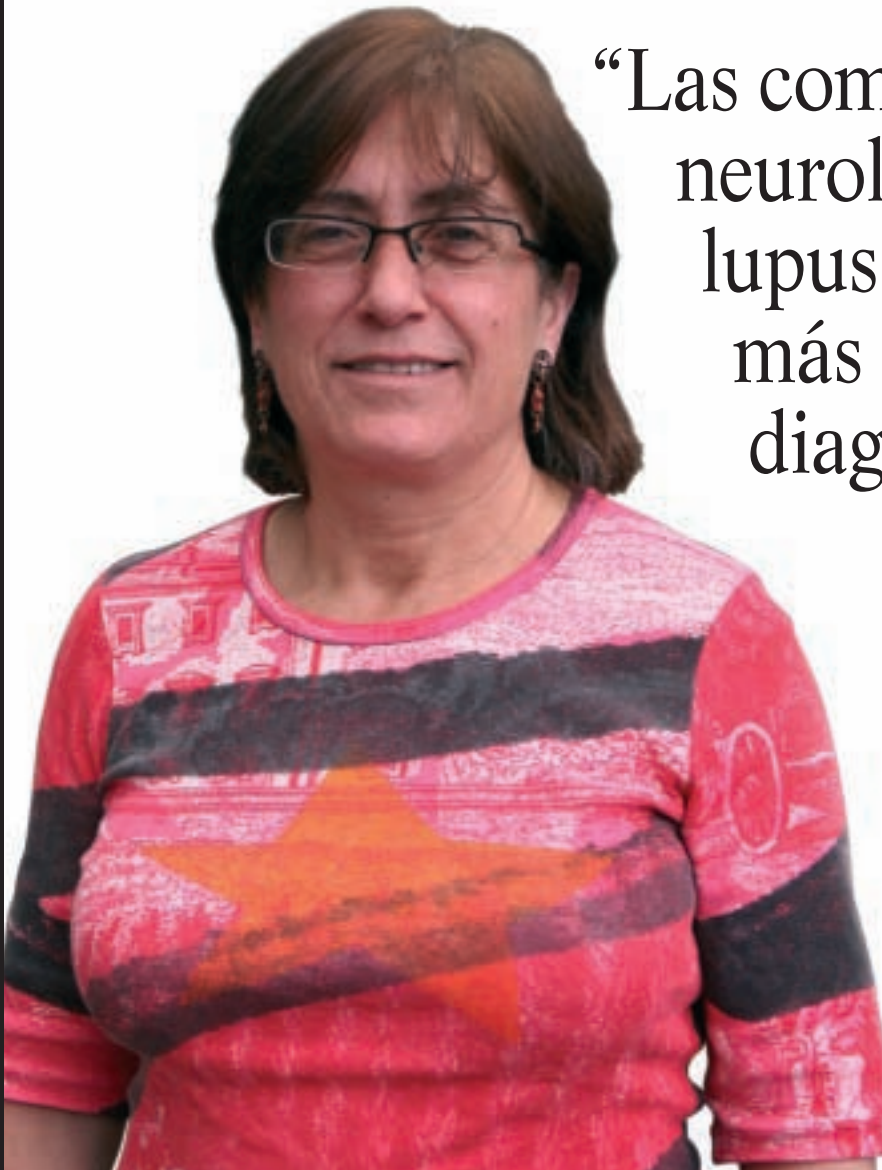
37 Noticias Organizada por la Coalición de Enfermos Crónicos · La relación médico-enfermo en la fibromialgia sigue rodeada por el desánimo



DRA. MARÍA JOSÉ CUADRADO LOZANO

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN DE LUPUS DEL HOSPITAL ST. THOMAS DE LONDRES

Texto Carmen Salvador



“Las complicaciones neurológicas del lupus son las más difíciles de diagnosticar”

La Dra. **María José Cuadrado**

es actualmente una de las mayores expertas mundiales en patología de lupus. Alguien, a primer golpe de vista, podría preguntarse qué hace una cordobesa viviendo en Londres. Sencillamente, trabajar desde hace diez años en la Unidad de Investigación de Lupus del Hospital St. Thomas, unidad creada en 1985 por el doctor Graham Hughes, el primero en describir el síndrome antifosfolípido -o síndrome de Hughes-.

Confiesa la doctora María José Cuadrado que le gusta la forma de trabajar del sistema sanitario inglés, con tiempo para la asistencia, la investigación y la docencia: "No me cabe en la cabeza que haya que pasar el cien por cien del horario laboral viendo pacientes." La doctora Cuadrado participó en el XXXIII Congreso de la SER en Granada, para hablar de las complicaciones neurológicas del lupus: "No conocemos su origen, aunque gracias a los anticuerpos antifosfolípidos sabemos que algunas de estas complicaciones son secundarias a trombosis."

ATRAÍDA POR LAS ENFERMEDADES SISTÉMICAS

Desde los primeros años de residente se inclinó por las enfermedades sistémicas. "No saqué muy buen número en el MIR, así que escogí Medicina de Familia porque había más plazas, pero para trabajar a gusto necesito conocer a fondo lo que hago, y aquello era muy amplio. Como me gustaban las enfermedades sistémicas y en Reumatología las había, no lo dudé, volví a examinarme del MIR y me cambié a esta especialidad."

Una beca del FIS la llevó en el año 1993 al Hospital St. Thomas. Ya le gustó. En el 98 volvió con otra beca y decidió quedarse. Ahora tiene una plaza fija en esta institución, centro de referencia que cuenta, sin duda, con el mayor registro de pacientes con enfermedades sistémicas.

-¿Ha sido una buena decisión quedarse en Londres?

-Desde luego. Se trabaja mucho mejor. No en el sentido de asistencia a los pacientes, que de eso sabemos bastante e incluso creo que tenemos más capacidad de resolver situaciones in situ, pero sí en el resto de las actividades. El propio hospital exige que además de asistencia, hagas investigación y docencia. No cabe en la cabeza de nadie que te pases

todo el horario de trabajo viendo pacientes. Aquí repartimos el tiempo entre la asistencia, alrededor de un 60% del horario, investigación y docencia un 20-25%, y el resto para tareas administrativas. De cada paciente que llega de atención primaria hay que hacer un informe y enviárselo al médico de cabecera, ya que el presupuesto sanitario de ese paciente sale de esa consulta.

"Probablemente se trate de una enfermedad poligénica e influida por factores ambientales"

UNA ENFERMEDAD IMPREVISIBLE

-Sabemos que el lupus no es una enfermedad rara, pero sí poco conocida. Afecta a una de cada mil mujeres y, además en edades muy jóvenes. Es una enfermedad crónica con una evolución muy distinta según el paciente: afectación en la piel, artritis... ¿Es una enfermedad complicada?

-El problema del lupus es que puede dar síntomas a cualquier nivel. Hay estudios que señalan que desde que aparecen los síntomas de la enfermedad hasta que se diagnostica pueden pasar dos años, porque son síntomas muy diversos: dolores articulares, cansancio, algunas manchas en la piel que fácilmente podrían atribuirse al sol... Si el comienzo es así, a más de la mitad de los pacientes se tarda tiempo en diagnosticarles la enfermedad. Otra complicación del lupus es que puede afectar a cualquier órgano. Un paciente puede empezar con hipertensión, o con un problema de riñón, mientras que otro paciente tiene una complicación cerebrovascular, lo que les lleva a consultar con

distintos especialistas, nefrólogo, neurólogo, dermatólogo... Por eso es importante que haya unidades especializadas que incorporen a todos estos especialistas y el paciente no tenga que ir de consulta en consulta.

Los síntomas de la enfermedad son muy variados y no existe una prueba específica para su diagnóstico. Tener anticuerpos antinucleares positivos es muy orientativo, pero no es definitivo. Entre el 95 y el 99% de los pacientes tiene estos anticuerpos positivos. Lo que ocurre es que también pueden dar positivo en otras enfermedades neoplásicas como linfomas, infecciones crónicas como VIH, tuberculosis o hepatitis y otras conectivopatías como artritis reumatoide, esclerodermia... El diagnóstico puede completarse con los anticuerpos anti-ADN o anti-Sm positivos.

LUPUS Y SÍNDROME DE HUGHES

-Se suele asociar lupus y síndrome antifosfolípido o síndrome de Hughes, ¿por qué?

-Son dos enfermedades diferentes. Lo que ocurre es que los anticuerpos antifosfolípidos fueron descritos inicialmente en pacientes con lupus. Más tarde se vio que pacientes con estos anticuerpos pueden no tener lupus, sólo síndrome antifosfolípido. Los pacientes con síndrome antifosfolípido habitualmente se diagnostican porque tienen trombosis o abortos de repetición. En una mujer que tenga varios abortos, sin ninguna anomalía anatómica, o trombosis (accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio, trombosis venosas), habrá que buscar este síndrome, hacer un estudio de coagulación y ver si tiene estos anticuerpos. Un 30% de pacientes con lupus tiene anticuerpos antifosfolípidos.

Señala esta especialista que con el tratamiento adecuado y un buen control, los embarazos en pacientes con lupus son posibles. "La clínica de embarazo de la Unidad de Lupus del

"La evolución del lupus en los primeros años puede orientarnos sobre su agresividad"



“No cabe en la cabeza de nadie que te pases todo el horario de trabajo viendo pacientes”

St. Thomas tiene una tasa de éxito, actualmente, del 91%. Hace 15 años era inferior al 30%. En nuestro país no hay unidades específicamente dedicadas al tratamiento del embarazo en las enfermedades autoinmunes, pero en la mayoría de los servicios de Reumatología o Medicina Interna los especialistas saben cómo tratar a estas pacientes. El primer consejo es que se queden embarazadas cuando la enfermedad está controlada al menos durante los seis meses anteriores a la gestación.”

PACIENTES QUE DESARROLLAN ARTERIOESCLEROSIS PRECOZ

Según la doctora María José Cuadrado, por lo general la evolución de la enfermedad durante los primeros años va a ser orientativa de la agresividad del lupus posteriormente. “Los pacientes que en los 3-5 primeros años tienen síntomas leves, afectación cutánea, cansancio... pueden llegar a desarrollar un síndrome grave en cualquier momento, pero lo normal es que sigan toda su vida sin muchas complicaciones. Pero hay pacientes que hacen afectación renal, cerebral... En esos pacientes generalmente la enfermedad les dificulta mucho la vida. Afortunadamente con los tratamientos actuales se controlan casi todas las complicaciones y cada vez se mueren menos pacientes de la enfermedad de lupus.”

Los datos indican que a los 20 años de la enfermedad vive el 90% de los pacientes. “Claro que hay que tener en cuenta que es una enfermedad que puede comenzar muy precozmente, entre los 17 y los 20 años; por lo tanto hay que intentar que esa supervivencia sea similar a la de la población general.”

Lo que sí se ha observado, según indica esta especialista, es que con el paso del tiempo estos pacientes desarrollan una arteriosclerosis precoz, que aumenta el riesgo de complicaciones cardiovasculares en una edad más temprana que la población general. “Se está investigando mucho este aspecto, porque no sabemos la causa concreta. Además de los factores de riesgo que padece la población general, como hipertensión, obesidad, colesterol, consumo de tabaco, la enfermedad crónica por sí misma, como ocurre en la artritis reumatoide, puede estar provocando un daño en el sistema cardiovascular.”

NOVEDADES TERAPÉUTICAS

-¿Qué novedades hay en el terreno de la terapia?

-Seguimos utilizando los esteroides de siempre. Los corticoides hay que utilizarlos lo menos posible; son fármacos muy buenos de acción inmediata, pero con muchos efectos secundarios y hay que darlos con moderación. Hay un tratamiento clásico que debería utilizarse más, la

hidroxicloroquina, un antimálarico que ha demostrado ya hace tiempo beneficio para la actividad articular, para la afectación cutánea, para la fatiga... Es muy seguro; incluso se puede administrar durante el embarazo, regula los niveles de colesterol y tiene una acción parecida a la aspirina como antiagregante. Nosotros se lo seguimos dando al paciente aunque esté en remisión.

Después están los inmunosupresores, como el micofenolato, que ya se utilizaba en pacientes sometidos a trasplantes de riñón. Y el más novedoso, rituximab, que elimina una población de linfocitos B que producen los anticuerpos. Mientras el paciente no tiene esos linfocitos, está libre de esos anticuerpos y hace remisiones, en algunos casos, sin tener que tomar otra medicación en uno o dos años. Sin embargo nos desconcierta que la respuesta es muy variable. Hay pacientes que a los 3-4 meses vuelven a tener activa la enfermedad y algunos incluso no responden en absoluto. Es un fármaco caro, y en el Reino Unido se controla mucho el gasto sanitario. Sólo se administra en aquellos pacientes que no han respondido absolutamente a nada y que tienen una afectación grave que les puede amenazar la vida. Afortunadamente no lo necesitan muchos.

“El lupus es muy heterogéneo -añade la doctora María José Cuadrado- y es muy probable que estemos incluyendo en él diferentes problemas autoinmunes porque tienen unas características comunes, pero no puede ser igual el cuadro de una paciente que está toda su vida con

“Es posible que estemos incluyendo dentro del diagnóstico de lupus otros problemas autoinmunes con características comunes”

artritis, lesiones en la piel y nada más, al de otro paciente que empieza con artropatía, hace una psicosis, una vasculitis... Debe haber algo diferente."

COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS ELEVADAS

Las complicaciones neurológicas en los pacientes con lupus son más frecuentes de lo que se piensa y, además, difíciles de diagnosticar "porque no tenemos herramientas adecuadas, como las tenemos para una afectación renal, o cardiovascular, por ejemplo. Una paciente con lupus puede tener un episodio psicótico, y presentar normalidad en todas las pruebas, resonancia, punción lumbar, analítica...¿qué pasa en ese cerebro?. Solo podemos dar tratamiento sintomático para la depresión, para el déficit cognitivo, o las migrañas, pero no sabemos cuál es la causa. Por lo menos ahora, con el descubrimiento de los anticuerpos antifosfolípidos, sabemos que hay manifestaciones que son secundarias a trombosis, y que lo que necesita ese paciente es anticoagulación".

Esta afectación neuropsiquiátrica afecta a un elevado número de pacientes: "Según un reciente estudio del grupo del SLICC, afectaría a un 28%, pero hay otros que señalan que el porcentaje llega al 50%. En nuestra población, en la Unidad del Lupus del Saint Thomas, es del 56%, quizás porque recibimos a muchos pacientes con anticuerpos antifosfolípidos, con muy alto riesgo de trombosis."

-Por género ya se sabe que hay diferencias, ¿y por edad?.

-En la mujer aparece generalmente en la edad fértil, y se pensaba que al llegar a la menopausia era más leve, pero los estudios nos dicen que no es así y que los síntomas no remiten necesariamente después de la menopausia. También se pensaba que el lupus en las personas mayores era más leve, y no lo es; puede tener la misma severidad que en los más jóvenes. Sabemos que hay una predisposi-

ción genética, pero no se ha podido identificar un gen. Probablemente se trate de una enfermedad poligénica e influida por factores ambientales, como es el factor hormonal (por eso es más frecuente en mujeres, 9 a 1), el sol, infecciones virales que desencadenen la enfermedad en un sistema inmune ya genéticamente predispuesto... También, es bien conocido que algunos fármacos pueden inducir una sintomatología y unas alteraciones analíticas exactamente iguales que el lupus. A este cuadro se le denomina lupus inducido por drogas.

OTRA FORMA DE TRABAJAR EN LONDRES

A la doctora María José Cuadrado le gusta la forma de trabajar en el hospital St. Thomas. El horario oficial es de 9 a 17, "aunque casi siempre nos vamos una o dos horas más tarde. Pero no importa, porque se trabaja a gusto y se aprovecha mucho el tiempo, nadie te interrumpe en medio del trabajo. Si alguien quiere hablar contigo, te pide una cita, cuando tienes el tiempo adecuado. La organización es mejor que lo que yo he vivido en España. Si en un cajón pone "folios", tienes la completa seguridad de que hay folios y no una llave rota, una grapadora sin grapas... Son pequeñas cosas pero todo eso te ahorra mucho tiempo. Económicamente también compensa, prácticamente el sueldo es el doble que en España." "Aquí la gente no se reúne para comer, no hay un tiempo específico para eso, ni se para en los pasillos a charlar. En ese sentido sí echo de menos un poco más de comunicación." Pero parece compensarlo con visitas frecuentes a España, a los congresos: "Tengo muy buena relación con los reumatólogos españoles."

"Además -añade- la Administración te respalda mucho más que en España. Todos los años tenemos una evaluación para ver lo hecho en asistencia, docencia e investigación. Te exigen que publiques, y si no has cumplido como se espera, quieren saber el porqué, pero no es para con-

trolarte, sino para averiguar si hay un problema, a lo mejor demasiadas consultas... ver cómo se puede solucionar. Tampoco tenemos la figura de jefe de servicio, somos "consultant" (consultores), con bastante independencia para organizarnos, aunque hay una persona que lleva más las relaciones con la administración. "Consultant" es la categoría máxima a la que puede llegarse en este país."

VIVIR EN LONDRES

-¿Qué haces con el tiempo libre?

-Entre semana no hago prácticamente nada más que trabajar. Los fines de semana me gusta mucho pasear por Londres, reunirme con los amigos, ir al cine, leer, escuchar música... Viajo mucho. Este año estuve todos los fines de semana de febrero fuera de Londres y no quiero que se vuelva a repetir. No tengo consulta el viernes, lo que me permite viajar sin cancelar consultas. El viernes para mí es tiempo de administración: hacer los informes para el médico de atención primaria, contestar numerosas cartas con preguntas generalmente sobre alguna novedad en la evolución de nuestros pacientes, problemas internos de la propia unidad, etc. Y si tengo que viajar, lo hago otros días fuera de las horas de trabajo.

Reconoce que no cocina "absolutamente nada, quizás alguna ensalada", que se lleva bien con los ingleses, "aunque es difícil entrar en su vida privada" y, aunque ella no lo diga, ha contribuido a que pasen por esta unidad muchos españoles. Desde que se fundó se han formado en ella casi 140 especialistas en enfermedades sistémicas, sobre todo lupus. "En ello ha tenido mucho que ver el doctor Munther Khamashta, actual Consultant y Director de Investigación de la Unidad."

El doctor Khamashta es uno de los mayores expertos en síndrome antifosfolípido y lupus. Se formó en Barcelona y Madrid, ha colaborado con el doctor Graham Hughes desde que llegó a la Unidad y tiene muy buena relación con los reumatólogos españoles.

Nuevas perspectivas para el tratamiento de la artrosis: renovación del cartílago a partir de células madre



Dres. Javier Rivera, del hospital Gregorio Marañón de Madrid, Coordinador del Comité de Asuntos Científicos de la SER; Manuel Alejandro Guzmán, del hospital Virgen de las Nieves de Granada y Secretario General de la SER; Joseph Blanch, del hospital del Mar de Barcelona y presidente de la SER; José Vicente Moreno, del hospital Vall d'Hebrón de Barcelona y vicepresidente de la SER; y Jordi Monfort, del Hospital del Mar de Barcelona.

La renovación del cartílago a partir de células madre, podría mejorar los resultados del trasplante de condrocitos en un futuro próximo. Esta ha sido una de las vías de investigación que se ha señalado en el XXXIII Congreso de la SER.

La lesión inicial en la artrosis se localiza en el cartílago articular, un tejido especial formado por un solo componente celular, el condrocito, que segrega una matriz extracelular que confiere al cartílago sus propiedades de resistencia y elasticidad.

El desacoplamiento entre los fenómenos de destrucción y reparación del cartílago desencadena la artrosis y un progresivo deterioro de la articulación. Mediante la terapia celular se restablecería este balance, consiguiendo una reparación del tejido. Esta renovación se lleva a cabo mediante la obtención de nuevos condrocitos a partir de células madre.

También se ha destacado la importancia del hueso subcondral (el que limita con el cartílago) como posible origen de los mecanismos que llevan a la lesión artrósica, lo que supone una nueva línea de

investigación de los nuevos fármacos destinados a esta enfermedad.

Una tercera línea de investigación actual basada en el estudio genético, consistiría en la elección de genes candidatos que permitiría identificar individuos susceptibles de padecer artrosis y así actuar sobre los factores de riesgo de la enfermedad desde edades tempranas de la vida.

UNA ENFERMEDAD COMPLEJA

En España, más de un tercio de la población mayor de 60 años padece artrosis, siendo esta patología la enfermedad reumática más prevalente.

La artrosis de rodilla conlleva mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares

Según el Dr. Jordi Monfort, reumatólogo del Hospital del Mar de Barcelona, "la artrosis es una enfermedad compleja, ya que la población la concibe como una patología benigna, cuando en el fondo es una enfermedad que genera una gran comorbilidad". En este sentido, destacó que un paciente que padece artrosis de rodilla, que es la más común, "no anda, es un enfermo obeso y, por tanto, con una peor evolución de enfermedades como la diabetes, la hipertensión y la hipercolesterolemia, en caso de padecerlas. Todo esto puede suponer, a la larga, un aumento de riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares".

NUEVOS TRATAMIENTOS PARA LA FIBROMIALGIA

Los nuevos tratamientos para la fibromialgia se centran en el desarrollo de fármacos que actúan sobre los neurotransmisores cerebrales, normalizando sus niveles. Estos futuros fármacos, son el fruto de varios ensayos clínicos, algunos ya sólo pendientes de análisis de resultados, para poder ser aprobados con la indicación específica para el tratamiento de la fibromialgia.

Según el coordinador del Comité de Asuntos Científicos de la SER y especialista en Reumatología del Hospital Universitario Gregorio Marañón, Dr. Javier Rivera, "se calcula que estos tratamientos estarán disponibles para los pacientes en uno o dos años y supondrán un avance importante en el tratamiento actual de la enfermedad, ya que se estima que un 60% de los pacientes podrían responder de forma satisfactoria y mejorar su calidad de vida".



En la fibromialgia el paciente percibe como dolorosos estímulos que habitualmente no lo son

En la actualidad no existe un tratamiento aprobado para la fibromialgia, aunque varios fármacos antidepresivos, anticonvulsivantes, analgésicos e hipnóticos, entre otros, han demostrado, en estudios preliminares, una buena eficacia para el control y la paliación de los diversos síntomas de la enfermedad. Aún así, sólo el 30% de los pacientes responde de forma satisfactoria a estos tratamientos.

La fibromialgia afecta a casi un millón de personas en España y se caracteriza por un dolor musculoesquelético generalizado y anómalo, ya que el paciente percibe como dolorosos estímulos que habitualmente no lo son, y por trastornos en el sueño, jaquecas y malestar general.

En los últimos años, se ha percibido un incremento importante de esta enfermedad entre la población, aumento que se debe, principalmente, a un mejor diagnóstico de la patología, gracias al reconocimiento de los síntomas por parte de los facultativos, especialmente de la asistencia primaria, e, incluso, de los propios pacientes, que ahora acuden a su médico en busca de una solución.

La fibromialgia tiene un importante componente genético, las personas con antecedentes familiares de la enfermedad podrían llegar a triplicar las posibilidades de padecerla.

CONVOCADOS POR LA FUNDACIÓN BRISTOL-MYERS SQUIBB ESPAÑA

Premios a las mejores iniciativas en artritis reumatoide

La Fundación Bristol-Myers Squibb España ha convocado la primera edición de los Premios MEJORAR. Se trata de una iniciativa que pretende reconocer el esfuerzo y dedicación de los profesionales por mejorar la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide (AR). Estas ayudas, presentadas en el transcurso del XXXIII Congreso de la SER, también premiarán el mejor documental testimonial sobre la enfermedad. Concretamente, se han creado dos modalidades; una científica, que se entrega al Mejor Proyecto de Investigación Clínica en AR y, otra, social que premia el Mejor Documental testimonial sobre AR. Ambas con una dotación de 12.000 cada una.

A la categoría científica podrán optar todos los proyectos de investigación sobre AR. Se valorarán especialmente aquellas iniciativas relacionados con el dolor y la función física que vayan a ponerse en marcha en 2008. Los proyectos deberán realizarse en instituciones españolas públicas o privadas.

En la categoría social, el concur-

so de cortos documentales está abierto a todos los realizadores tanto de forma individual como colectiva, sin distinción de nacionalidad, ni edad, ni residencia. La mitad de este premio (6.000) deberá ser destinado a la financiación de un proyecto de mejora de la calidad de vida de pacientes con AR, a través de alguna asociación de pacientes elegida por el ganador. En esta categoría se valorará el documento visual que mejor refleje

el espíritu de superación del paciente frente a la enfermedad

El jurado estará constituido por especialistas destacados de la reumatología, el cine documental y representantes de las asociaciones de pacientes. La fecha tope para enviar los proyectos y documentales es el próximo 30 de octubre. Todas las normas y requisitos para participar en la convocatoria están disponibles en www.bms.es





DRA. PILAR PERIS BERNAL
HOSPITAL CLINIC I PROVINCIAL
BARCELONA

Osteoporosis en individuos jóvenes: generalmente asociada a causas secundarias

Existen aspectos diferenciales relacionados con la adquisición del pico de masa ósea y la pérdida ósea que se produce a lo largo de la vida entre ambos sexos. Los hombres tienen una pubertad más tardía y son más altos que las mujeres por lo que tienen unos huesos de mayor tamaño y un mayor pico de masa ósea. Este hecho, unido a la mayor posición perióstica, y a una menor resorción endostal que presentan los huesos en el hombre, contribuyen a tener mayores ventajas biomecánicas, lo que conduce a una mayor resistencia ósea y a una menor incidencia de fracturas en el hombre adulto.

La incidencia de osteoporosis en la población joven es baja. Así, en nuestra población la prevalencia de masa ósea baja en individuos de menos de 45 años oscila entre un 0.17% y 3.3%, dependiendo del sexo, el área analizada y de la edad de individuo, y aunque apenas existen datos sobre la incidencia de osteoporosis en la población joven, se ha estimado una incidencia de 4.1 por 100.000 personas/año de esta patología.

En este grupo de población el desarrollo de osteoporosis suele asociarse a causas secundarias; de hecho, se ha descrito que alrededor del 50% de individuos jóvenes con osteoporosis, tanto hombres como mujeres, presentan enfermedades o consumen fármacos relacionados con su desarrollo.

El tratamiento prolongado con

glucocorticoides es una de las causas más frecuentes. Existen otros procesos implicados en su desarrollo y que varían según el sexo del individuo. La osteoporosis idiopática es otra causa frecuente de osteoporosis en estos pacientes, donde la historia familiar de osteoporosis y la presencia de hipercalciuria son hallazgos habituales.

El diagnóstico densitométrico de osteoporosis ha sido establecido para mujeres adultas posmenopáusicas, en individuos jóvenes su diagnóstico no debe establecerse únicamente en base a criterios densitométricos y precisa de la valoración de otros factores de riesgo adicionales y de un estudio minucioso para descartar causas secundarias de osteoporosis.

NUMEROSOS FACTORES IMPLICADOS

En individuos jóvenes hay que valorar otros factores, como la adquisición del "pico" de masa ósea y en su evolución a lo largo de la vida. Los factores genéticos junto a factores ambientales, como el ejercicio y la dieta, y factores hormonales son los principales determinantes en la adquisición del pico de masa ósea.

Habitualmente, el nivel máxi-

mo de densidad mineral ósea (DMO) se alcanza alrededor de los 25-30 años de edad. Debe recordarse que la adolescencia es un periodo crítico en el crecimiento y en la adquisición de la masa ósea. Aproximadamente el 86% del pico de masa ósea se alcanza en la pubertad. Por ello, la exposición a factores deletéreos o la presencia de enfermedades que puedan afectar el metabolismo óseo durante este periodo podrán influenciar en gran medida la masa ósea en la edad adulta.

El diagnóstico de osteoporosis en la población joven debe establecerse con cautela, y no debe basarse únicamente en la determinación de la DMO. Así, deben existir otros factores adicionales, como la presencia de procesos asociados al desarrollo de osteoporosis, o bien, de fracturas por fragilidad. Es de todos conocido que en 1994 la OMS estableció unos criterios de diagnóstico. Sin embargo, estos criterios se establecieron para las mujeres posmenopáusicas y no deben aplicarse a la población joven. Recientemente, la Sociedad Internacional para Densitometría Clínica (ISCD) aconseja utilizar

la escala Z en la población joven, y valorar a aquellos individuos con valores inferiores a una escala $Z < -2$.

En estos pacientes deberán valorarse los antecedentes familiares de osteoporosis, el peso, la talla y excluir la existencia de un osteogénesis imperfecta. Es aconsejable realizar un estudio minucioso para descartar una osteoporosis secundaria que inicialmente incluya: hemograma, sideremia, ionograma, proteínas, función

tabaco y alcohol. El tratamiento con suplementos de calcio y vitamina D asociado a ejercicio se ha asociado a un aumento de la DMO en mujeres jóvenes con osteoporosis idiopática, y la deshabitación alcohólica también se ha asociado a un aumento de DMO en individuos con osteoporosis asociada a alcoholismo.

Existen muy pocos estudios sobre el tratamiento farmacológico en este grupo de población. Dicho tratamiento dependerá de

segunda línea en esta patología, y puede utilizarse en aquellos pacientes que presenten contraindicaciones o que no toleren los bisfosfonatos.

En pacientes con osteoporosis asociada a hipercalcemia pueden valorarse los diuréticos tiazídicos, ya que son anticalciúricos. De hecho, el tratamiento con tiazidas en individuos con osteoporosis asociada a hipercalcemia se ha asociado con un aumento de la densidad mineral ósea y una dis-

La mitad de los jóvenes con osteoporosis presentan enfermedades o están en tratamientos con fármacos que se relacionan con la enfermedad

hepática y renal, y calcio en orina de 24 horas.

También es aconsejable estudiar el eje gonadal en todos los casos y la concentración sérica de 25-hidroxivitamina D.

Otras determinaciones hormonales, como la hormona paratiroidea, hormonas tiroideas, prolactina, IGF-I o cortisol en orina, o la determinación de los anticuerpos antitrasglutaminasa o de la triptasa sérica se realizarán en función del grado de sospecha clínica.

El diagnóstico de osteoporosis idiopática se establecerá sólo cuando se hallan excluido otras causas secundarias. La determinación de marcadores bioquímicos del remodelado óseo puede aportar información adicional sobre el recambio óseo en estas pacientes y sobre la respuesta al tratamiento.

POCOS ESTUDIOS SOBRE EL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

En cuanto al tratamiento, son aconsejables una serie de normas básicas en todos las pacientes, que deben incluir un estilo de vida que comporte ejercicio físico y una ingesta adecuada de calcio, además de evitar el consumo de

la etiología de la osteoporosis. Así, se valorará tratamiento hormonal sustitutivo o anticonceptivos en aquellos pacientes con hipogonadismo o en las pacientes con alteraciones menstruales, siempre que no existan contraindicaciones.

El tratamiento de la osteoporosis secundaria a otras enfermedades y/o fármacos debe abordarse dependiendo de la causa asociada. El tratamiento de la propia enfermedad puede asociarse a un marcado aumento de la masa ósea en algunos pacientes. Este hecho es especialmente frecuente en los pacientes con enfermedad de Cushing, en los que se ha descrito un aumento de la masa ósea superior al 15% al año de la intervención, y también en pacientes con hiperparatiroidismo primario e hipertiroidismo.

Existen varias opciones en el tratamiento de la osteoporosis corticoidea. El tratamiento con bisfosfonatos como el etidronato, alendronato y risedronato se han mostrado efectivos en la prevención de la pérdida de masa ósea y en el desarrollo de fracturas vertebrales en estos pacientes. La calcitonina se considera un agente de

minución de la calciuria.

En otros procesos como en la osteogénesis imperfecta, especialmente en aquellas formas severas asociadas a múltiples fracturas, el tratamiento con bisfosfonatos, concretamente con pamidronato EV, se ha asociado a un aumento de la masa ósea y a una disminución de las fracturas; con resultados similares en pacientes con osteoporosis juvenil. Sin embargo, el efecto a largo plazo de los bisfosfonatos en el tejido óseo no está totalmente aclarado, especialmente en lo que se refiere a su efecto teratógeno. También se ha descrito un retardo en la consolidación de las osteotomías correctoras en niños con osteogénesis imperfecta que han seguido tratamiento con este fármaco. Debido a este hecho, algunos facultativos aconsejan retirar el tratamiento con bisfosfonatos 6 meses antes de la intervención y no introducirlo hasta que se haya formado el callo de fractura. Probablemente, tanto la dosis acumulada como el efecto sobre el remodelado óseo de estos preparados deba controlarse en este grupo de población.

Los temas principales a tener en cuenta al utilizar el tratamiento

Atapuerca,

registro completo de un millón de años



Del yacimiento de Atapuerca -declarada Patrimonio de la Humanidad- han salido los fósiles más antiguos que se han encontrado en Europa, nada menos que de hace 780.000 años. Así lo señalaba Ana Gracia Téllez, investigadora del Centro Mixto UCM-ISCI de Evolución y Comportamiento Humanos de Madrid, en la conferencia magistral "Vida y muerte en la Sierra de Atapuerca", que ofreció durante el Congreso de la SER.

La labor de los investigadores en cualquiera de los yacimientos, la Sima de los Huesos, el Elefante -donde se han encontrado los restos más antiguos-, la Galería o la Dolina, es tan minuciosa como la labor del CSI. Se recupera absolutamente todo y queda registrado en cualquiera de los soportes, fotos, vídeos...

Las excavaciones comenzaron en el año 78 y a mediados de los 90 se encontraron más de 80 fósiles de

seis individuos, mujeres y niños, de varias edades. La labor de los investigadores puede llegar a conocer no sólo el sexo, sino a qué edad murieron y de qué. Los últimos hallazgos han podido reforzar la hipótesis de una nueva especie, llamada por el equipo de Atapuerca como el Homo antecesor. Una especie muy parecida a la nuestra, con una estatura y una proporciones similares. "Ningún fósil encontrado hasta entonces tenía la forma de la cara como el encontrado en Atapuerca. Había una constatación de rasgos humanos".

Mientras la ciencia investiga qué ocurrió con esta especie y cómo evolucionó, ha permitido deducir que hace medio millón de años Europa fue poblada por una especie distinta, tal vez más numerosa, que llegó a colonizar latitudes más septentrionales y que poseía conocimientos técnicos más avanzados: sus herramientas eran más sofisticadas y

llegaron a controlar el uso del fuego.

Según señalaba Ana Gracia Téllez, se han llegado a encontrar en los yacimientos hasta el momento más de 5.500 fósiles y deducen que aún quedan dos terceras partes por descubrir. Los restos corresponden a un total de 28 individuos entre los 5 y los 40 años.

Los restos encontrados señalan que los varones medían una media de 1,73, y que pesaban un 30% más que nosotros, llegando a los 100 kilos, pero de masa esquelética y muscular, nada de grasa, con un tronco más ancho. No vivían más allá de los 40-45 años y morían por lo general de parto, infecciones en las heridas y cavidad bucal, traumatismos (no sobrevivían a las fracturas) y depredadores.

Para saber más:

www.atapuerca.org
Centro Virtual Cervantes,
www.cvc.cervantes.es



con bisfosfonatos en población joven premenopáusica son su efecto a largo plazo en el tejido óseo y la teratogenicidad. Se desconoce si el depósito de bisfosfonatos en el tejido óseo de mujeres jóvenes puede causar efectos teratogénicos tras su movilización ósea. Sin embargo, hasta la fecha no se han descrito anomalías congénitas en los niños de casos aislados de mujeres que han sido tratadas con bisfosfonatos.

Por todo ello, la Sociedad Canadiense de Metabolismo Mineral indicó que el tratamiento de la osteoporosis en la mujer premenopáusica debe abordarse con cautela, e indica la utilización de bisfosfonatos en la osteoporosis

El tratamiento farmacológico dependerá de la etiología de la osteoporosis y del sexo del paciente; la mayoría de las mujeres jóvenes se encuentran en edad fértil, por lo que el tratamiento deberá valorarse con cautela

secundaria, especialmente en la osteoporosis por glucocorticoides, y también en otros casos aislados de osteoporosis (probablemente en aquellos en los que las pacientes presentan una disminución de la masa ósea asociada al desarrollo de fracturas). Contraindican la utilización de estos preparados durante el embarazo y aconsejan tomar medidas anticonceptivas en las pacientes que siguen este tratamiento. Asimismo sugieren que la calcitonina puede ser un fármaco útil en este grupo de población debido a su seguridad, aunque indican la falta de estudios que confirmen la utilidad de este fármaco en este grupo de población.

CONTARÁ INICIALMENTE CON 30 HOSPITALES

El programa ESPeranza

creará unidades de diagnóstico precoz y tratamiento de espondiloartritis



ESPeranza" es un programa, no sólo un proyecto, mediante el cuál se pretende crear unidades asistenciales de pacientes con espondiloartritis, con vocación de persistencia en el tiempo. "En dichas unidades se van a desarrollar diferentes proyectos clínicos, epidemiológicos, terapéuticos, de gestión e incluso básicos", señala el doctor Eduardo Collantes, del Hospital Reina Sofía de Córdoba, y coordinador del programa, que ha sido promovido

por la Sociedad Española de Reumatología (SER) y la Fundación Española de Reumatología, en colaboración con Wyeth.

El primero de los proyectos, explica el doctor Collantes, será el de diagnóstico precoz y tratamiento de pacientes con formas iniciales de espondiloartritis. "Este es el proyecto fundamental y que ha dado sentido al programa; pero, además, se va a proceder a una convocatoria de proyectos de investigación a realizar

en dichas unidades; por lo que cualquier reumatólogo interesado puede participar".

Tiene una duración de cinco años y en la primera fase se prevé la incorporación de 30 hospitales, "aunque el objetivo a largo plazo es, si la experiencia es válida, extrapolarlo al resto del país".

ACORTAR EL DIAGNÓSTICO A MENOS DE UN AÑO

Se estima que esta enfermedad afecta al 0,5 por ciento de la población, es

"La detección precoz es determinante en esta enfermedad, que progresa lentamente y tiene efectos graves a largo plazo"
(Dr. Josep Blanch, presidente de la SER)

decir, a más de 200.000 personas en España. El dolor lumbar, principalmente de madrugada, es el primer aviso de la espondilitis anquilosante, una enfermedad reumatológica que suele manifestar sus primeros síntomas en personas con edades comprendidas entre los 26 y los 30 años.

En la actualidad, los pacientes esperan una media de entre seis y ocho años para ser diagnosticados y tratados, ya que para el médico no especialista la sospecha de la enfermedad es menos probable y, sobre todo, porque no existen unos criterios de derivación consensuados para la espondiloartropatía de reciente comienzo. "El objetivo con el primer proyecto es conseguir que no sea superior a un año. Hasta la década de los 90 se exigía ver cambios radiográficos antes de diagnosticar una espondilitis. Ahora ya sabemos que hay unos signos clínicos, presentes desde el principio de la enfermedad, que nos permiten identificar perfectamente este trastorno."

Aunque el desarrollo de la espondilitis anquilosante es muy heterogéneo, los diez primeros años tras el diagnóstico son deci-

Los diez primeros años tras el diagnóstico son decisivos para predecir cuál será la evolución

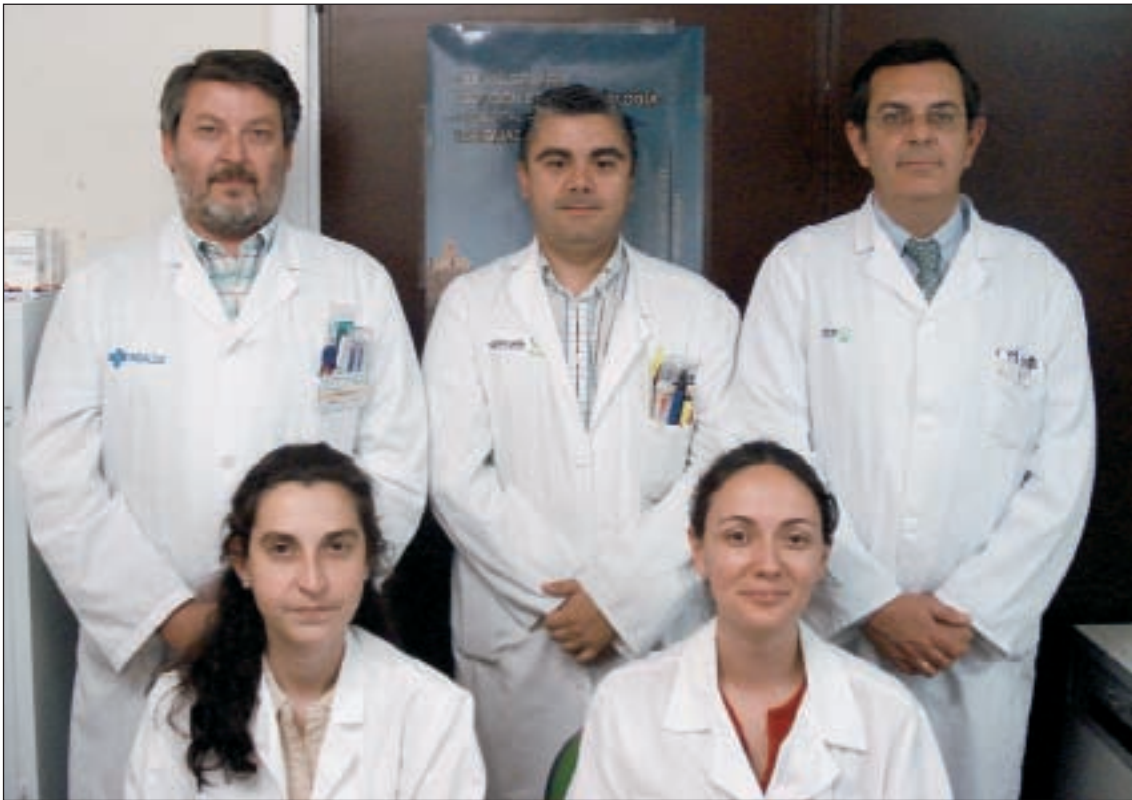
sivos para predecir cuál será la evolución. "La detección precoz es determinante en esta enfermedad reumática, que progresa lentamente y tiene unos efectos graves a largo plazo", señaló en la presentación del programa el doctor el doctor Josep Blanch, presidente de la Sociedad Española de Reumatología

COMITÉ CIENTÍFICO Y GESTOR

El Proyecto contará con un comité científico, integrado por los doctores, Eduardo Collantes (presidente del comité científico), Santiago Muñoz, Pedro Zarco, Eugenio de Miguel, Juan Mulero,

Javier Rivera, Loreto Carmona y el Dr. Rudwaleitt (asesor científico externo). Un grupo integrado por los doctores Santiago Muñoz, Pedro Zarco y López-Robledillo confeccionarán el modelo de gestión de las unidades.





La Reumatología de Guadalajara cumple 20 años

El día 1 de junio de 1987 se inició oficialmente la actividad de la Sección de Reumatología en el Hospital Universitario de Guadalajara. En una pequeña consulta situada en la Residencia Vieja de la calle Ferial, el doctor Jesús Tornero, el primer reumatólogo asignado a la asistencia sanitaria pública de Guadalajara, atendía al primer paciente, una mujer joven, aquejada de artritis reumatoide.

Desde entonces han pasado 20 años y, para conmemorarlo, el pasado 1 de junio se organizó una jornada científica en la que intervinieron destacados especialistas, los doctores Martín Mola, Juan Mulero, Alberto García Vadillo, de La Prin-

cesa; Francisco Blanco, además de Jesús Tornero, jefe de la Sección de Reumatología, y Manuel Fernández Prada, del Hospital Universitario de Guadalajara. Intervino por parte del Instituto Nacional de la Seguridad Social el doctor Javier Sainz, que habló sobre la discapacidad y la nueva legislación.

También participaron en el acto los doctores Josep Blanch, presidente de la SER, la doctora Rosario García de Vicuña, los doctores Pedro Fernández del Vallado, Javier Ballina García y Javier Vidal Fuentes.

MAYOR PRESIÓN ASISTENCIAL

En España el 16% de los mayores de 20 años padece alguna dolencia médica del aparato locomotor; la

artrosis de rodilla afecta al 10% de esta población, la de manos al 6%, la artritis reumatoide al 1%, la osteoporosis al 3% y la fibromialgia al 2%. "Como consecuencia de todo ello se ha ejercido sobre nuestra unidad una importante presión asistencial, que hemos procurado atender con la mayor dedicación -señala el doctor Jesús Tornero- Hasta nuestra incorporación al sistema sanitario público, los enfermos reumáticos eran atendidos por especialidades ajenas (Medicina Interna, Traumatología, Rehabilitación) o derivados a Madrid, donde el desarrollo de la Reumatología era mayor."

Según el doctor Tornero, durante muchos años la Sección sólo contó con él y con el doctor Pedro Javier

Vidal Fuentes, como especialistas. En momentos puntuales, y durante cortos períodos de tiempo, colaboraron en las tareas de asistencia las doctoras Jacqueline Usón Jaegger, Ángela Herranz, Ana Ortiz (antigua alumna del Hospital) y María Luisa González, así como el Dr. Miguel Ángel Abad. Finalmente, en los últimos años, se han incorporado los doctores Manuel Fernández Prada, Rosa del Castillo Montalvo y Pilar Muñoz Carreño.

Señala el doctor Tornero que desde que se produjo la trasferencia sanitaria en la Comunidad (2001), el personal médico ha crecido prácticamente un 100%- "También ha aumentado un 20% la población, la cercanía con Madrid ha atraído a nuevos residentes. Eso significa que también deberían mejorarse otros recursos, como el espacio físico y el personal auxiliar médico y administrativo."

Según el doctor Tornero, el desarrollo de la especialidad en Guadalajara también pasa por la transferencia de Sección a Servicio de Reumatología, lo que le conferiría una mayor autonomía y poder de decisión, equiparándola así con el resto de las especialidades, hecho que ya ha ocurrido en otras Comu-

nidades al haber recibido las competencias sanitarias.

Entre las iniciativas y proyectos consolidados: la ecografía músculoesquelética, la unidad de tratamiento del dolor reumático, el sistema asistencial de atención y diagnóstico precoz de la patología inflamatoria articular, el programa de atención multidisciplinar a los pacientes aquejados de fibromialgia (en colaboración con el servicio de Psiquiatría) y los proyectos de hospital de día que permiten, de una forma cómoda para el paciente, recibir medicación parenteral, sin necesidad de pernocta en el centro.

COLABORACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA

La Sección de Reumatología siempre ha entendido que una buena atención al paciente reumático precisaba de la colaboración de los compañeros de atención primaria. "Es, por eso, que desde hace más de 10 años establecimos un protocolo de coordinación con los centros de salud para la derivación y seguimiento de pacientes reumáticos."

En su intervención el doctor Manuel Fernández Prada, del

Hospital de Guadalajara, señaló que la colaboración entre atención primaria y reumatología, "es útil e imprescindible, ya que redundará en importantes beneficios para ambos niveles asisten-

El desarrollo de la especialidad también pasa por la transferencia de Sección a Servicio de Reumatología

ciales, como derivación y seguimiento de pacientes, actividades formativas, sesiones y proyectos de investigación entre ambos, etcétera."

Hasta ahora, la forma de interrelación era a base del parte de interconsulta, "que debería basarse en un diagnóstico de presunción y en los recursos terapéuticos empleados para intentar solucionar el problema en base, todo ello, a un protocolo de derivación previamente establecido".

En los últimos años, señaló el

La cercanía con Madrid ha aumentado la población en un 20%



Dr. Jesús Tornero: “También ha aumentado el número de reumatólogos, pero es necesario incrementar otros recursos, y más personal auxiliar médico y administrativo”

doctor Fernández Prada, ha surgido la figura del consultor de Reumatología, “que contacta directamente con los médicos de atención primaria y permite subsanar la falta de coordinación entre ambos niveles asistenciales. Otro proyecto reciente permite mantener esta interrelación mediante preguntas y respuestas on line (Reumaconsult)”.

PROYECTOS PARA PATOLOGÍAS ESPECÍFICAS

También se han desarrollado instrumentos concretos de atención conjunta para patología específicas prevalentes: lumbalgia, cervicalgia, artrosis de rodilla y osteoporosis. “En fechas recientes han sido revisados, actualizados y vuelto a consensuar con los centros de salud, y complementados con un programa específico de consultoría reumatológica “in situ”, que permite que un especialista de la Sección se desplace periódicamente a los equipos, para atender necesidades de orientación médica especializada.”

Señala el doctor Tornero que también se plantean la creación de un espacio virtual de consulta que complementa el proyecto de consultoría “in situ” para los compañeros de atención primaria, el desarrollo de una unidad de patología ósea metabólica y la implantación de un sistema asistencial para la detección precoz de espondiloartropatías inflamatorias. La Sección ya cuenta con una unidad de diagnóstico precoz de artritis reumatoide.

DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

En los capítulos de docencia e investigación, el Dr. Tornero destaca los siguientes apartados:

- Colaboración con el Departamento de Medicina de la Universidad de Alcalá en la formación de pregrado. La Sección tiene asignado una plaza de profesor asociado, “aunque deberían ser dos”.

■ Formación de postgrado en sistema MIR para los programas de Medicina Familiar y Comunitaria, Rehabilitación y Geriatría.

■ Participación en reciclajes teóricos y prácticos de la Unidad de Formación de Medicina Familiar: “Médicos de Atención Primaria acuden a nuestras consultas y en estancias más o menos largas refrescan o aprenden nuevos conocimientos para su ejercicio profesional”.

Desde hace más de 10 años está establecido un protocolo de coordinación con los centros de salud para la derivación y seguimiento de pacientes reumáticos

■ Estancias de profesionales reumatólogos de otros hospitales nacionales o extranjeros con la finalidad de mejorar o adquirir nuevas habilidades, especialmente en lo que se refiere a la atención monográfica del dolor reumático.

■ En cuanto a las actividades de formación extrahospitalaria, “venimos participando de forma regular en actividades de formación médica continuada (especialmente en las áreas de dolor y patología inflamatoria articular) en foros regionales, nacionales e internacionales”.

■ En investigación destacan las aportaciones al conocimiento de la coxopatía rápidamente destructiva, de la artropatía de metacarpofalángicas en los trabajadores del medio rural, el síndrome de Sjögren y la fibromialgia (éste último mereció un premio de la Fundación de Afectados por la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica compartido con las Dras. Belén Castel y María Victoria de Felipe).

■ “También, en una vertiente más social de la investigación, analizamos para amplios períodos de tiempo la epidemiología y el impacto que ejercían las enfermedades reumáticas sobre la discapacidad laboral (proyecto becado por la Liga Reumatológica Española).”

■ El registro español de Enfermedad ósea de Paget es una iniciativa de la Fundación Española de Reumatología impulsada desde este centro.

■ “Nuestra Sección ha colaborado en iniciativas de investigación dirigidas a validar nuevos instrumentos, tales como cuestionarios de capacidad funcional (Health Assessment Questionnaire-HAQ) o índices ecográficos (artritis reumatoide, espondiloartropatías inflamatorias)”

■ En investigación médica ha trabajado en proyectos dirigidos al desarrollo de nuevas opciones de tratamiento para el enfermo reumático, en las áreas de artrosis, dolor reumático, patología de partes blandas, artritis reumatoide, artritis psoriásica y espondilitis anquilopoyética

■ En investigación médica ha trabajado en proyectos dirigidos al desarrollo de nuevas opciones de tratamiento para el enfermo reumático, en las áreas de artrosis, dolor reumático, patología de partes blandas, artritis reumatoide, artritis psoriásica y espondilitis anquilopoyética

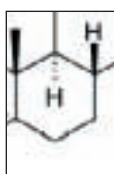
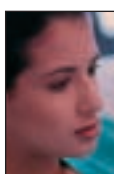
■ En investigación médica ha trabajado en proyectos dirigidos al desarrollo de nuevas opciones de tratamiento para el enfermo reumático, en las áreas de artrosis, dolor reumático, patología de partes blandas, artritis reumatoide, artritis psoriásica y espondilitis anquilopoyética

DR. JOSÉ CARLOS ROSAS GÓMEZ DE SALAZAR SECCIÓN REUMATOLOGÍA. HOSPITAL MARINA BAIXA. VILLAJYOSA. ALICANTE

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

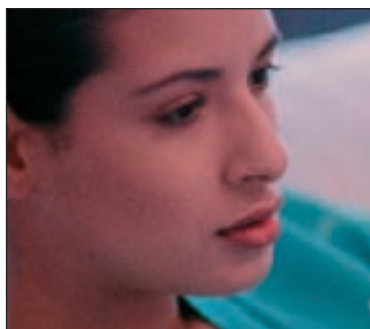
DR. JOSÉ LUIS FERNÁNDEZ SUEIRO SECCIÓN REUMATOLOGÍA. HOSPITAL CANALEJO. A CORUÑA

Bibliografía Comentada



- ARTRITIS REUMATOIDE
- ARTROSIS
- ESPONDILITIS ANQUILOSANTE
- OSTEOPOROSIS
- POLIMIALGIA REUMÁTICA

ARTRITIS REUMATOIDE



Artritis reumatoide muy precoz: Factores pronósticos

ARTRITIS REUMATOIDE DE COMIENZO MUY RECIENTE: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y SEROLÓGICAS DE LOS PACIENTES ASOCIADO A LA PROGRESIÓN RADIOLÓGICA DURANTE EL PRIMER AÑO DE LA ENFERMEDAD.

Machold KP, Stamm TA, Nell VPK, et al. Rheumatology 2007;46:342-349

Estudios realizados en los últimos años, señalan la aparición de erosiones en los primeros 2 años de la enfermedad, en el 70% de los pacientes con artritis reumatoide (AR) de reciente comienzo (menos de 3 años de evolución de la AR). Incluso hay datos de presencia de

erosiones en el 10% de los pacientes con tan solo 8 semanas de evolución.

Durante los años 1996 a 2001, el grupo de Machold et al. incluyó una cohorte de 55 pacientes con AR de menos de 3 meses de evolución, con objeto de estudiar la aparición de erosiones durante los 3 primeros años de la enfermedad.

El tipo de tratamiento recibido, en consonancia con la época del estudio, fue sin un protocolo preestablecido sino como la práctica clínica de los reumatólogos participantes: metotrexato, sulfasalazina y antipalúdicos en monoterapia, aunque llama la atención que solo 2 pacientes recibieran tratamiento combinado. Cuatro de los pacientes, del grupo con erosiones, recibieron durante la evolución fármacos biológicos. El tiempo medio desde el comienzo de los síntomas hasta el inicio del primer fármaco inductor de remisión fue similar en los grupos con o sin erosiones: 19 semanas

El 64% de los pacientes presentaron erosiones en los primeros 3 años de la AR, detectándose en el 74% de ellos durante el primer año y el 97% durante el segundo año de evolución. En 4 pacientes, se detectaron erosiones en el estudio basal.

El 29% de los pacientes alcanzó la remisión clínica (definida como mantener el DAS28 < 2.6 durante 1 año), asociándose a ausencia de erosiones.

Ninguna de las variables clínicas al inicio de la enfermedad se correlacionó con la presencia de erosiones. En cambio, la presencia de factor reumatoide (FR) y/o anti-péptidos citrulinados (PCC), fueron los datos más predictivos para la presencia y progresión de erosiones (dos pacientes con FR negativo y en 1 paciente con anti-PCC negativo se observaron erosiones). Por otra parte, en un modelo de regresión, se correlacionó la actividad clínica de la enfermedad prolongada con erosiones (aumento acumulado de PCR, número de articulaciones inflamadas y ausencia de respuesta clínica al tratamiento como DAS28 > 3.2).

Algunos datos pueden limitar los resultados del estudio: el tamaño de la cohorte; no queda aclarado porqué hay una mayor frecuencia de erosiones, estadísticamente significativa, en el grupo que recibe metotrexato; los autores no señalan el "plan" o las dosis del tratamiento recibido. Sin embargo, el estudio coincide con otros trabajos, en señalar que al inicio hay pacientes con datos de mayor riesgo de presentar erosiones (presencia de FR y anti-PCC) y que en estos pacientes se debe intentar por todos los medios conseguir el control de la enfermedad para disminuir la presencia de erosiones.

Dr. José Rosas

ARTROSIS

Eficacia del tramadol en el tratamiento de la artrosis

TRAMADOL EN EL TRATAMIENTO DE LA ARTROSIS: METAANÁLISIS Y REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Cepeda MS, Camargo F, Zea C y Valencia L. J Rheumatol 2007;34: 543-55

Los autores hacen una revisión sistemática de los ensayos clínicos que comparan el tratamiento con tramadol, sólo o asociado a paracetamol, con otro tratamiento activo o placebo en artrosis. Para ello realizan una búsqueda en el Registro Central de Ensayos Clínicos de la Cochrane y en las bases de datos Medline, Embase y Lilacs hasta agosto del año 2005.

Se seleccionaron 11 ensayos clínicos aleatorizados que comprendían a 1019 pacientes que fueron tratados con tramadol, sólo o combinado con paracetamol, y 920 controles que recibieron placebo o algún tratamiento activo para la artrosis. Todos los ensayos seleccionados estaban centrados en artrosis de cadera o rodilla.

Los resultados del metaanálisis muestran que los pacientes tratados con tramadol tienen menos dolor al final de los ensayos que los que recibieron placebo. La diferencia entre los dos grupos equivale a un 12% de la intensidad del dolor inicial que tenía el grupo control. De la misma forma la función medida mediante el índice WOMAC (Western Ontario and McMaster University Osteoarthritis Index score), supuso una mejoría relativa del 8,5% del valor basal en el grupo tratado respecto al placebo.

En cuanto a la mejoría global, se precisaron 6 pacientes tratados con tramadol para que uno encuentre una mejoría global moderada, con un intervalo de confianza (IC) al 95% de 4 a 9. Al analizar los efectos adversos, 1 de cada 5 pacientes que recibieron tramadol experimentó algún efecto adverso y 1 de cada 9 tuvo que abandonar el tratamiento por este motivo.

Los autores concluyen que el tramadol sólo o asociado a paracetamol es eficaz en la disminución del dolor y la capacidad funcional de los pacientes con artrosis. Sin embargo este efecto es poco intenso.

La utilización de tramadol en el tratamiento de la artrosis es atractiva, debido al buen perfil de seguridad gastrointestinal y cardiovascular que presenta este producto respecto a los AINES. Sin embargo, no está exento de efectos secundarios sobre todo, náuseas, vómitos, sensación de inestabilidad y estreñimiento. El presente metaanálisis nos orienta sobre lo que podemos esperar del producto en nuestra práctica clínica. Por una parte 1 de cada 6 pacientes experimentarán una mejoría clara en cuanto al dolor y 1 de cada nueve abandonarán el tratamiento por los efectos secundarios. En la discusión los autores hacen hincapié en que este último dato puede mejorar si la administración se hace en escalada lenta de la dosis.

Aunque los autores hacen distintos subanálisis para comparar el tramadol con diclofenaco o paracetamol, los resultados se basan en un escaso número de estudios y pacientes. Sigue siendo una asignatura pendiente el comparar directamente el tramadol con AINES o paracetamol. Respecto a este asunto debemos tener en cuenta varios aspectos. La eficacia, en los estudios de artrosis, es muchas veces difícil de valorar por el acusado efecto placebo que minimiza el efecto de cualquier tratamiento, incluidos el paracetamol o los AINES. En cuanto a la toxicidad, el tramadol tiene un elevado porcentaje de efectos adversos a corto plazo, pero son más leves que los que presentan los AINES. Por ello a largo plazo tal vez el tramadol sea más seguro que los AINES.

Dr. José Ivorra Cortés

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Es seguro reintroducir el infliximab en pacientes con espondilitis anquilosante tras un largo periodo de descanso

SEGURIDAD Y EFICACIA DE LA READMINISTRACIÓN DEL INFILIXIMAB TRAS SU RETIRADA DESPUÉS DE UN PERIODO LARGO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE.
Baraliakos X, Listing J, Rudwaleit M et al. J Rheumatol 2007; 34: 510-515.

En la ficha técnica del infliximab se advierte de las posibles reacciones que pueden aparecer si se reintroduce el tratamiento tras un periodo largo de interrupción. La cautela está basada en la experiencia de los primeros tratamientos para la enfermedad de Crohn, en la que se utilizaban pautas cortas e intermitentes. Las reacciones adversas se asociaban a la aparición de anticuerpos frente al infliximab.

En el presente artículo se analizan la seguridad y eficacia de interrumpir el infliximab a 42 pacientes con espondilitis anquilosante (EA) que fueron tratados durante tres años en el contexto de un ensayo clínico y su extensión. Al final de este periodo se retiraba el fármaco. Después se realizó un seguimiento y si aparecía un brote de la enfermedad, se reintroducía. La monitorización se realizó mediante el BASDAI (Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index) y la actividad global medida por el médico. Tras la reintroducción los pacientes se siguieron durante 48 semanas. El objetivo primario fue medir la seguridad al año de reintroducir el infliximab.

Los resultados mostraron que no hubo más efectos secundarios que los detectados en los 3 años iniciales de tratamiento. No hubo reacciones infusionales en pacientes que antes no las hubieran presentado. Todos los pacientes excepto uno presentaron un brote de la enfermedad por lo que se les reintrodujo el tratamiento. En el 63% de los pacientes se obtuvo una respuesta BASDAI 50% y en el

30% una remisión parcial. El BASDAI medio (DE) en el momento del brote fue de 6(1,4) y tras un año de tratamiento pasó a 2,6(2). La PCR descendió de 11,2 a 1,8 mg/l después de un año ($p < 0,05$).

El infliximab se empezó a utilizar en la enfermedad de Crohn en pautas cortas para tratar de forma puntual determinadas complicaciones de la enfermedad. En este contexto se describieron reacciones de hipersensibilidad tardía cuando se repetía el tratamiento si entre ambos ciclos había transcurrido un tiempo prolongado. Este y otros efectos adversos parecían relacionarse con la aparición de anticuerpos frente al infliximab. En la artritis reumatoide el tratamiento se realiza en pauta continua asociada a metotrexato. La utilización de un inmunosupresor disminuye la aparición de anticuerpos antiinfliximab y este hecho parece influir con el mantenimiento de la eficacia y la menor aparición de efectos adversos. En el presente trabajo los pacientes tienen espondilitis anquilosante y la pauta de tratamiento con infliximab se realiza durante tres años con dosis altas (5 mg/Kg). No se detectan reacciones adversas tras reintroducir el fármaco tras un año de retirada. Parece por lo tanto que en los tratamientos continuos prolongados la reintroducción es segura a pesar de haber pasado un tiempo prolongado desde la última dosis. Un problema que tiene el presente trabajo es que al basarse en una extensión de un estudio abierto existe la posibilidad de que haya habido una selección de pacientes, es decir, siguen aquellos que han tenido menos problemas con el infliximab y éste ha sido eficaz.

En cuanto a eficacia parece clara que en la gran mayoría de los pacientes la enfermedad empeora al retirar el fármaco y que su reintroducción además de segura es eficaz.

Dr. José Ivorra Cortés

OSTEOPOROSIS

Acido zoledrónico para la osteoporosis: lo más potente

ACIDO ZOLEDRÓNICO UNA VEZ AL AÑO PARA EL TRATAMIENTO DE LA OSTEOPOROSIS POSTMENOPÁUSICA.

Black DM, Delmas PD, Eastell R, et al. *New Engl J Med* 2007;356:1809-1822.

Un problema primordial en el tratamiento de las enfermedades crónicas es la adherencia a la terapia. La OMS describe la mala adherencia a la medicación como un problema de gran magnitud. Se calcula que la adherencia a largo plazo en las enfermedades crónicas silentes, como la diabetes o la hipertensión arterial, es de alrededor del 50%, con las consecuencias que puede tener para los pacientes. Este hecho se acentúa todavía más en la osteoporosis.

Recientemente se han publicado los datos del ensayo clínico HORIZON (The Health Outcomes and Reduced

Incidence with Zoledronic Acid Once Yearly), en el que se evalúa la seguridad y eficacia antifractura de la administración en 15 minutos de 5 mg iv anual de ácido zoledrónico (AZ), durante 3 años. Se randomizaron 7.765 mujeres postmenopáusicas con osteoporosis, de 73 años de edad media, de las que el 30% no presentaban fracturas al inicio del estudio. A los 3 años permanecían en el estudio el 84% de las pacientes.



Respecto a eficacia, a los 3 años el grupo tratado con AZ presentaron: 1) Fractura vertebral el 3.3% (10.9% el grupo placebo), con reducción del riesgo del 70% (RR: 0.30. IC: 0.24-0.38), que era similar al obtenido durante el primero y segundo año (60% y 71%). 2) Fractura de cadera el 1.4% (2.5% el grupo placebo), con reducción del riesgo del 41% (RR: 0.59. IC: 0.42-0.83).

El aumento de la densidad mineral ósea fue significativamente mayor ($P < 0.001$) en el grupo AZ que en el de placebo, tanto a nivel lumbar (6.7%), cadera total (6%) y cuello femoral (5%). A los 12 meses, los niveles de los marcadores óseos fueron de forma significativa menor ($P < 0.001$) en el grupo AZ que en el de placebo.

Respecto a la seguridad, llama la atención el número elevado de efectos secundarios en ambos grupos (95.5% vs 93.9%), aunque con diferencias significativas en el grupo de AZ ($P = 0.02$). El más llamativo, por no ser esperado ni aparecer con otros bifosfonatos, fue la aparición de arritmias de forma significativa ($P = 0.003$) en el grupo AZ (6.9%) respecto a placebo (5.3%). Sin embargo, se detectó fibrilación auricular (FA) severa (que requiera ingreso hospitalario) de forma significativa ($P < 0.001$) en el 1.3% del grupo AZ y en el 0.5% de los pacientes del grupo placebo. Los autores no se explican claramente este hecho: no se detectan cambios significativos en los niveles de calcio sérico ni se detectaron cambios en el ECG en los pacientes al inicio del estudio y entre los días 9 a 11 postinfusión.

Otros efectos secundarios significativos en el grupo de AZ fueron: síntomas generales en los primeros 3 días postinfusión (fiebre, mialgias, etc); aumento de > 0.5 mg/dl en la creatinina sérica entre los 9^a 11 días postinfusión (1.3% vs 0.4%. $P = 0.001$), normalización de los valores preinfusión en el 85% de los pacientes en los primeros 30 días; inflamación ocular, principalmente conjuntivitis, durante los primeros 15 días postinfusión (3.3% vs 2.6%).

Sin duda puede ser un gran avance la posibilidad de administrar un fármaco, como el AZ, una vez al año para

el tratamiento de la osteoporosis, de lo que se podrían beneficiar un número importante de pacientes, tanto con problemas de adherencia como de intolerancia, etc. Sin embargo, deben despejarse las dudas respecto a la seguridad del fármaco con la posible aparición de arritmias, especialmente FA. Llama la atención que no se haya comunicado un aumento de casos de FA en los estudios realizados en pacientes que reciben este fármaco, como la enfermedad de Paget o en enfermedad metastásica.

Finalmente, en el apartado de Cartas al Director del mismo número de la revista, Cummings SR describe que en el estudio FIT de alendronato se encontró una tendencia a presentar FA severa en los pacientes del grupo de alendronato respecto a placebo (1.5% vs 15. RR: 1.51. IC: 0.97-2.40. $p=0.07$). Se piensa que los bifosfonatos pueden provocar un aumento de citoquinas inflamatorias y este hecho se ha relacionado con la aparición de FA.

Dr. José Rosas

POLIMIALGIA REUMÁTICA

Utilidad del infliximab en el tratamiento de la polimialgia reumática

INFLIXIMAB MÁS PREDNISONA O PLACEBO MÁS PREDNISONA EN EL TRATAMIENTO INICIAL DE LA POLIMIALGIA REUMÁTICA. Salvarani C, Macchioni P, Manzini C, et al. *Ann Intern Med.* 2007;146:631-639. (Editorial. Luqmani R. *Ann Intern Med.* 2007;146:674-676).

El tratamiento más eficaz para el control de la polimialgia reumática (PMR) son los corticoides. Un subtipo de pacientes presenta un curso crónico con recaídas que obliga a mantener el tratamiento durante varios años, lo que puede ocasionar la aparición de efectos secundarios. Aunque se han utilizado diversos fármacos en un intento para disminuir las dosis de esteroides, no se ha podido demostrar una disminución en la prevalencia de efectos secundarios debidos al uso de corticoides. Basándose en los resultados de un estudio piloto con INF, los autores analizan su utilidad en la PMR.

Se realizó en 51 pacientes con PMR de reciente diagnóstico un estudio aleatorizado doble ciego frente a placebo de una duración de 52 semanas. Los pacientes recibieron INF (3 mg/kg) y esteroides de acuerdo a un protocolo preestablecido. El objetivo primario fue conocer la proporción de pacientes sin recaídas o recidivas en la semana 52. Los objetivos secundarios fueron; conocer qué pacientes recaían a la

semana 22 junto a la proporción de pacientes que no tomaban corticoides a la semana 22 y 52, el número total de recaídas o recidivas, la duración y dosis acumulada de la terapia con corticoides y el número de efectos secundarios.

Las características basales fueron similares en los 23 pacientes tratados con INF y 28 con placebo. La proporción de pacientes libres de recaídas a la semana 52 fue la misma en ambos grupos (30% INF vs 37% placebo). Respecto a los objetivos secundarios tampoco se encontraron diferencias significativas. No se presentó ningún efecto grave secundario a la terapia.

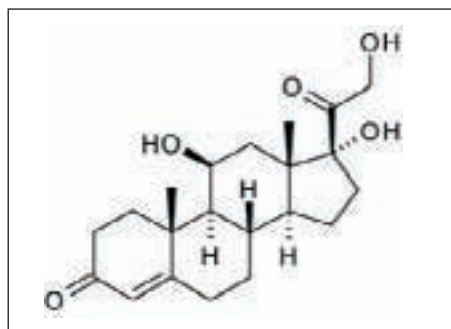
En la discusión los autores concluyen que el INF añadido a la terapia con corticoides no cambia el curso de la PMR. Los autores comentan las posibles limitaciones del estudio, sin embargo los resultados de este trabajo parecen muy consistentes con los resultados del estudio realizado en la ACG. Por tanto, no parece que el INF tenga utilidad como terapia en la PMR.

En el editorial de la revista se comentan los resultados de ambos trabajos, realizando una revisión crítica sobre las características de ambas enfermedades y diseños de ambos estudios. Aunque existen algunos problemas con los ensayos, derivados fundamentalmente del número de pacientes incluidos, algo por otro lado esperado, no existen básicamente problemas con el diseño. Los resultados son sólidos y no parece que la diferencia de dosis en ambos estudios fuese un problema a la hora de evaluar la eficacia del INF en ambas enfermedades. En el editorial se concluye que en función de los resultados el TNF, aunque sea relevante en la patogenia de estas enfermedades, no parece que sea una diana terapéutica. Sin embargo se hace hincapié en la necesidad de abordar la identificación de factores que puedan predecir la gravedad de estas enfermedades y por lo tanto,

permita diseñar un protocolo más adecuado de tratamiento esteroideo con el fin de disminuir los efectos secundarios derivados de su utilización.

En nuestra opinión, nos interesa resaltar la publicación de estos estudios con resultados negativos, algo que consideramos necesario. El clínico no sólo debe tener información sobre los resultados positivos sino que también debe disponer información de aquellos resultados

que no por ser negativos, no dejan de proporcionarnos una información fundamental para la práctica clínica. Por otro lado, reseñar que las enfermedades reumáticas aunque presentan un componente inflamatorio basal común, la etiología, patogenia y fisiopatología son diferentes, por lo que no deben de ser evaluadas con una perspectiva horizontal y deberá tenerse en cuenta sus singularidades a la hora de su abordaje tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico.



Dr. José Luis Fernández Sueiro



"Técnicas de investigación básica en reumatología".
Directores F.J. Blanco,
J.D. Cañete y J.L. Pablos.
ED. Médica Panamericana.

Comprender los fundamentos y el estado actual de la investigación

Esta monografía intenta facilitar a los reumatólogos clínicos la comprensión de los fundamentos científicos y el estado actual de la investigación en áreas tan importantes de su especialidad como la genética molecular, la autoinmunidad, la inflamación y el metabolismo del hueso y el cartílago." Esta es la declaración de principios de los doctores F.J. Blanco, J.D. Cañete y J.L. Pablos, como directo-

res de la monografía SER "Técnicas de investigación básica en reumatología", editada por Panamericana.

Treinta y cuatro autores han intervenido en su elaboración con temas tan punteros como las bases genéticas de las enfermedades reumáticas, los microarrays de expresión génica en reumatología o los métodos de estudio de las enfermedades autoinmunes, la inflamación o el cartílago articular.



"Modificación de la enfermedad en enfermedades reumáticas".
Doctores Stephen A. Paget
y Mary K. Crow.
ED. Médica Panamericana.

Modificar y hacer remitir la enfermedad reumática

La modificación de la enfermedad y la remisión son los mandatos del reumatólogo actual", recuerdan los doctores Stephen A. Paget y Mary K. Crow, editores de la obra "Modificación de la enfermedad en enfermedades reumáticas" (Editorial Panamericana), que incorpora trabajos de veintinueve autores. El profesional sabe que hoy dispone ya de un arsenal terapéutico eficaz para muchos

procesos y conoce cuándo y cómo utilizarlos, teniendo en cuenta que hay que considerar tanto la cantidad de vida rescatada para el paciente como su calidad. Desde la inflamación hasta la gota, pasando por las vasculitis o el síndrome antifosfolípido, diversas enfermedades reumáticas de fuerte impacto sobre el paciente son analizadas desde la perspectiva de su abordaje terapéutico a la luz de los avances más recientes.



"Monografía SER".
Doctor Carlos Manuel
González Fernández.
ED. Médica Panamericana.

El difícil abordaje de las artritis infecciosas

Las infecciones músculo-esqueléticas (osteomielitis, artritis, infecciones periprotésicas y de partes blandas) son procesos poco frecuentes si las comparamos con otro tipo de infecciones, pero en ocasiones están asociadas a un difícil tratamiento médico-quirúrgico y a numerosas complicaciones y sobre todo plantean importantes retos diag-

nósticos y de tratamiento, que deben ser abordados de forma multidisciplinar", señala el doctor M. Martín Arriaza, uno de los 36 autores de esta nueva monografía SER (Editorial Panamericana), que ha dirigido el doctor Carlos Manuel González Fernández. La obra es un manual prácticamente exhaustivo y sin duda imprescindible sobre el tema.



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

LOS PACIENTES PREGUNTAN

Eficacia de la vacuna antineumocócica en pacientes con anti-TNFs

Tengo 50 años y padezco una artritis reumatoide desde hace 10 años. Hace dos años que estoy siendo tratada con un nuevo tratamiento que se llama adalimumab (Humira®). He leído que antes de empezar el tratamiento debería haberme vacunado para evitar neumonías. Yo no lo hice. Se lo he comentado a mi médico de cabecera, y no está seguro de que en estos momentos valga la pena vacunarme, porque a lo mejor me protege poco. ¿Cuál es su opinión?

R. Bellver (Valencia)

Los pacientes con artritis reumatoide responden algo peor a la vacuna antineumocócica que las personas sanas. Sin embargo, no hay diferencias de respuesta entre los pacientes con artritis reumatoide tratados con adalimumab, y otros anti-TNFs, y los pacientes sólo tratados con los medicamentos clásicos. Por ello aunque se recomienda la vacunación antes de empezar con estos tratamientos, si usted no lo ha hecho, es aconsejable que se vacune aunque lleve ya el tratamiento. No debemos olvi-

dar que una de las complicaciones más frecuentes de los tratamientos con anti-TNF son las infecciones de vías respiratorias, y dentro de ellas las neumonías por neumococo revisten especial gravedad. La vacunación puede evitar en parte estas complicaciones.

Dr. José Ivorra

Relación entre artrosis y algunas profesiones

Agradecería algún tipo de información (publicación, libro, etc) sobre si existe relación entre la artrosis y algunos trabajos o profesiones, indicando si el tipo trabajo puede acentuar la artrosis. En concreto, el caso por el que solicito esta información es sobre un conductor de autobús durante unos 35 años.

Maite (e-mail recibido en www.ser.es).

La artrosis es una patología degenerativa de las articulaciones, que se caracteriza por la alteración del cartilago y el hueso localizado debajo o subcondral. Es la enfermedad reumática articular más frecuente. Su aparición aumenta con la edad. De hecho hasta en el 80 por ciento de las personas mayores de 80 años, pode-



mos encontrar alteraciones radiológicas de artrosis. A los 65 años, el 45 por ciento de las mujeres y el 18 por ciento de los varones tienen artrosis de rodilla. El síntoma principal es el dolor que empeora con la actividad, especialmente al inicio y mejora con el reposo.

Aunque la edad es un factor importante en la artrosis, no es el único. En su aparición y desa-

rrrollo influyen diversos factores: generales como la genética (éste se olvida con frecuencia), el sexo, la raza o la densidad mineral de los huesos entre otros, factores metabólicos y nutricionales. También influyen factores locales, como presencia de obesidad, actividad física/deportiva y el que usted nos comenta, la actividad profesional.

Respecto a la actividad laboral, parece que la sobrecarga mecánica o el uso repetitivo de ciertas articulaciones, provoca fatiga de los músculos que protegen la articulación y esto puede predisponer a la aparición de la artrosis. Estudios de los últimos años han analizado la influencia de la actividad profesional y señalan que en general el efecto es moderado, aunque depende de la propia actividad. En ellos se demuestra que la artrosis de rodilla está más relacionada con actividades que mantengan las rodillas dobladas o en posición de cuclillas y en la artrosis de cadera con trabajos de actividad física intensa que induzcan a levantar pesos. Por otra parte, en estos estudios parece que es a partir de los 60 años cuando la edad empieza a ser significativa.

En un estudio sueco se evidenció que los conductores tenían un mayor riesgo de ingresar por artrosis de cadera (20 por ciento) o de rodilla (50 por ciento) que otras profesiones con menor actividad y menor riesgo de ingresar como sujetos agricultores, bomberos o trabajadores manuales (Vingard Eva, et al. *International Journal Epidemiology* 1991;20:1025).

En un estudio nacional Francés, los conductores presentaban mayor riesgo de artrosis (Rosignoll M, et al. *Occup Environ* 2003;60:882). Respecto a información general de la artrosis, puede acceder a la página web de la Sociedad Española de Reumatología (www.ser.es) y



consultar el manual de artrosis en el apartado de publicaciones.

En resumen, la actividad de conductor es un factor moderado de artrosis de rodilla pero habrá que valorar otros factores que pueden influir o haber influido en su aparición y desarrollo.

Dr. José Rosas

La sinovitis vellonodular no es un tumor maligno

Tengo 53 años y recientemente me diagnosticaron una tumoración en la rodilla derecha. El reumatólogo me dijo que se trataba de una sinovitis vellonodular pigmentada y que era un tumor benigno. Ahora estoy pendiente ahora para que me evalúe el traumatólogo. Sin embargo estoy preocupa-

do ya que estamos hablando de un tumor. ¿Podría explicarme en que consiste este tumor?; si este tumor es realmente benigno, ¿podré curarme con el tratamiento y no tendré problemas nunca más?.

Antonio L (La Coruña)

En las articulaciones o en las estructuras relacionadas con las mismas pueden desarrollarse tumores. Según las características de los mismos pueden dividirse en tumores benignos o malignos. Si el tumor proviene de otra localización a distancia, se denomina metástasis y éste siempre es maligno.

La sinovitis vellonodular pigmentada (SVP) es un tumor benigno generalmente localizada, que consiste en el crecimiento de lesiones vellosas o nodulares cubiertas por una línea de células sinoviales. Estas lesiones presentan una coloración que oscila entre el amarillo y

marrón oscuro dependiendo de la cantidad de grasas o hemosiderina que presenten (de ahí el nombre de pigmentada).

La clasificación de la SVP se realiza dependiendo de la localización (articular, tenosinovial o bursal) y del tipo lesional (difusa o nodular) aunque su distinción en ocasiones es difícil. Los síntomas que produce dependen de la localización. En general, la articulación que se afecta con mayor frecuencia es la rodilla, provocando hinchazón con dolor y bloqueos articulares. Generalmente cuando se extrae el líquido de la articulación este suele ser oscuro o sanguinolento. No hay alteraciones ni en la analítica general ni en el estado general del paciente.

Aunque la pruebas de imagen mediante radiología o con resonancias magnéticas pueden dar pistas que sugieran su diagnóstico, éste solo se puede hacer de manera

alguna alteración en la rodilla como puede ser una artrosis, artritis reumatoide o alteraciones mecánicas en la rodilla. El quiste generalmente causa poco dolor y a veces existe la sensación de una masa fluctuante en la rodilla. Otras veces la sintomatología depende de la enfermedad que existe en la articulación.

El diagnóstico se realiza con facilidad mediante ecografía de la zona posterior de la rodilla.

El tratamiento será inicialmente el de la causa que lo produce. Con frecuencia, es eficaz realizar la aspiración del líquido del quiste y además realizar una infiltración local con corticoides. En casos problemáticos debe de corregirse mediante cirugía.

En su caso, como describe su proceso, no parece que tenga una enfermedad inflamatoria o artritis. Si le provoca molestias, es probable que le realicen una infiltración que con frecuencia es suficiente, sin dejar ningún tipo de secuelas.

Dr. José Luis Fernández Sueiro

Metotrexato e intervenciones quirúrgicas

Soy una mujer de 59 años y padezco de artritis reumatoide. Me van a colocar una prótesis de rodilla y no tengo claro qué hacer con el tratamiento que llevo. Ahora me pincho una inyección de

metotrexato de 20 mg. El traumatólogo me dice que para operarme me lo tengo que quitar, pero me da miedo que empeore mi enfermedad. ¿Qué es lo que me aconsejan?

F. Martínez (Villena)

Cuando se administra un tratamiento siempre hay que sopesar las ventajas e inconvenientes. En su caso el metotrexato podría aumentar el riesgo de infecciones en la intervención, así como dificultar la cicatrización de la herida quirúrgica. Sin embargo, si no toma el metotrexato durante un tiempo prolongado de tiempo, es muy probable que empeore de su artritis, y además de retrasar su recuperación tendría que tomar otros fármacos que también

favorecen las infecciones y dificultan la cicatrización. En estos momentos sabemos que el metotrexato no aumenta demasiado el riesgo de infecciones en la operación, pero si no se toma se suele empeorar de la artritis. Por ello con lo que sabemos en estos momentos se recomienda seguir con el tratamiento con metotrexato. Por precaución, se puede retirar durante las semanas anterior y posterior a la fecha de la intervención, porque complicaciones durante la operación, por ejemplo que el riñón funcione peor por un excesivo sangrado, pueden favorecer la toxicidad del metotrexato. En cualquier caso siga las instrucciones de su reumatólogo.

Dr. José Ivorra



Suscríbese a LOS Reumatismos

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

LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Particulares

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

Suscripción por 6 números

Próximos 6 números 15 €
(ejemplares bimensuales)

Fecha: __ / __ / 200__

Firmado:

Forma de pago

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

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

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

LOS Reumatismos Boletín de Suscripción · Empresas/Asociaciones

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

Persona de contacto Cargo

Suscripción por 6 números

Próximos 6 números 25 €
(ejemplares bimensuales)

Fecha: __ / __ / 200__

Firmado:

Forma de pago

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

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

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

definitiva mediante el estudio de una biopsia del tejido afectado.

El tratamiento de la enfermedad incluye la cirugía, realizando un sinovectomía completa para intentar eliminar todo el tumor. Si no se extirpa por completo, puede reaparecer el cuadro, debiéndose reintervenir. En estos casos muchos autores aconsejan además administrar una inyección local de un isótopo radiactivo para ayudar a la cirugía a su eliminación.

En respuesta a lo que usted nos plantea, como puede observar la SVP no es un tumor maligno, no ocasiona sintomatología general y las explicaciones que su reumatólogo le ha dado son absolutamente correctas. La cirugía es el método apropiado para el tratamiento de la SVP

Dr. José Luis Fernández Sueiro

Anemia y síndrome de Sjögren

Soy una mujer chilena y tengo 24 años. Hace dos años me detectaron el síndrome de Sjögren. Actualmente sigo tratamiento con omeprazol, plaquinol y medrol, pero a pesar de ello tengo la velocidad de la sangre (VSG) en 62 mm y en el último hemograma tengo anemia (les describo los resultados: hemoglobina: 10.2 g/dl, hematocrito 33%, VCM 30.9, leucocitos 4.400, con leve hipocromía y anisocitosis). Quisiera saber

si esta enfermedad produce la anemia y cómo se trata la anemia y los niveles altos de la VSG.

Marcela G (Chile. E-mail recibido en www.ser.es)

El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad de las llamadas autoinmunes, de evolución crónica, que puede afectar a cerca del 1% de la población y se caracteriza por una respuesta inflamatoria especialmente en la glándulas salivales y lacrimales aunque puede llegar a afectar a órganos internos fuera de las glándulas.

La VSG suele encontrarse elevada (mayor de 20 mm en la primera hora) en más del 60% de los pacientes con SS. En general, esta elevación está en relación con el aumento de una proteínas de la sangre llamadas gammaglobulinas (hipergammaglobulinemia) y en estos casos también se detecta un aumento de las proteínas totales de la sangre. Una característica en estos pacientes con VSG elevada es encontrar la proteína C reactiva en niveles normales, porque su nivel en sangre no depende de las gammaglobulinas.

Respecto al hemograma, se pueden encontrar alteraciones hasta en el 40%-50% de los pacientes. En general, la anemia detectada es la inducida por la propia enfermedad inflamatoria y se denomina de enfermedad crónica. En estos casos no depende de la falta de hierro, aunque

siempre se debe de comprobar, pues en ese caso la administración de suplementos de hierro sería el tratamiento. Ocasionalmente se puede detectar otros tipos de anemia autoinmune (por ejemplo la llamada anemia hemolítica), que precisarían de tratamiento con corticoides y/o fármacos inmunosupresores.

En general la elevación de la VSG no tiene tratamiento en sí misma, puesto que habitualmente es una característica de la enfermedad, aunque su elevación cuando era previamente normal o un cambio muy drástico en sus niveles, debe ponernos en alerta e intentar valorar otras causas.

Dr. José Rosas

Derrames articulares en las rodillas

Desde hace varios meses tenía molestias en la rodilla derecha y la notaba como si estuviese hinchada. Cuando visité al médico después de hacerme varias pruebas y una ecografía me diagnosticaron de un quiste de Baker en la rodilla. Yo no me había dado ningún golpe y realmente no se por qué tengo esa enfermedad. ¿Quiere decir eso que tengo una enfermedad reumática?, ¿qué significado tiene el quiste?, ¿significa que tengo una artritis?.

Sofía M (La Coruña)

La aparición de quistes, que se rellenan de líquido sinovial ocurre con frecuencia, siendo en muchas ocasiones asintomáticos. Los más frecuentes son lo que aparecen en el dorso de la muñeca y se denominan gangliones.

El quiste de Baker aparece en la rodilla. En la parte posterior e interna de la rodilla existen unas estructuras denominadas bursas, en las que existe pequeña cantidad de líquido que actúa como un lubricante para el normal funcionamiento de las estructuras que se encuentran situadas en esta área. En esta región en concreto existe seis bursas asociadas con los tendones y músculos existiendo comunicaciones entre ellas y la articulación de la rodilla.

La acumulación de líquido en estas áreas ocasiona lo que se denomina un quiste poplíteo o quiste de Baker. Puede originarse de tres maneras: 1. Acumulación de líquido en una bursa sin comunicación. 2. Distensión de una bursa por el líquido acumulado por una lesión en la articulación de la rodilla. 3. La herniación posterior de la cápsula articular como consecuencia de la acumulación de líquido en la rodilla. La acumulación del líquido en el quiste es unidireccional, siempre desde la rodilla al quiste.

Los quistes de Baker pueden presentarse a cualquier edad sin anomalías aparentes de la rodilla, aunque en la mitad de los casos existe

El consumo de benzodiazepinas no influye en la incidencia de fractura de cadera

■ LR.- Dr. José Rosas

En 1990 algunos estudios señalaban que el consumo de las benzodiazepinas aumentaban el riesgo de fractura de caderas en personas mayores. En base a este hecho en algunos estados norteamericanos se promulgaron actuaciones para disminuir su prescripción, con objeto de intentar disminuir la incidencia de fracturas de cadera en personas de edad avanzada. De hecho, en el estado de Nueva York, desde el año 2006 las compañías de seguro médico no subvencionan la prescripción de benzodiazepinas. Sin embargo, no parece que haya disminuido la incidencia de fracturas de cadera.

El grupo de Wagner ha publicado recientemente los resultados del estudio en que se intentaba conocer si reducir el consumo de benzodiazepinas (no otros ansiolíticos) más del 50%, disminuye la incidencia de fracturas de cadera en personas de edad avanzada, comparando lo ocurrido los años 1988 a 1990 entre dos estados, en uno de los cuales existía la restricción para la prescripción (Nueva York) y en otro estado no existía restricción (Nueva Jersey).

Durante ese periodo en el estado con restricción de prescripción disminuyó en consumo de benzodiazepinas alrededor del 60% y en el estado sin restricción el consumo se mantuvo estable. Al comparar los períodos de

antes y después de la restricción, no hubo diferencias significativas en el riesgo de fractura de cadera en ninguno de los dos estados, tanto en hombres ($p=0.5$) como en mujeres ($p=0.7$).

Por tanto los resultados de este estudio longitudinal, que incluye un grupo control (estado de Nueva Jersey), no apoya que el consumo de benzodiazepinas influya en la incidencia de fractura de cadera, ni siquiera en los grupos de mayor riesgo, como las personas de edad avanzada y por tanto no es necesaria la restricción en la prescripción. Otros factores, como el índice de masa corporal, deterioro físico y mental, etc deben ser tenidos en cuenta en este aspecto.

ARTÍCULO
ORIGEN:
Efectos de una
acción regula-
dora sobre la
prescripción de
benzodiazepi-
nas y la tasa de
fracturas de
cadera. Wagner
AK, Ross-Deg-
nan D, Gurwitz
JH, et al. Ann
Intern Med
2007;146:96-
103.

■ LR.- José Ivorra

Estamos viviendo en los últimos años una clara eclosión de todo lo relacionado con la fibromialgia. Todavía persiste el debate en el campo académico y clínico sobre la conveniencia de diagnosticar a los pacientes con fibromialgia. A favor, el paciente identifica su problema, y de esa forma se pueden abordar de forma concreta las expectativas de tratamiento y el pronóstico de la enfermedad. Por otra parte, se pierde la incertidumbre que afecta tanto a médicos como a pacientes cuando se enfrentan a un problema que no tiene nombre, que no está clasificado. De hecho, si no se diagnostica a un paciente con fibromialgia, éste suele acabar con otros múltiples diagnósticos. En la práctica conlleva múltiples exploraciones complementarias y tratamientos relacionados con esos diagnósticos. En contra, establecer un diagnóstico medicaliza la fibromialgia y crea expectativas sobre demandas sociosanitarias difíciles de asumir.

La relación médico-enfermo en la fibromialgia sigue rodeada por el desánimo

Aunque en estos momentos parece que lo ideal sería una aproximación multidisciplinar en el manejo de estos pacientes, en nuestro sistema sanitario esta es una realidad cada vez más difícil. Dado la falta de eficacia de muchas de las medidas terapéuticas, la relación médico-enfermo en el caso de la fibromialgia está rodeada por el desánimo.

En este contexto, el artículo publicado por Merayo Alonso y colaboradores en el número de marzo-abril de Reumatología Clínica puede ayudarnos a comprender la situación actual del conocimiento de la fibromialgia. Los autores han utilizado las bases de la Web of Knowledge para analizar la producción científica en el campo de la fibromialgia desde el año 1980 al

2005. Se han encontrado 3.201 artículos en todo el periodo. Entre los resultados destaca que en los últimos 10 años se ha triplicado la producción científica respecto a los 15 primeros años. Hay 306 revistas que publican sobre este tema. La revista con más trabajos es Arthritis and Rheumatism. Los temas más frecuentes investigados hacen referencia al diagnóstico, clasificación o etiopatogenia. El tratamiento se centra sobre todo en el aspecto farmacológico (13,41%). La investigación sobre intervenciones psicológicas, aunque en aumento, sigue siendo escasa (5,87%).

Una lectura detenida del artículo puede ayudar a reflexionar sobre nuestra actitud y posición en este tema.

Los pacientes de muy alto riesgo gastrointestinal necesitan protector protector asociado a un AINE COXIB

■ LR.-Dr. José Rosas

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) pueden provocar úlceras gastrointestinales y complicaciones importantes como hemorragia digestiva alta (HDA) o perforación, especialmente en pacientes de riesgo como los mayores de 65 años, antecedente de úlcera, consumo concomitante de corticoides, etc. El uso de AINE inhibidores selectivos de la enzima COX-2 disminuye la incidencia de estas complicaciones.

Un grupo especial son los pacientes con muy alto riesgo, como los que tiene antecedentes de HDA. En este grupo, el 19% de los que toman un AINE no selectivo como el naproxeno presentarán otro episodio de HDA

durante los 6 meses posteriores. En estos casos las guías actuales aconsejan utilizar la asociación a un inhibidor de la bomba de protones (IBP) como el omeprazol o pasar a un AINE inhibidor selectivo de la COX-2, que reduce el riesgo de complicaciones ulcéricas al 5%.

El grupo de Chan ha evaluado si la combinación de un inhibidor de COX-2 junto a un IBP produce la mejor protección en pacientes con alto riesgo gastrointestinal. Han realizado un ensayo clínico randomizado y doble ciego, en 441 pacientes con HDA previa reciente la incidencia de una nueva HDA, comparando el uso durante 12 meses de celecoxib (AINE selectivo de la

COX-2) a dosis de 200 mg cada 12 horas junto con esomeprazol cada 12 horas o sólo celecoxib.

En el grupo de pacientes con tratamiento combinado la incidencia de nueva HDA fue de 0% frente a 8.9% del grupo de celecoxib solo ($p=0.0004$). No hubo diferencias en el número de abandonos ni respecto a efectos secundarios.

Si bien en la actualidad se debe individualizar la indicación y duración de los AINEs, teniendo en cuenta el riesgo cardiovascular, no hay duda que la mejor protección en paciente con factores de riesgo gastrointestinal es la combinación de un AINE inhibidor selectivo de COX-2 junto a un IBP.

ARTÍCULO ORIGEN: Combinación de un inhibidor de la COX-2 con un inhibidor de la bomba de protones para la prevención de recurrencia de hemorragia digestiva en pacientes de muy alto riesgo: ensayo randomizado doble ciego. The Lancet 2007;369:1621-1626.

El metotrexato retrasa la progresión de las artritis indiferenciadas a artritis reumatoide

■ LR.- José Ivorra

Dongen y colaboradores publican en el número de mayo de 2007 de Arthritis and Rheumatism, un interesante ensayo clínico en el que se evalúa la eficacia del metotrexato en pacientes con artritis indiferenciadas. Para ello seleccionan pacientes con artritis crónica indiferenciada, con evolución inferior a dos años, y que cumplan con los criterios de artritis reumatoide (AR) probable de la ACR del año 1958. Los pacientes se distribuyeron de forma aleatoria en dos grupos, el primero de los cuales recibió tratamiento con metotrexato oral a dosis inicial de 15 mg a la semana. La dosis se aumentaba 5 mg cada 3 meses si el DAS era superior a 2,4, hasta una dosis máxima de 30 mg. El segundo grupo recibió placebo con un

esquema similar. A los doce meses se iniciaba una disminución de 5 mg cada 4 semanas hasta la retirada del tratamiento. El seguimiento se prolongó hasta los 30 meses en total. Si en algún momento los pacientes cumplían criterios de AR, salían del estudio ciego y en caso de pertenecer al grupo placebo recibían metotrexato, con el esquema antes mencionado.

Los autores detectan que el 40% de los pacientes tratados con metotrexato progresan a AR, mientras que en el grupo placebo lo hacen el 53% (no hay diferencias estadísticamente significativas). En los pacientes no tratados la progresión a AR se observó siempre en los primeros 12 meses de tratamiento, en el grupo tratado la mitad lo hicieron en ese primer año y la otra mitad en el periodo de retirada del metotrexato.

A los 30 meses la progresión radiográfica fue menor en el grupo tratado. El DAS y la VSG disminuyeron más en el grupo tratado.

Este artículo explora y aporta cierta luz a un aspecto controvertido, como es el tratamiento precoz de los pacientes con artritis crónica que no cumplen criterios de ninguna de las enfermedades reumáticas clasificadas. De sus resultados se desprende que el metotrexato es eficaz en este grupo de pacientes, porque retrasa la progresión a AR y disminuye tanto la actividad de la enfermedad como el daño estructural. Sin embargo, hay que sopesar este efecto con el hecho de que uno de cada cuatro pacientes entra de forma espontánea en remisión. Por ello, persiste la necesidad de identificar al grupo de pacientes que más riesgo tiene de progresar.

HÁGALO USTED MISMO MÁS FÁCIL Y MÁS SEGURO

Sanidad aprueba la pluma precargada para administración de Humira

La pluma precargada para administración de Humira (adalimumab) ha sido aprobada por el Ministerio de Sanidad y consumo con fecha 28 de mayo de 2007.

Cada caja contiene 2 plumas, cada una de ellas con 40 mg de Humira.

Al igual que la jeringa precargada, esta nueva presentación se distribuirá a centros hospitalarios y se dispensará mediante receta médica.

Las condiciones de conservación que presenta el producto son las mismas que Humira jeringa precargada, debiendo mantenerse entre 2°C y 8°C.

Ambas especialidades farmacéuticas mantienen precio idéntico y se dispensarán de forma independiente.

VENTAJAS DE LA PLUMA PRECARGADA

Las ventajas que aporta este nuevo dispositivo están ligadas a la mayor facilidad de auto-administración por parte del paciente, debido a su mecanismo de inyección, y la seguridad que el nuevo dispositivo ofrece en el manejo de la aguja durante la administración.

Las indicaciones aprobadas para "Humira pluma precargada" son las mismas que las aprobadas para "Humira jeringa precargada", es decir, artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica y enfermedad de Crohn, en pacientes que cumplan la serie de características clínicas que se detallan en la ficha técnica del producto.



Pluma precargada y demás elementos del packaging

Hay que destacar que la aguja en ambas presentaciones tiene las mismas características (calidad, grosor, longitud...).

USO Y DOSIFICACIÓN DE LA PLUMA PRECARGADA

Humira se inyecta bajo la piel (vía subcutánea). La dosis normal para adultos con artritis reumatoide, artritis psoriásica o espondilitis anquilosante es de 40 mg de adalimumab administrados en semanas alternas como dosis única durante el tiempo que indique el médico.

ESTUDIO TOUCH: LOS PACIENTES PREFIEREN LA PLUMA

Los pacientes experimentaron menos dolor al autoadministrarse Adalimumab con la pluma y la prefirieron a la jeringa, según las conclusiones del estudio TOUCH ("Trial of Usability in Clinical Set-

tings of Adalimumab", Kivitz A, et al. Clin Ther. 2006;28(10):1619-29)

Este estudio, llevado a cabo con 52 pacientes ya tratándose con jeringa, ha sido diseñado para evaluar el dolor en el sitio de inyección, la tolerabilidad y la preferencia de los pacientes acerca de los dos dispositivos de administración de Adalimumab.

■ Las conclusiones de este estudio fueron las siguientes:

- Los pacientes percibieron la pluma como más fácil de usar y más conveniente.
- Tanto la pluma como la jeringa fueron, en general, bien tolerados.
- Un 88,5% de pacientes prefirieron la pluma como dispositivo de autoadministración.
- Más del 94% de pacientes afirmaron que probablemente o muy probablemente usarían la pluma y el mismo porcentaje recomendaría su utilización.

ABBOTT SOLICITA APROBACIONES EN EE.UU. Y LA UE

Resultados prometedores para artritis reumatoide juvenil con Humira

Abbott ha solicitado aprobación para comercializar HUMIRA® (adalimumab) como tratamiento para la artritis reumatoide juvenil (ARJ) en los EE.UU. y para la artritis idiopática juvenil (AIJ) en la Unión Europea (UE). El laboratorio ha remitido simultáneamente una Solicitud de Licencia Biológica suplementaria (sBLA) a la Food and Drug Administration (FDA) norteamericana y una Variación Tipo II a la Agencia Europea del Medicamento (EMA). Esta gestión significa la primera indicación pediátrica solicitada para HUMIRA.

La ARJ, conocida como AIJ en la UE, es la forma más frecuente de artritis en niños y normalmente comienza antes de los 16 años. Los síntomas típicos incluyen dolor persistente en las articulaciones y rigidez, que normalmente son más acusados por la mañana o después de la siesta. El dolor puede limitar el movimiento de la articulación afectada, aunque muchos niños no llegan a quejarse del dolor. Andar cojeando es un síntoma precoz de ARJ debido a una rodilla afectada. En función de la gravedad de la enfermedad, la ARJ puede afectar el desarrollo del hueso o ser causa de un crecimiento anormal, como el hecho de que una pierna o un brazo crezca más que el otro. El objetivo del tratamiento para la ARJ es controlar la inflamación, aliviar el dolor y preservar la movilidad y la función de la articulación, y en suma prevenir la progresión de la enfermedad.

“Si no se trata, la ARJ puede ralentizar el crecimiento del niño y causar incapacidad en la edad adulta”, ha señalado el Dr. Daniel J. Lovell, director adjunto del Centro de Tratamiento Especial de la Artritis Juvenil, Centro Hospitalario Infantil de Cincinnati. “HUMIRA puede ofrecer esperanza a los niños que sufren esta enfermedad impredecible.”

EL ESTUDIO CLÍNICO SOBRE HUMIRA EN ARJ

El expediente de solicitud global se basa en los resultados de un estudio fase III a 48 semanas, que incluyó 171 niños (de 4 a 17 años de edad) con ARJ poliarticular, una forma de artritis que afecta cinco o más articulaciones, normalmente las mismas articulaciones en ambos lados del cuerpo. Datos adicionales

niños que mostraron una respuesta clínica positiva (n=133) entraron en la segunda parte del estudio y fueron randomizados para recibir HUMIRA o placebo durante otras 32 semanas o hasta un brote de la enfermedad.

Los niños que recibían HUMIRA, en la segunda parte del estudio, mostraron un número significativamente menor de brotes que los niños con placebo, ambos sin MTX (43% vs. 71%) y con MTX (37% vs. 65%). Por otra parte, el doble de niños que tomaban HUMIRA consiguieron el 70 Ped ACR frente a los que tomaban placebo (56% vs. 28%, respectivamente) a la semana 48. Los efectos adversos más comunes fueron infecciones (la mayoría leves en las vías respiratorias altas) y reacciones en la zona de la inyección.

El expediente de solicitud global se basa en los resultados de un estudio fase III a 48 semanas, que incluyó 171 niños con ARJ poliarticular

serán proporcionados por un estudio complementario abierto actualmente en marcha, para evaluar la eficacia y seguridad a largo plazo de HUMIRA.

En la primera parte del estudio dos grupos de pacientes -unos tomando metotrexato (MTX) y otros que no lo tomaban- recibieron HUMIRA vía subcutánea cada dos semanas durante 16 semanas. Los

HUMIRA es el único anticuerpo monoclonal totalmente humano aprobado para el tratamiento de la artritis reumatoide (AR), la artritis psoriásica (AP) y la espondilitis anquilosante (EA) en EE.UU. y Europa y para enfermedad de Crohn en EE.UU. La EMA ha dado también aprobación recientemente para Humira en Crohn..

Reumaconsult.es consultas online entre médicos de atención primaria y reumatólogos

Reumaconsult es una web que ha nacido con los objetivos de colaborar en la formación continua de los profesionales de atención primaria y coordinar a estos profesionales con otras especialidades, según explican sus promotores. Se trata de una iniciativa de la Sociedad Española de Reumatología y de la Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (SEMERGEN), que cuenta con el apoyo de Schering-Plough.

Se puede acceder directamente a www.reumaconsult.es o a través del portal de las entidades colaboradoras www.ser.es y www.semergen.es.

El médico de atención primaria, tras registrarse en la web, podrá formular las consultas sobre reumatología que enviará a su reumatólogo de área y también podrá incluir cualquier tipo de archivo, como una radiografía, una analítica general, etc. Dispondrá de la respuesta en su correo electrónico y de un histórico de sus cuestiones en el



Dr. Julio Zarco (presidente de SEMERGEN), Dr. Josep Blanch (presidente de la SER) y Antonio Fernández (director de Schering - Plough)

apartado "preguntas y respuestas" al que accederá con su clave.

"Se trata de una iniciativa innovadora que va a facilitar el acercamiento de la especialidad a la medicina primaria. Va a crear unas sinergias muy importantes entre primaria y los reumatólogos, los especialistas de referencia en el aparato locomotor", comenta el Dr. Josep Blanch, presidente de la Sociedad Española de Reumatología.

El 30 por ciento de las consultas

de Atención Primaria se refiere a un problema reumatológico, y esta herramienta de comunicación beneficiará en gran medida al paciente. "Las dudas que se puedan plantear por las peculiaridades especiales de cada paciente van a ser resueltas con celeridad y en algunos casos los enfermos no van a requerir ser derivados," señaló el Dr. Sergio Giménez Basallote, responsable de enfermedades del aparato locomotor de SEMERGEN.

Aparecen con polémica los "biosimilares", copias de los medicamentos biotecnológicos

Los medicamentos biotecnológicos se han convertido en menos de 10 años en una de las principales alternativas para el tratamiento de distintas enfermedades graves y el futuro es todavía más prometedor. Así lo señalaba el profesor Jesús Honorato, presidente del Instituto de Estudios

Médicos Científicos (INESME), al presentar el informe "Medicamentos Biotecnológicos: características diferenciales".

En Europa ya han aparecido las primeras copias de los medicamentos biotecnológicos, conocidos como biosimilares (dos hormonas del crecimiento). Su introducción ha

abierto un debate sobre las implicaciones sociales, políticas, médicas y económicas de los mismos. En este informe del INESME, médicos, farmacólogos, técnicos de la administración europea y nacional, industria farmacéutica, pacientes y administración autonómica analizan la introducción de los medicamentos biosimilares y el futuro de los medicamentos biológicos.

La introducción de estos biosimilares se basa, en opinión de la mayoría de los ponentes en el informe, en criterios económicos de reducción del gasto farmacéutico.