

**CIRUGÍA**

Cirugía de pulmón por un único puerto de entrada

PÁG. 3

**ENTREVISTA**

“Podemos conocer las diversas alteraciones genéticas de cada tumor”

PÁG. 5

**REUMATOLOGÍA**

Una especialidad poco conocida y cada vez más prevalente

PÁGS. 6, 7 Y 8

# Cáncer de mama, una nueva vía en la comprensión biológica del tumor

En la actualidad ya no se habla de supervivencia a cinco años, sino a diez, cuando las expectativas de recaída son mínimas

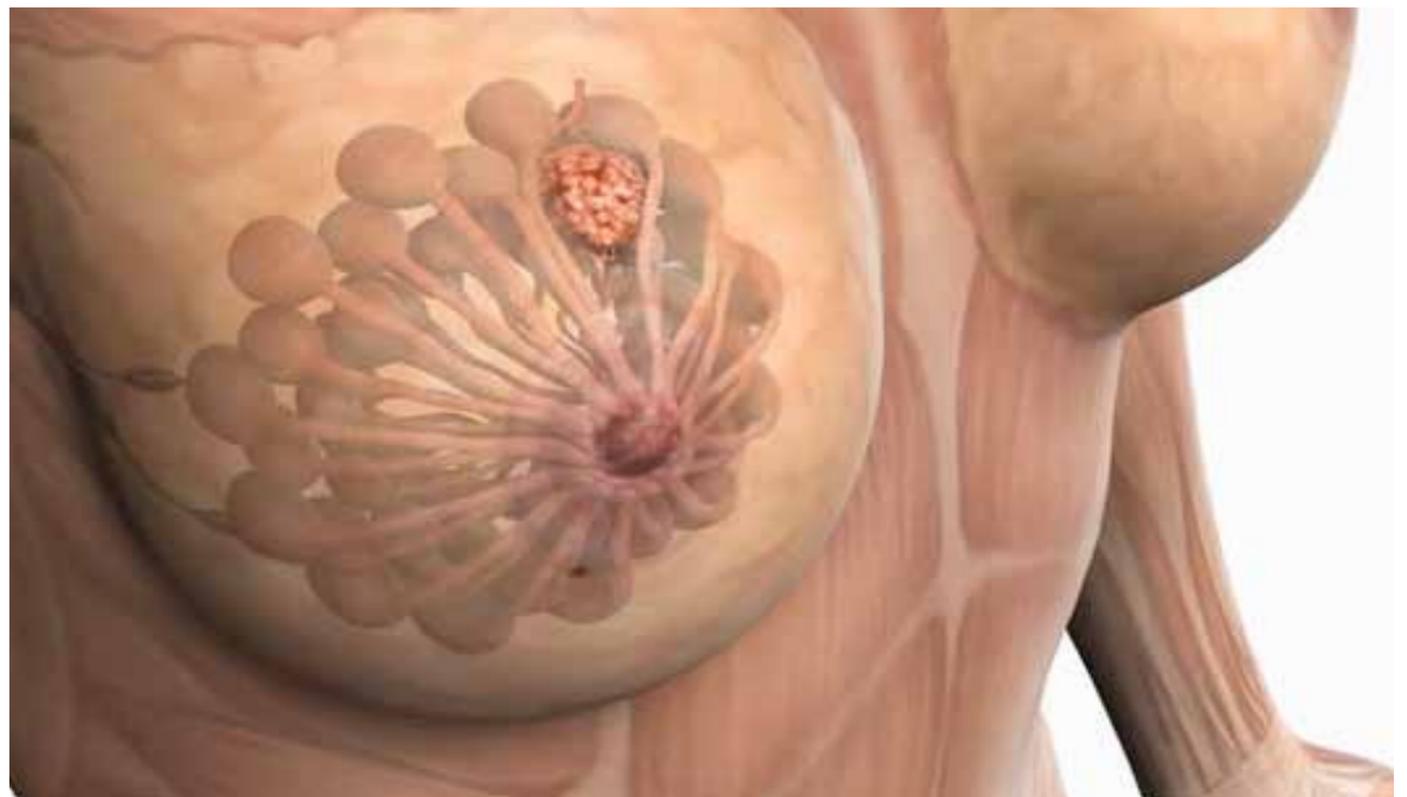
A. SENDÍN. BARCELONA

Existe mucha discusión en torno al papel del diagnóstico precoz del cáncer de mama, pero en parte gracias a él y la mejora de los tratamientos se está viendo una disminución progresiva de la tasa de mortalidad. Sin embargo, al mismo tiempo, la incidencia va en aumento. Ésta está propiciada por varios factores, si bien algunos estudios señalan el nivel de vida occidental como un claro factor de riesgo. “Se ha visto que en países con un alto nivel de vida como Estados Unidos, Inglaterra, Dinamarca o Suecia existe una mayor incidencia, posiblemente relacionada con aspectos de la alimentación y el ejercicio”, apunta Antonio Llombart, jefe del servicio de oncología del Hospital Arnau de Vilanova de Valencia. Algunos estudios recientes han apuntado que la pérdida de la dieta mediterránea está relacionada con el aumento del cáncer de mama en nuestro país. Además, este experto señala que los cambios en la mujer occidental también han influido en esta mayor incidencia. “El embarazo temprano o repetido, que se considera como un mecanismo de protección, cada vez es menos frecuente en nuestra sociedad”.

A pesar de la mayor incidencia de estos tumores, en los últimos 12 años los especialistas afirman que se ha asistido a una revolución en la comprensión biológica del cáncer de

**El tumor HER2 positivo ha pasado de ser el de peor pronóstico al de mejor gracias a las alternativas terapéuticas actuales**

mama. “Cuando hablamos de estos tumores distinguimos cuatro enfermedades distintas, que se comportan de manera desigual y que, incluso, en su origen presentan un mecanismo diferente”, explica Antonio Llombart. En estos cuatro grupos, se distinguen dos tumores hormonodependientes y dos no dependientes. El más agresivo es el triple negativo o basal light. Son tumores que crecen más rápido, afectan a pacientes jóvenes y crean metástasis con mayor frecuencia. “No expresan muchas característi-



El riesgo global de recidiva representa el 25% aproximadamente.

cas moleculares y, por ello, no hemos conseguido detectar ninguna terapia dirigida que sea eficaz”, añade este especialista. Hace una década el más agresivo era el tumor HER 2 positivo, pero ha pasado de ser el de peor pronóstico al de mejor en estos años gracias a las alternativas terapéuticas actuales.

Los avances han permitido que la supervivencia al cáncer de mama en tumores diagnosticados precozmente se sitúe por encima del 95%. Este progreso ha modificado la manera de plantear la curación. En la actualidad ya no se habla de supervivencia a cinco años, sino a diez, cuando las expectativas de recidiva son mínimas. Precisamente la recaída es uno de los aspectos que más preocupa a la mujer que ya ha pasado por un cáncer de mama. El riesgo puede variar en cada caso, aunque globalmente representa el 25% aproximadamente. “El objetivo es llegar al 7% en los próximos 10 a 15 años”, asegura Llombart. Algunas herramientas genéticas están suponiendo un importante refuerzo para reducir estas tasas de recidiva. Existen en el mercado unos test que analizan la expresión de proteínas del tumor, permitiendo así evaluar el riesgo potencial de recidiva

de la paciente con cáncer de mama precoz. Estos instrumentos, explica Llombart, “ofrecen por un lado una información pronóstica, a través de la determinación del perfil del tumor, y, al mismo tiempo, aportan un valor predictivo, es decir, que establecen si la quimioterapia va a funcionar o no”. Symphony incluye cuatro tests gené-

**Existen en el mercado unos test que analizan la expresión de proteínas del tumor para evaluar el riesgo de recidiva**

ticos basados en técnicas de biología molecular. El primero de ellos clasifica a las pacientes entre alto y bajo riesgo de recidiva a 5 y 10 años en ausencia de terapia adyuvante sistémica. Otro determina el estatus de los receptores ER, PR y HER2. Por su parte, el tercero establece la subtipificación molecular del cáncer de mama y permite clasificarlo en tipo luminal, basal y HER2. El último evalúa el perfil de expresión de 56 genes que han sido identificados como potenciales marcadores con valor pronóstico y de

respuesta terapéutica y ayudan a seleccionar una alternativa terapéutica en aquellas pacientes que presenten recidiva. “Estas plataformas nos permiten ser más precisos a la hora de definir la necesidad de tratamiento con quimioterapia en pacientes en las que tenemos dudas”, concluye este especialista. Estas herramientas de momento se utilizan únicamente en pacientes con tumores hormonodependientes, que representan el 65% de los casos.

TU SEGURO DE SALUD COMPLETO Y SIN COPAGOS

FIATC SEGUROS  
902 110 120  
www.fiatc.es

## Genética

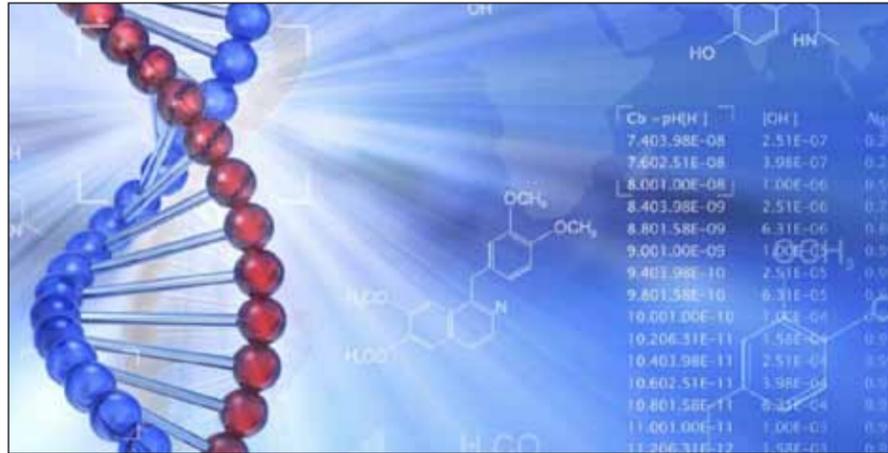
# Detección genética del riesgo de la muerte súbita

J.S.LL. VALENCIA

La detección de mutaciones en los pacientes permite establecer el diagnóstico molecular y en algunos casos definir su pronóstico o medidas terapéuticas o preventivas, así como asesorar a las familias del afecto. Por ahora, se conocen más de 250 genes que producen diversos tipos de miocardiopatías, trastornos del ritmo cardíaco y diversas cardiopatías congénitas; sin embargo, el gran número de genes implicados hace que sea difícil su análisis utilizando técnicas convencionales, por lo que el estudio a través de secuenciación masiva facilita el diagnóstico molecular de afectos.

La muerte súbita (MS) se define como una muerte inesperada y en el 40 a 50% de los casos corresponde a un paro cardíaco sin síntomas previos. Se trata de un problema de salud pública global. Sólo en Estados Unidos, se producen entre 200.000 y 250.000 muertes. A nivel mundial, se considera que se encuentra entre 4 y 5 millones de fallecimientos al año, con una incidencia de 1,3 a 8,5 casos cada 100.000 habitantes.

Alrededor del 90% de los casos se producen por cardiopatías, siendo la primera causa de MS. Entre el 25 y el 50% de estas cardiopatías tienen base genética o agregación familiar. Según la edad de presentación, la MS se clasifica entre menores o mayores de 35 años debido a las diferencias en la



Nuevas herramientas para el diagnóstico molecular.

frecuencia de las patologías que originan MS. En el primer grupo, las enfermedades cardíacas congénitas, tales como la miocardiopatía hipertrófica y las anomalías congénitas de arterias coronarias, constituyen el 62% de las causas de muerte. Otras causas de interés genético, en este grupo de edad, corresponden a diversos trastornos del ritmo cardíaco, rotura de aorta, displasia arritmogénica de ventrículo derecho y miocardiopatía dilatada. En el segundo grupo, correspondiente a MS en mayores de 35 años, la enfermedad coronaria aterosclerótica es la principal etiología con un 65% de casos, mientras que la miocardiopatía hipertrófica corresponde al 15%. La frecuencia de las arritmias se sitúa en el 5%.

Las aneurismas de la aorta torácica (F-TAAD) constituyen una de las principales causas de MS, con una incidencia de 10,4 por cada 100.000 personas al año. Su riesgo de disección produce alrededor de 15.000 muertes por año, siendo la décimo quinta causa de muerte a nivel mundial.

Recientemente han aparecido en el mercado diferentes herramientas de análisis genéticos con una alta fiabilidad y acreditados por la CE. El más reciente, el Cardio-GeneSGKit, desarrollado por la compañía valenciana Sistemas Genómicos, permite el análisis de regiones genómicas de interés de genes relacionados con muerte súbita, miocardiopatías, canalopatías y aneurismas, cardiopatías congénitas e hipercolesterolemia de origen familiar.

## Ginecología

# El manejo del síndrome climatérico



JOSÉ MARÍA FERNÁNDEZ  
Ginecólogo

El final de la actividad ovárica supone la irrupción, con mayor o menor intensidad, del denominado síndrome climatérico. Lo van a padecer aproximadamente, el 80% de las mujeres, y su incidencia mayor se va a producir durante el primer año tras el cese de la actividad estrogénica. No obstante, hay que recordar que, no todas las mujeres presentan la misma intensidad ni los mismos síntomas.

De éstos el más común son los sofocos y su aparición depende de la falta de acción reguladora que ejercen los estrógenos sobre el centro termo (regulador del cuerpo que está situado en el cerebro). Los sofocos se caracterizan por la presencia de un aumento de la frecuencia cardíaca y del flujo sanguíneo cutáneo. Su frecuencia varía desde episodios mensuales aislados, hasta la presencia de varios en una hora, lo que condiciona notablemente la calidad de vida de las mujeres.

El tratamiento que ha demostrado mayor eficacia en la desaparición del síndrome vasomotor es la utilización de terapia hormonal sustitutiva, que consigue un efecto positivo rápido y con un éxito cercano al 90% en las pacientes que la han utilizado. En la actualidad son terapias ampliamente estudiadas, con un nivel de evidencia científica de primer orden y con indicación y contraindicaciones claras.

Sin embargo, ante la presencia de dichas contraindicaciones o, incluso, el propio rechazo de aquellas pacientes que precisan una respuesta terapéutica, se han desarrollado otras alternativas como la fitoterapia, los derivados del lúpulo u otros de origen vegetal que, sin llegar al nivel de eficacia y de evidencia científica anterior, suponen una buena posibilidad de tratamiento. Su actividad a través de receptores hormonales puede limitar su indicación.

La aparición del extracto citoplasmático purificado de polen, sin ninguna actividad hormonal a ningún nivel y con una eficacia de hasta el 65%, puede suponer una alternativa muy útil, principalmente en aquellas pacientes con contraindicación a la utilización de sustancias con actividad hormonal.

## Tribuna



LUIS SÁEZ DE JÁUREGUI  
Director de particulares AXA

# Hasta nunca, HER2

Una de cada cinco mujeres a las que se diagnostica cáncer de mama tiene el tipo HER2 positivo, una forma muy agresiva de la enfermedad que, si no se trata, está asociada a una progresión de la enfermedad más rápida que en otros tipos de cáncer de mama y en una reducción drástica en la esperanza de vida. Una de cada cinco.

La gravedad de estas cifras nos llevó a esperar con mucho interés los estudios que sobre este tema se presentaron por fin en el Congreso de la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO), que se celebró en Madrid entre el 26 y el 30 de septiembre.

En este marco, se presentó un nuevo tratamiento para el cáncer de mama que ha demostrado beneficios sin precedentes: hoy, una mujer a la que se diagnostica un tumor mamario con HER2 positivo (que sus células malignas tengan la proteína HER2 en su superficie) y que no se ha extendido a otros órganos, se puede curar en el 90% de los casos.

Además, según los resultados, cuando la paciente tiene ya metástasis en el momento del diagnóstico, añadir pertuzumab al tratamiento actual (quimioterapia y Herceptin), logra prolongar la supervivencia 16 meses más de lo que se lograba hasta ahora sólo con Herceptin (trastuzumab). Los especialistas aseguran que se trata de la mayor extensión en la vida de una paciente que haya ofrecido un medicamento estudiado en

casos de cáncer de mama metastásico y también es un inusual buen resultado para cualquier tipo de cáncer metastásico, cuando la enfermedad se extiende a otras partes del cuerpo.

Aunque algunos autores del estudio recuerdan que debemos ser cautos con estos resultados, pues se refieren a un perfil de mujer muy concreto (que además de HER2 tenga metástasis y no haya sido tratada antes con Herceptin), nos encontramos sin duda ante un avance de grandes magnitudes que, por desgracia, pasa desapercibido en nuestro día a día, al ser eclipsado por otro tipo de noticias de mayor calado social.

Ehonorabuena a todas estas mujeres que, gracias al trabajo de científicos en todo el mundo, verán reducido el riesgo de mortalidad en más de un 30%.

Cuando se elige un Medicamento de Marca se obtiene mucho más. Aunque cueste lo mismo.

Cuando eliges un medicamento de marca, no sólo estás eligiendo un medicamento que se adecúa perfectamente a lo que necesitas, sino que estás obteniendo mucho más. Porque eligiendo la marca apoyas la investigación de nuevos fármacos, el desarrollo científico y la adherencia terapéutica. Y además, cuesta lo mismo. Elige marca.



farmaindustria



**Serelys®**  
Extracto citoplasmático de polen

**No dejes que los sofocos te descontrolen...**

**Sofocóntrolate**

Una solución natural

- 100% no hormonal
- No fitoestrogénica
- Sin alérgenos

Gynea laboratorios

## Cirugía

# Cirugía de pulmón por un único puerto de entrada

A. S. MADRID

Hace dos décadas la cirugía video-toroscópica asistida (VATS por sus siglas en inglés, video-assisted thoracoscopic surgery) revolucionó el tratamiento de patología pulmonar, al conseguir operar al paciente a través de pequeñas incisiones. Hasta entonces la única alternativa era la toracotomía, una cirugía abierta mediante grandes incisiones y separando las costillas con importantes riesgos asociados. El desarrollo de la VATS fue lento debido a la complejidad técnica, sin embargo, en la actualidad es la técnica de elección para el abordaje del cáncer de pulmón en numerosos centros del mundo. Hace cuatro años se dio un paso más. Por primera vez en el mundo, se realizó una cirugía pulmonar mediante un único puerto de entrada, una técnica en plena expansión que representa la mayor revolución de la cirugía torácica actual, especialmente en cáncer de pulmón.

La mayoría de centros realizan la videocirugía de pulmón con una incisión de ayuda de unos 4-5 cm y dos incisiones de apoyo. Algunos centros llevan a cabo esta cirugía con dos incisiones, de manera que la cámara se introduce por una incisión y los instrumentos por la otra. Sin embargo, el gran avance ha sido poder operar a través de una única incisión. Inicialmente, esta técnica fue diseñada para el tratamiento de los lóbulos inferiores, pero hoy en día, con la experiencia adquirida y las mejoras tecnológicas, ya se realiza en tumores de cualquier localización. "Nosotros ya hacemos incluso casos complicados como tumores muy grandes o que requieren reconstruc-



Realización de una cirugía de pulmón con una única incisión.

ciones bronco-vasculares, por ejemplo", señala el cirujano torácico Diego González Rivas, creador de esta técnica. Los profesionales más experimentados utilizan la cirugía por un único puerto de entrada en pacientes con cirugías previas, quimioterapia y radioterapia neoadyuvante, tumores con afectación costal, tumores de sulcus superior o resecciones broncoplasticas, entre otros casos.

Esta técnica ha demostrado que produce menos dolor postoperatorio y daño inmunológico, además de una mayor recuperación funcional y un menor índice de complicaciones. Al tratarse de una intervención mínimamente invasiva, el paciente puede ser dado de alta en apenas 48 horas tras la cirugía. "Esto facilita que si el paciente requiere recibir tratamientos tras la cirugía, como es la quimioterapia, pueda iniciarlos antes", destaca este especialista. La videocirugía de una única incisión se indica para operar cualquier patología de pulmón, aunque se utiliza especialmente en tumores. Pero pese a las innumerables ventajas de esta técnica, todavía existen pocos centros en Europa que la realicen de manera sistemática debido a su gran complejidad. En

Europa de momento menos del 10% de los cirujanos torácicos realizan este abordaje, pero está en plena expansión. "No tengo ninguna duda de que en unos años será la técnica estándar, porque la tendencia es minimizar la agresión quirúrgica. El abordaje por incisión única es la evolución final de la videocirugía, es decir, la forma menos invasiva de operar cáncer de pulmón", asegura González Rivas.

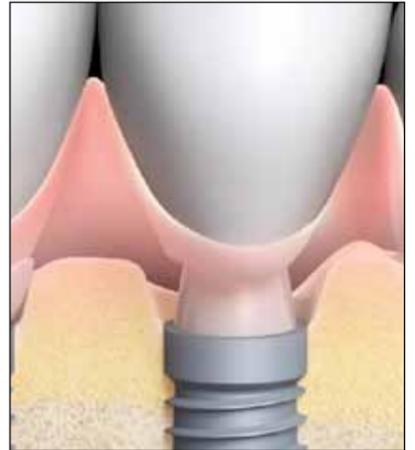
Y es que los avances en la VATS no se detienen. Recientemente se llevó a cabo la primera cirugía pulmonar con una sola incisión y sin necesidad de intubar al paciente de la mano del cirujano Diego González. De manera pionera se realizó una lobectomía con una mínima incisión en el tórax de poco más de 2,5 centímetros con anestesia local y sedación. "La anestesia se limita a la zona de la herida y a los nervios intercostales, manteniendo una mínima sedación del paciente, lo que permite que el enfermo mantenga la respiración durante la cirugía, evitando los riesgos de la ventilación mecánica", explica González. Esta técnica mínimamente invasiva facilita un postoperatorio y una recuperación más rápidos. De momento se utiliza sólo en algunos casos seleccionados.

## Odontología

## Preparaciones "sin margen" sobre implantes y dientes

XAVIER VELA NEBOT  
Médico especialista  
en implantología

Las restauraciones del sector estético, sea mediante coronas sobre dientes o implantes, suelen presentar una doble dificultad: por una parte conseguir la denominada estética blanca, referida fundamentalmente a la corona que debe imitar el color y forma de los dientes naturales y, por otra, parte la denominada estética rosa referida a los tejidos blandos que rodearán nuestro diente artificial. Este último aspecto es actualmente el gran reto de los que nos dedicamos a este tipo de tratamientos. Nuestro gran objetivo es conseguir una restauración estética, natural y estable con el paso del tiempo.



Los pilares BORG son cónicos y sin margen de terminación para la corona.

En BORG (Barcelona Osseointegration Research Group) preconizamos un cambio en la forma de los pilares que soportan nuestras restauraciones sobre implantes. Los pilares BORG son cónicos y sin margen de terminación para la corona. De esta forma conseguimos un resultado final estético mucho más natural y estable.

Si aplicamos el mismo concepto a las preparaciones sobre dientes naturales nos encontramos con la técnica BOPT (Biologically Oriented Preparation Technique). A través de un cambio en la forma del tallado y el diseño de la prótesis provisional y definitiva mejoramos la respuesta de los tejidos que rodean los dientes a restaurar.

Estas nuevas técnicas son totalmente revolucionarias respecto a los conceptos clásicos y nos permiten devolver unos dientes y encías sanas y bonitas donde ha existido una lesión o pérdida de dientes importante.

En los pequeños detalles está la diferencia entre correcto y excelente, y a estos detalles orientamos nuestros esfuerzos.

## Intervenciones coronarias más seguras con el FFR

Toda intervención coronaria conlleva un riesgo y un importante coste asociado. Por ello, poder valorar su utilidad resulta de gran importancia tanto para el paciente como para el sistema sanitario. El análisis de la reserva fraccional de flujo (FFR por sus siglas en inglés) aporta información al profesional sobre la cantidad de sangre que le llega al músculo cardíaco a través de caída en presión sanguínea dentro de la arteria originada por el estrechamiento coronario. "Si el FFR está por debajo de 0.8 supone que existe un impedimento del riego al músculo cardíaco de más del 20%, y que una intervención coronaria sería beneficiosa para el paciente", explica Javier Escaned, cardiólogo intervencionista del Hospital Clínico San Carlos. Diversos estudios internacionales han demostrado la eficacia de esta prueba, a efectos de escoger el tratamiento más indicado, presentando menos complicaciones por parte de los pacientes y obteniendo unos resultados costo-eficientes mejores. "El resultado del FFR determinará la repercusión del estrechamiento para evaluar si la angioplastia puede ser eficaz", apunta Escaned.

El primer estudio FAME demostró que se disponía por primera vez de un método que no sólo era beneficioso para los pacientes al reducir las complicaciones asociadas a tratamientos innecesarios, sino que además mejoraba el coste global de la atención sanitaria a los pacientes coronarios. El estudio FAME 2 valoró si realizar intervenciones en pacientes con estrechamientos severos (FFR menor de 0.80), utilizando la tecnología PressureWire de St. Jude Medical, era mejor que el tratamiento médico sin intervención coronaria. "Demostró que los pacientes tratados con intervenciones coronarias basadas en el FFR presentaban menos eventos cardíacos a medio plazo que aquellos tratados únicamente con medicamentos", señala Escaned. En aquellos casos en los que se tuvo en cuenta el FFR se registraron menores índices de mortalidad, de infarto de miocardio o de revascularización urgente. Los resultados de este estudio se presentaron en el Congreso de la Sociedad Europea de Cardiología 2014 y se publicaron en *The New England Journal of Medicine*. /C. Q.

## Clip mitral, una alternativa para pacientes no operables

Hasta hace poco, no existía alternativa a la cirugía para la insuficiencia mitral, que produce síntomas como ahogo y fatiga. Más de la mitad de estos pacientes, especialmente los de alto riesgo quirúrgico, eran tratados de forma conservadora, con un mal pronóstico vital a medio plazo. Afortunadamente, desde hace unos años se ha consolidado en nuestro país una nueva forma de tratamiento mediante catéteres. "Se realiza con un dispositivo llamado Mitra Clip que permite poner a través de un catéter una pequeña pinza o clip que sujeta los dos velos de la válvula en su mitad y reduce de forma eficaz la severidad de la fuga o insuficiencia de la válvula", explica Antonio Serra Peñaranda, director de cardiología intervencionista del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

Este novedoso sistema permite tratar a aquellos pacientes que no tienen posibilidad de ser operados por alto riesgo quirúrgico. "El alivio que notan es inmediato, con una estancia hospitalaria de 2 ó 3 días a lo sumo", apunta Serra Peñaranda. Además de presentar una tasa de complicaciones muy baja, esta técnica no compite con la cirugía, sino que amplía el abanico terapéutico en el tratamiento de la insuficiencia mitral con síntomas. /C. Q.

Disfruta de  
una boca sana



Encuentra tu  
centro BQDC

[www.bqdcentalcenters.es](http://www.bqdcentalcenters.es)

Síguenos en: [bqdcentalcenters](https://www.facebook.com/bqdcentalcenters) [@BQDentalcenters](https://twitter.com/BQDentalcenters)

## Oncología

## Unidades de oncología radioterápica sin papeles

El sistema de gestión Mosaik permiten gestionar todos los datos del tratamiento de un paciente de manera digital

M.A, MADRID

Los aceleradores lineales de última generación permiten llevar a cabo algunas de las técnicas de tratamiento más modernas de radioterapia oncológica. Para el manejo de estos equipos tecnológicamente tan avanzados es esencial la planificación previa al tratamiento para lograr una verificación del posicionamiento del paciente con gran exactitud que permita, por tanto, poder irradiar sin margen de error sobre las células tumorales con los mínimos efectos secundarios sobre los órganos sanos circundantes. Estos equipos de última generación son tan complejos y generan tal cantidad de datos que resulta imprescindible disponer de sistemas de gestión de información en red. Sistemas como Mosaik permiten gestionar los servicios de oncología radioterápica en todo el proceso que conlleva el tratamiento de cada paciente. De esta forma, se obtiene una mayor seguridad.

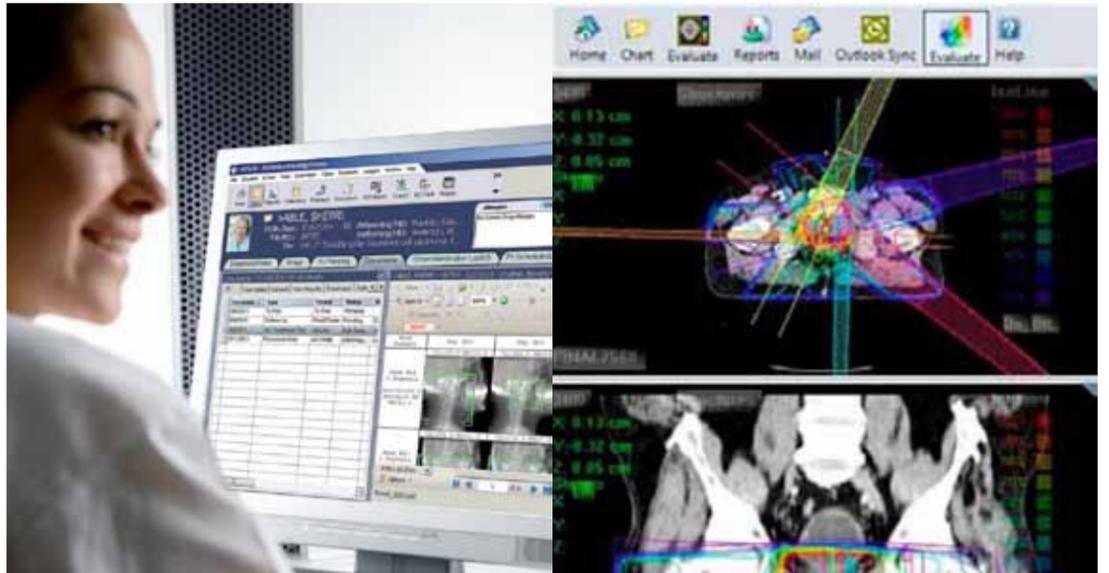
Este gestor departamental realiza una recogida de datos que facilita el flujo del paciente oncológico. Cuando éste llega a la unidad de oncología radioterápica se le realiza una historia clínica digital a la que se le atribuye un código de barras. "De

esta forma, cada dato nuevo se incluye de manera automática en su historia. Así, al pasar por el lector su tarjeta personal, se carga todo el tratamiento", explica José Antonio Medina, jefe del servicio de oncología radioterápica del Hospital Virgen de la Victoria de Málaga. Con este sis-

### La planificación del tratamiento se envía directamente a los aceleradores

tema se logra una mayor seguridad terapéutica ya que no hay introducción de datos manuales. La planificación del tratamiento que realizan los radiofísicos se envía directamente a los aceleradores sin pasos intermedios. "Se evita que un técnico tenga que introducir a mano los parámetros del tratamiento y se reduce el margen de error", añade José Antonio Medina.

Además, el oncólogo radioterápico puede comprobar en todo momento las imágenes obtenidas del tratamiento desde su consulta. En la historia del paciente se incluyen imágenes radiográficas de verificación, que se pueden comparar con las imágenes obtenidas en el tratamiento real. Asimismo, el histórico de imágenes permite al especialista realizar un



El especialista puede comprobar en todo momento las imágenes obtenidas del tratamiento desde su consulta.

seguimiento en el transcurso del tratamiento para evaluar su eficacia y precisión. "Esto nos permite ser más estrictos y realizar modificaciones si es necesario que, en definitiva, van a mejorar el tratamiento del paciente", asegura el jefe del servicio de oncología radioterápica del Hospital Virgen de la Victoria.

El sistema de gestión Mosaik también mejora la optimización de recursos. Al disponer de todos los datos del servicio de manera digital, los profesionales pueden generar datos para evaluar los resultados (accesibilidad,

producción, estadística...). "Podemos hacer un rastreo estadístico de la actividad del centro, determinar los tiempos de demora, controlar qué patologías tumorales se están tratando, en que estadio se encuentran... En definitiva, nos permite gestionar un servicio de oncología radioterápica de manera completa", asegura Medina. Los informes se generan en función de las necesidades médicas a través del sistema report. Este especialista recalca que es básico en oncología comprobar que lo que se hace tiene un impacto positivo en el

paciente. "Podemos, por ejemplo, fijar informes semanales de tumores de faringe", señala.

El objetivo es que este sistema se integre en todos los servicios del hospital. "Cuando la historia electrónica ya funcione la idea es que toda la información del paciente se pueda compartir entre los servicios, de manera que todos los profesionales que tratan a un mismo paciente dispongan de todos los datos actualizados de su historia, del seguimiento del tratamiento, de la existencia de complicaciones...", concluye Medina.

## Sector

## Industria farmacéutica, sector con mayor incremento de producción

Todos los sectores industriales de nuestro país han experimentado caídas de producción en el periodo de crisis económica, con la excepción de la industria farmacéutica y, marginalmente, la industria alimentaria. Esta es una de las principales conclusiones que se pueden extraer de un informe realizado por la patronal FARMAINDUSTRIA. En concreto, el sector farmacéutico ha experimentado un crecimiento total del 11% en el periodo comprendido entre finales de 2008 y hasta julio 2014. Por lo tanto, la industria farmacéutica se puede considerar una excepción en el conjunto de la española, que en casos de sectores tradicionalmente mucho más importantes su producción se ha visto mermada en más de un 30% desde el inicio de la crisis.

Aunque la producción de la industria farmacéutica en el periodo 2008-2014 es la que más ha crecido de todos los sectores industriales, lo cierto es que en los dos últimos años, entre 2012 y 2014, este dato no ha sido tan positivo. A pesar de haber tenido un crecimiento del 1%, está lejos de destacar entre el

resto de sectores industriales y ocupa una posición intermedia en la industria española en términos de incremento de producción. /J.S.LL.



La industria farmacéutica crece en España.

## Ventana del paciente "Foro Albert Jovell"

## Por una distribución solidaria de alimentos

REDACCIÓN BARCELONA

La situación económica que se vive en España en los últimos años ha propiciado que muchas familias se vean en situaciones en las que prácticamente no pueden acceder a alimentos de primera necesidad. Desde las diferentes organizaciones de voluntariado llevan muchos años realizando una recogida solidaria de alimentos para poder repartirlos entre estas personas sin recursos. El aumento en la demanda de estos servicios motivó la creación de un espacio único para la repartición de alimentos. Esta idea quedó plasmada en DISA (Distribución Solidaria de Alimentos). El objetivo inicial era aunar todo el esfuerzo que se realizaba desde los distintos centros de recogida de alimentos en un solo proyecto. Uno de los principales retos de la iniciativa es dignificar la donación de alimentos. Para ello se planteó que la recogida se realizara en un local parecido a un supermercado en el que las personas sin recursos pueden escoger libremente los productos que necesitan. Los alimentos provienen del Banc

d'Aliments, de donaciones de empresas o de las parroquias. Desde DISA se recogen los alimentos y se transportan al local donde los usuarios podrán acceder a ellos. Esta "compra" se lleva a cabo mediante un sistema de puntos. Los asistentes sociales son los encargados de adjudicar un número determinado de puntos en función de la situación de los usuarios que podrán canjear por alimentos. Además, cada persona tiene un día y hora determinados para acceder al "supermercado" solidario, lo que evita las colas.

Este proyecto va dirigido a personas o familias con escasos recursos económicos o con situaciones de pérdida adquisitiva provocadas por el paro, familias con ingresos mínimos y con hijos o que no tengan ningún tipo de prestación y personas de otros países sin posibilidad de encontrar trabajo. El proyecto DISA, presente en diferentes áreas de Barcelona, ahora llega a la parroquia de San Isidoro. Se lleva a cabo gracias a la colaboración de 14 parroquias implicadas con la colaboración del Ayuntamiento de Barcelona, el Banc d'Aliments y la organización Cáritas. Más de 2.500 personas podrán beneficiarse de esta iniciativa.

## Entrevista

HERNÁN CORTÉS FUNES, ONCÓLOGO MÉDICO

# “Podemos conocer las diversas alteraciones genéticas de cada tumor”

S. C. CARPALLO. MADRID

**E**n sus palabras, la investigación, y sobre todo la oncología, parecen fáciles de entender. Hernán Cortés-Funes, argentino, licenciado en medicina por la Complutense de Madrid y jefe de servicio de oncología médica del Hospital Universitario 12 de Octubre, es un gran experto en el desarrollo de nuevos fármacos antitumorales, especialmente en el campo de la inmunoterapia, la que considera una de las grandes líneas de futuro en el tratamiento del cáncer.

**Pregunta.** La perspectiva del cáncer ha cambiado. ¿Pueden conseguirse datos tan esperanzadores como en mama en otro tipo de tumores gracias al diagnóstico precoz, por ejemplo, en cáncer de colon?

**Respuesta.** Es cierto que en mama el gran avance en las curaciones se debe al diagnóstico precoz, y en el cáncer de colon también se ha avanzado mucho en este sentido. Por otro lado, actualmente existe un screening que se está imponiendo en EE.UU en el cáncer de pulmón. Se realiza en aquellos pacientes de riesgo, como son los fumadores durante muchos años, y se ha demostrado que con un TAC torácico de baja dosis de radiación se consiguen detectar tumores muy pequeños, lo que interviene de una forma importante en el número de curaciones. Aunque en Europa siempre van un poco más lentos.

**P.** Si nos referimos a esas nuevas tecnologías, ¿ha mejorado la situación de inequidad de acceso a los fármacos innovadores entre las distintas comunidades?

**R.** La equidad desgraciadamente sigue sin existir. Hay muchos motivos, pero el más importante es el económico, los tratamientos oncológicos son tremendamente costosos, y más con el salto exponencial que suponen los tratamientos biológicos. Todo ello, sumado a la situación político-sanitaria del país, supone que los tratamientos no sean iguales en un hospital y otro, ni siquiera en la misma comunidad. No es bueno ni justo. Esta desigualdad solamente se solventaría con una política sanitaria centralizada. Con 17 unidades de gestión sanitaria no puede haber una uniformidad.

**P.** Hablando de esas políticas más centralizadas, ¿qué opina de iniciativas como los contratos de riesgo compartido?

**R.** Son pequeños parches que pone la industria para no dejar de vender, porque su política a nivel de inversiones ha cambiado enormemente, y nos hemos visto perjudicados. Los contratos de riesgo compartido son una fórmula, pero creo



Hernán Cortés-Funes la pasada semana en Madrid. / LUIS DOMINGO

que el camino no va por ahí. El riesgo compartido es para asuntos muy puntuales, ahora mismo estamos en el análisis de esas situaciones y el Ministerio aún no tiene las cosas del todo claras.

**P.** En un plano más técnico, la genética nos ha permitido resolver muchas preguntas en cuanto al desarrollo de los tumores, ¿pero qué conocemos realmente sobre el inicio de las mutaciones?

**PR.** Las causas aún no las conocemos. Algunas alteraciones son heredadas, pero son las menos, la mayoría son más complejas y dependen de muchos factores, por lo que causas reales hay muy pocas que realmente se sepan. Dependen de muchos factores tales como la polu-

ción, los agentes cancerígenos, los factores metabólicos, el sobrepeso, etc.

**P.** ¿Los tumores son únicos?

**R.** Claro que son únicos. Por ello, una vez establecida la mutación, que no es sólo una, son varias, hay que tener en cuenta el perfil genético de cada tumor, y de cada individuo, que son dos cosas diferentes. La ventaja es que ahora se conocen mucho mejor, y además la secuenciación (para determinar las alteraciones genéticas) se hace en un tiempo menor y a un coste más reducido. Lo bueno es que ahora podemos conocer las diversas alteraciones genéticas de cada tumor.

**P.** ¿Y cómo afecta este conocimiento al desarrollo de nuevos fármacos?

**R.** Hemos encontrado tratamientos inhibidores destinados a ciertas dianas específicas. Hay que entender que la célula cancerígena crece porque recibe una orden de un receptor que le transmite el mensaje de división al núcleo de la célula. El objetivo es modificar esa orden, y cada vez se está investigando más al respecto. Conocemos más receptores, más líneas de señalización de la transmisión de la orden a la célula, y una vez conocidos los mecanismos se está estudiando como alterarlos o evitarlos. Hay muchos fármacos, como los anticuerpos monoclonales, que son proteínas grandes que bloquean al receptor, o moléculas pequeñas, inhibidores, que buscan bloquear esa orden. Todo esto va sumando, no es que una cosa remplace a la otra, así hay cientos de fármacos que ya se han incorporado a la terapéutica habitual. Antes me jactaba de conocer todos los fármacos nuevos, ahora es imposible.

“La equidad desgraciadamente sigue sin existir. El motivo más importante es el económico”

“Hay cientos de fármacos. Antes me jactaba de conocer todos los nuevos, ahora es imposible”

**P.** En una reciente jornada científica organizada por Analiza, su colega el profesor Barbacid exponía que el futuro de la oncología pasa por utilizar combinaciones de fármacos que bloqueen las principales rutas mutadas a un mismo tiempo, ¿cree que puede ser posible?

**R.** De hecho ya se está haciendo. Un tumor tiene diferentes mecanismos de crecimiento, y ahora mismo están en desarrollo diversas plataformas diagnóstico-terapéuticas, que tienen como objetivo secuenciar el tumor, para conocer no sólo sus mutaciones y vías de señalización, sino también su sensibilidad a una serie de fármacos. Así ofrecemos al paciente una terapéutica personalizada. Ya hay una serie de tumores en los que estamos usando combinaciones de tratamientos, que pueden incluir quimioterapia, tratamientos biológicos o inmunoterapia.

Un joven laboratorio experto...

Compartiendo conocimientos

analiza

analizalab.com

## Reumatología

## Detección del síndrome de Sjögren

JOSÉ LUIS ANDREU

Reumatólogo del Hospital U. Puerta de Hierro Majadahonda

El síndrome de Sjögren es una enfermedad reumatológica poco frecuente. Se calcula que afecta a entre el 0,5% y el 4% de la población. Lo sufren sobre todo mujeres de más de 40 años, si bien puede aparecer a otras edades y en el varón. Pertenece al grupo de las denominadas enfermedades autoinmunes sistémicas. Las manifestaciones de la enfermedad dependen de una respuesta anormal del sistema inmunitario que se dirige aberrantemente contra estructuras propias del organismo. Aunque se desconoce la causa del síndrome de Sjögren, hoy día se cree que se desencadena por la interrelación entre una cierta predisposición genética y la acción de algún factor externo. No es una enfermedad que se pueda contagiar ni heredar.

La respuesta autoinmune e inflamatoria ataca preferentemente a las glándulas que producen saliva y lágrima, dando lugar a sus manifestaciones clínicas fundamentales que son la sensación persistente de sequedad en la boca y de arenilla en los ojos. Por ello, muchos pacientes con síndrome de Sjögren buscan inicialmente la ayuda de los oftalmólogos, los cuales, ante la sospecha de la enfermedad, remiten al paciente al reumatólogo. La enfermedad se diagnostica mediante una combinación de datos clínicos, de valoraciones objetivas de la producción de lágrima y saliva y mediante la determinación de ciertos autoanticuerpos típicos de la enfermedad. En ocasiones es necesario realizar una pequeña biopsia de glándula salival por dentro del labio, con anestesia local y en la propia consulta del reumatólogo.

Actualmente no existe un tratamiento que cure la enfermedad o que modifique su curso natural. Se basa en la administración de preparados de lágrimas artificiales y mantener una adecuada lubricación de la mucosa oral. Las visitas frecuentes al oftalmólogo y al dentista son muy importantes. El reumatólogo coordina los equipos multidisciplinarios que los pacientes con síndrome de Sjögren necesitan, supervisan la evolución de la enfermedad y diagnostican y tratan las manifestaciones sistémicas que pueden aparecer en los pacientes, ya que en ocasiones pueden desarrollar afectación pulmonar, neurológica, renal o cutánea, entre otras. Por suerte, actualmente se están realizando numerosos estudios clínicos para lograr desarrollar una terapia útil en revertir la evolución natural del síndrome de Sjögren.

## El aumento de las enfermedades reumáticas, motor en la investigación

En los últimos años se está avanzando mucho sobre la patogenia de la artrosis y la artritis reumatoide

A. SENDÍN. BARCELONA

Hay unas 200 enfermedades distintas que se engloban en la especialidad de reumatología. La inmensa mayoría son crónicas. El tabaco y el estrés son un de los factores de riesgo evitables más relacionados. El 82% de la población general tendrá en algún momento algún tipo de patología reumática. La mujer es, por cuestiones hormonales, la que más acude al reumatólogo. El estudio de enfermedades reumatológicas se ha convertido en uno de los desafíos de la sociedad actual por el aumento de su prevalencia. Las enfermedades degenerativas articulares y las inflamatorias crónicas son las que más están aumentando y representan un gran impacto en la salud. Artrosis y artritis reumatoide son las más frecuentes en ambos grupos respectivamente. En los últimos años se está aprendiendo mucho sobre la patogenia de estas patologías.

En la artrosis la investigación se centra en el cartílago. Este tejido presenta la peculiaridad de que sólo tiene un tipo de células. La investigación se

está centrando en los factores que alteran esta célula y conducen a la degeneración del cartílago. Todas las células con el tiempo van perdiendo funciones, pero hay otros factores que se suman a esta alteración celular. La obesidad es uno de ellos. "Parece lógico pensar que es un factor mecánico y que el peso es el que afecta a las articulaciones, pero entonces deberíamos preguntar por qué las personas obesas tienen más artrosis de manos, cuando no soportan peso", plantea Juan Jesús Gómez Reino, jefe del servicio de reumatología en el Hospital Clínico de Santiago. La grasa produce una cantidad enorme de factores proinflamatorios que producen sustancias que alteran la función del cartílago.

Pero los avances en la artritis reumatoide son los más destacados. Se ha identificado dianas terapéuticas en la membrana que recubre la sinovial. Actualmente se tiene la capacidad para diseñar medicamentos que pueden bloquear las células y los factores solubles. "Pasamos muchos años sin medicación, pero en los últimos 15 años han aparecido nueve medicamentos biológicos capaces de bloquear dianas terapéuticas", señala Gómez Reino.

El control de la inflamación ha tenido un impacto muy importante que no sólo ha mejorado la articulación, sino también la supervivencia de los pacientes y otras consecuencias derivadas de la inflamación crónica.



Resonancia magnética de articulaciones con artritis. De izquierda a derecha y de arriba a abajo: mano, muñeca, rodilla y tobillo.

## Lupus eritematoso sistémico, un abordaje complejo

ÍNIGO RÚA-FIGUEROA

Reumatólogo del Hospital Dr. Negrín Las Palmas de Gran Canaria.

El lupus eritematoso sistémico es la enfermedad autoinmune por excelencia. Puede dañar a múltiples órganos además de las articulaciones, a las que afecta con mucha frecuencia. Produce una alteración peculiar en el sistema inmune o defensivo que consiste en que en vez de atacar a las amenazas externas, como los gérmenes, las defensas se vuelven contra las células del paciente, que no son reconocidas como propias y son tratadas como enemigas. Además, fallan también los mecanismos de regulación, de manera que se produce una sobreactividad del sistema, que opera sin el adecuado control. Por su carácter sistémico puede manifestarse de muchas maneras, como es el caso de un proceso febril prolongado, lesiones en la piel con sensibilidad al sol, dolor e hinchazón en las articulaciones, cansan-

cio, etc. Por otro lado, inicialmente sobre todo, los síntomas pueden ser indistinguibles de los de otras enfermedades. Todo esto puede conllevar retrasos en el diagnóstico.

No se conoce la causa del lupus eritematoso sistémico, salvo en algunos casos en los que se identifican ciertos fármacos como responsables. Se sabe que existe una predisposición genética, pero es necesario que actúen determinados factores ambientales, como puede ser una infección viral, el tabaco, la exposición al sol o situaciones muy estresantes, para que la enfermedad se manifieste. Sabemos desde hace tiempo que tienen una influencia considerable los factores hormonales, concretamente las hormonas femeninas, y por eso es bastante más frecuente en las mujeres.

El tratamiento de esta enfermedad es complejo y depende del tipo y gravedad de manifestaciones que se produzcan, que varía considerablemente de un paciente a otro. Afortunadamente, muchos de los casos que se diagnostican en nuestro país

no son graves. A pesar de que no se conoce una cura definitiva, se han producido notables avances en el tratamiento, tanto en el mejor empleo de fármacos clásicos como en nuevas terapias como las biológicas. Éstas, a diferencia de los llamados inmunodepresores clásicos, son capaces de neutralizar de una forma más selectiva aquellas partes del sistema inmune, células o sustancias mediadoras, responsables directas de la enfermedad o de sus manifestaciones, respetando lo que funciona correctamente dentro del sistema, siempre necesario para defendernos de los microorganismos. Además, se han ido mejorando las estrategias de control de la enfermedad. Dado que la supervivencia de estos pacientes cada vez se aproxima más a la de la población no enferma, el objetivo se encamina a conseguir que sean capaces de llevar una vida casi normal, satisfactoria y productiva, con plena integración socio-laboral, intentando evitar el abuso de ciertos tratamientos, como los corticoides y los efectos secundarios que conllevan.



Inspired by patients.  
Driven by science.

## Reumatología

## Hacia los tratamientos individualizados

C.Q. MADRID

La medicina actual permite frenar la progresión de la enfermedad reumática en gran parte de los casos siempre que se detecte de forma precoz. Las nuevas tecnologías tratan directamente a aquellas moléculas del organismo que producen la respuesta patológica. La cirugía en los reumatismos casi siempre es un tratamiento complementario al iniciado por el reumatólogo. En pequeñas articulaciones se busca limpiar de tejido inflamatorio tanto las partes blandas como las articulaciones. En grandes articulaciones se intenta hacer una limpieza para quitar el tejido inflamado, fundamentalmente por artroscopia, y en casos en los que la articulación esté muy destruida se opta por la sustitución con prótesis. La elección de una alternativa u otra depende de la situación del paciente y de la articulación afectada. "Desde el punto de vista quirúrgico podemos actuar ya sea ante un mal control de la enfermedad tras el tratamiento inicial o por un aumento del deterioro", explica Jaime Baselga Escudero, cirujano ortopédico y traumatólogo del Hospital Ruber Internacional de Madrid. El comportamiento de las enfermedades reumáticas



Programa de planificación de prótesis OrthoPilot

es muy variado. "El tratamiento nunca puede ser generalizado, se deben hacer indicaciones personalizadas y siempre de la manera menos agresiva posible", asegura Baselga. En la actualidad existen técnicas quirúrgicas que permiten realizar procedimientos que hace

años requerían cirugías muy agresivas. "Para quitar un menisco degenerado, por ejemplo, antes necesitábamos abrir la rodilla, ahora se puede llevar a cabo mediante dos incisiones de menos de un centímetro", ilustra este especialista. Con esta técnica se puede acceder a prácticamente todas las articulaciones. La cirugía de sustitución también ha experimentado un gran cambio. Las prótesis actuales se planifican de manera intraoperatoria con programas específicos de última generación de forma que se adaptan a la anatomía de cada paciente. "Aseguramos una mejor colocación y con incisiones mucho menores y el paciente recupera la funcionalidad al día siguiente", recalca Baselga. Un nuevo tratamiento biológico consigue detener el proceso inflamatorio en algunos casos seleccionados y evitar así la colocación de prótesis. Se basa en extraer sangre del paciente, transformarla para crear sustancias que el propio cuerpo produce contra la inflamación e inyectarlas en las articulaciones. Se utiliza sobre todo en fases precoces de la enfermedad o en casos en que el paciente, por diversos motivos, no puede acceder a una cirugía.

## Las diferentes caras de las vasculitis

RICARDO BLANCO ALONSO

Reumatólogo del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander

Las vasculitis constituyen un grupo amplio y heterogéneo de enfermedades o síndromes autoinmunes que tienen en común la inflamación de los vasos sanguíneos. Este proceso inflamatorio puede producir estenosis u oclusión de la luz vascular. Sus manifestaciones clínicas dependen fundamentalmente de la isquemia secundaria, que estará relacionada con el tamaño, localización y extensión de los vasos afectados. En líneas generales, las vasculitis son enfermedades infrecuentes. La mayor parte de éstas son de causa desconocida, si bien los fármacos y las infecciones pueden ser agentes desencadenantes de muchas de ellas. En ocasiones pueden ser la manifestación de patologías más graves como una conectivopatía, una infección grave o una neoplasia. Aunque la mayoría de las vasculitis pueden aparecer potencialmente a cualquier edad, la púrpura de Schönlein-Henoch y la enfermedad de Kawasaki afectan fundamentalmente a niños y jóvenes. En el lado opuesto nos encontramos con la arteritis de células gigantes, que afecta especialmente a pacientes mayores de 60 años. La enfermedad de Wegener, la panarteritis nodosa y el síndrome de Churg-Strauss son otros ejemplos de vasculitis. Las manifestaciones clínicas dependerán especialmente de la localización del vaso inflamado, de su tamaño y del proceso inflamatorio. Éste producirá cansancio, fiebre, adelgazamiento o afectación del estado general, así como anemia y aumento de la velocidad de sedimentación.



Vasculitis síndrome de Churg-Strauss

El diagnóstico muchas veces es complejo debido a lo abigarrado e inespecífico que puede ser el cuadro clínico, requiriendo frecuentemente de numerosas pruebas complementarias entre las cuales es recomendable la confirmación histológica. El tratamiento es también muy heterogéneo y, dado el desconocimiento en muchas ocasiones de la causa desencadenante, será sintomático y enfocado a limitar el daño orgánico mediante la utilización de inmunosupresores. Estos habitualmente se fundamentan en corticoides asociados en ocasiones a fármacos inmunomoduladores como el metotrexato, azatioprina o ciclofosfamida, entre otros. En los últimos años se han utilizado también fármacos biológicos como el rituximab, especialmente en un subgrupo de vasculitis que se asocian a un marcador inmunológico, los ANCA. El pronóstico es muy variable dependiendo del subtipo de vasculitis y del grado de afectación sistémica, habiendo mejorado considerablemente en los últimos años tras la introducción de nuevos tratamientos.

## Nueva clasificación de la artrosis

Los descubrimientos sobre la biología del cartílago han motivado una nueva forma de catalogar la enfermedad

M.A. MADRID

Hasta hace unos años, la artrosis sólo se relacionaba con la obesidad, sobre todo en articulaciones de carga, las rodillas especialmente. Es una relación claramente establecida, pero no la única. "Hipertensión, diabetes y dislipemia también han demostrado una importante influencia en la degeneración del cartílago articular", explica Gabriel Herrero Beaumont, jefe del servicio de reumatología de la Fundación Jiménez Díaz de Madrid. No sólo eso. Además, la propia artrosis también ejerce un efecto negativo en los diferentes factores de riesgo cardiovascular. A estos factores se le añade el hormonal. El déficit estrogénico durante la menopausia

puede contribuir al daño de los tejidos articulares.

Científicos españoles, a la luz de los descubrimientos sobre la biología del cartílago, liderados por el grupo de Herrero Beaumont, han propuesto una nueva clasificación de la artrosis distinguiendo tres tipos: la producida por causas hormonales debido a la disminución de los estrógenos en la menopausia, por causas mecánicas y la artrosis de la senescencia, en el que también intervienen mecanismos patogénicos. "El planteamiento inicial era poder identificar subpoblaciones diferentes dentro del conjunto de la artrosis para poder investigar en tratamientos más concretos para cada fenotipo", explica el especialista. Esta clasificación podría ayudar a plantear tratamientos médicos específicos

para una enfermedad que hasta ahora sólo dispone de fármacos de índole mecánica. Recientemente, además, se está añadiendo un nuevo subtipo que se basa en la artrosis inflamatoria. "Teniendo en cuenta cómo se produce y cómo se manifiesta la artrosis podemos llegar a un abordaje terapéutico más concreto", apunta.

Además, se sabe que la artrosis es una enfermedad metabólicamente activa. Este aspecto ofrece oportunidades terapéuticas en la regulación de los tejidos, que se renuevan constantemente. "Todavía hay muy poca investigación farmacéutica al respecto pero diferentes estudios apuntan a que los fármacos que actúan generando un proceso catabólico sobre los tejidos podrían mejorar la artrosis", concluye Herrero Beaumont.

## Osteoporosis, la enfermedad que se manifiesta por fracturas

NÚRIA GUAÑABENS

Jefe de servicio de reumatología del Hospital Clínic de Barcelona

La osteoporosis generalmente se asocia con la mujer posmenopáusica. Su importancia radica en que aumenta el riesgo de desarrollar fracturas, ya que el esqueleto es más frágil y, además, de mala calidad. Cualquier fractura desencadenada por un traumatismo de bajo impacto puede ser osteoporótica. Una de cada dos mujeres y uno de cada cinco varones mayores de 50 años sufrirá una fractura osteoporótica.

En el desarrollo de esta enfermedad intervienen numerosos factores. Puede ser, por ejemplo, que la cantidad de hueso adquirido en la juventud fuera insuficiente debido a la herencia, o porque en la vida adulta se hayan añadido otros factores desencadenantes vinculados al estilo de vida, a ciertas enfermedades endocrinológicas, reumatológicas o digestivas, a cirugías o a determinados fármacos, como los corticoides o los inhibidores de la aromatasa. El médico debe analizar los factores de riesgo como la edad, ser una persona muy delgada y especialmente haber padecido alguna fractura. Ante la sospecha de osteoporosis,

es aconsejable realizar una densitometría ósea y una analítica para descartar procesos asociados. Una vez diagnosticada, conviene dejar de fumar y moderar la ingesta de alcohol, realizar ejercicio físico de contacto con el suelo como caminar o correr, tomar alimentos ricos en calcio y tener una adecuada exposición a la luz solar, ya que sintetiza la vitamina D. Estos hábitos se también recomiendan para prevenir la enfermedad, pero son insuficientes si ésta ya está avanzada. En ese caso, hay que tratarla con medicación. En la actualidad se dispone de fármacos que reducen de forma considerable el riesgo de fractura.

## Reumatología

# Con frecuencia se confunde el dolor de espalda mecánico con el inflamatorio

El segundo suele aparecer en reposo y en pacientes jóvenes

A. TORELLÓ BARCELONA

Es importante saber diferenciar entre el dolor de espalda mecánico y el inflamatorio. Un aspecto que en ocasiones pasa desapercibido entre los pacientes y provoca el diagnóstico tardío. Además, las alternativas terapéuticas entre los dos dolores de espalda son diferentes, por ello es esencial detectar los síntomas que los diferencian. Bajo esta premisa se ha puesto en marcha recientemente el programa europeo 'No le des la espalda', una campaña de concienciación e información para reducir el retraso diagnóstico de las patologías asociadas al dolor de espalda inflamatorio.

Hasta el 80% de la población tendrá dolor de espalda en algún momento de su vida, la mayoría por causa mecánica. De estos, una de cada cinco personas tendrá dolor de más de tres meses de duración, y en uno de cada 20 pacientes será de origen inflamatorio. La mayor parte de patologías que afectan a la columna, como la artrosis, el desgaste o la generación de discos, entre otras, son culpables del dolor de espalda mecánico. El dolor inflamatorio, en cambio tiene unas causas médicas muy distintas, que van desde tumores, infecciones vertebrales o enfermedades inflamatorias de columna como son las espondiloartritis axiales. En pacientes por debajo de los 40 años la causa más frecuente suele ser precisamente esta última. "Es importante distinguir estas causas porque son muy diferentes. Para ello los reumatólogos hemos creado un cuestionario de cinco preguntas", apunta Jordi Gratacós Masmitja, consultor del servicio de reumatología del Hospital Universitario Parc Taulí de Sabadell. Las preguntas son: ¿comenzaste a tener

dolor de espalda antes de cumplir los 40 años?, ¿tu dolor de espalda se ha ido incrementando gradualmente?, ¿mejora tu dolor de espalda con la actividad/el movimiento?, ¿te parece que tu dolor de espalda no mejora cuando descansas? y ¿tu dolor de espalda te despierta por la noche y te obliga a levantarte? "La res-

**En España, el retraso diagnóstico puede llegar a ser de entre siete y nueve años**

puesta afirmativa a cuatro de ellas permite sospechar de un dolor inflamatorio y, por tanto, diferenciarlo del mecánico", señala Gratacós. Este especialista explica que estas cinco cuestiones diferencian el dolor mecánico del inflamatorio y destaca que, tal y como refleja una de las cuestiones, sitúan a este último en pacientes jóvenes. "Se tiende a asociar que el dolor de espalda es una patología que afecta únicamente a personas mayores, pero ésta es sólo una característica del mecánico", asegura. Otra característica diferenciadora es que el dolor inflamatorio es de inicio insidioso sin causa aparente, duele en reposo e, incluso, puede mejorar con el movimiento. "Ocurre exactamente lo contrario que con el dolor mecánico, que siempre suele tener una causa inicial, como puede ser agacharse", explica este especialista.

En España, el retraso diagnóstico desde el inicio de los primeros síntomas del dolor de espalda crónico puede llegar a ser de entre siete y nueve años en patologías asociadas a dolor de origen inflamatorio como la espondiloartritis axial. Un diagnóstico precoz y un tratamiento específico son esenciales para reducir la lesión estructural y, posiblemente, a



Hasta el 80% de la población tendrá dolor de espalda en algún momento.

la larga la discapacidad de estos pacientes. "En la actualidad disponemos de medicamentos capaces de frenar y evitar la progresión de la enfermedad, de allí la importancia de la detección precoz", recalca Jordi Gratacós.

En el marco de la campaña 'No le des la espalda', se llevarán a cabo actividades de concienciación en varias ciudades de España en los próximos meses para mejorar el diagnóstico del dolor inflamatorio. Esta iniciativa se ha puesto en marcha por reumatólogos españoles con el apoyo de la farmacéutica Abbvie y de diferentes asociaciones de pacientes y sociedades científicas.

## El antígeno HLA-B27 presente en el 95% de las espondilitis anquilosantes

JUAN CARLOS TORRE ALONSO

Jefe de reumatología del Hospital Monte Naranco de Oviedo

Las espondiloartritis constituyen un grupo de enfermedades interrelacionadas entre sí que comparten características clínicas, epidemiológicas y de respuesta al tratamiento. La espondilitis anquilosante y la artritis psoriásica son las más representativas de este grupo. Aunque se desconoce su origen se sabe que la conjunción de factores genéticos y ambientales juegan un papel decisivo en su desarrollo. De todos ellos, el antígeno HLA-B27 es el más estudiado y mejor conocido. Este marcador genético está presente en el 95% de los pacientes con espondilitis anquilosante. El antígeno HLA-B27 se encuentra en un 8-9% de la población general, sin embargo sólo un pequeño porcentaje de estas personas, entre el 3 y el 4%, acaba desarrollando la enfermedad.

La espondilitis anquilosante afecta fundamentalmente a las articulaciones de la columna y se caracteriza por dolor en reposo (principalmente nocturno y que mejora con el ejercicio) y la rigidez. Es crónica y cursa en brotes ocasionando una anquilosis o fusión de todas las articulaciones de la columna que conlleva una pérdida de la movilidad. En ocasiones también se ven involucradas otras articulaciones como las caderas, rodillas, tobillos, etc. La artritis psoriásica puede afectar a cualquier articulación, desde los dedos hasta las rodillas, tobillos e, incluso, la columna, como la espondilitis anquilosante. Afecta aproximadamente a un 10-20% de los pacientes que padecen psoriasis. Ni la aparición ni la gravedad de la artritis tienen relación con la extensión de la lesión cutánea. La asimetría de la afectación articular, la artritis de las interfalángicas distales (pequeñas articulaciones al lado de las uñas) y la inflamación de todo el dedo (dactilitis) son características de la enfermedad.

Recientes investigaciones identificaron una serie de proteínas, denominadas citoquinas que inician y perpetúan la inflamación sinovial y, por consiguiente, el daño articular. El bloqueo específico de estas citoquinas con los nuevos fármacos biológicos permite, además de mitigar los síntomas, bloquear el proceso inflamatorio y por tanto la destrucción articular. En la actualidad, el pronóstico para los pacientes que sufren este tipo de enfermedades, dado el arsenal terapéutico que disponemos y el camino abierto en investigación, es esperanzador.

## Jurisprudencia



ANTONIO GARCÍA CONESA  
Notario y registrador de la propiedad

### Razón de Estado: dos maneras de medir

Una sentencia de 12 de mayo de 2014 (1148/2014), de la Sala de lo Social del Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana, ratifica la dictada en primera instancia y condena a la Administración (Conselleria de Sanidad valenciana) a abonar 900 euros a un paciente domiciliado en aquella comunidad en concepto de reintegro de gastos médicos anticipados con motivo de su traslado en una unidad móvil medicalizada

desde el Hospital de Madrid, en donde se encontraba ingresado, hasta el Hospital de Valencia. La condena incluye intereses pero no costas, pese a que la Administración perdió en ambas instancias y a tenerlas, desde mi punto de vista, razonablemente merecidas.

Los hechos remontan a ocho de septiembre de 2010. El trabajador, desplazado por motivos laborales a la capital, sufrió un derrame cerebral precisando atención de urgencia con intervención para salvar su vida. En el postoperatorio, y a petición de la esposa del paciente, el médico asignado al convaleciente entendió que efectivamente podía trasladarse a la ciudad de su residencia (en otra comunidad autónoma) para ultimar la recuperación y no provocar así mayores trastornos familiares y económicos.

Reclamados los gastos del traslado, ya que habían sido desembolsados previamente por el particular, la Administración entendió que respondían a un capricho individual del asegurado y que no quedaba amparado su reembolso en el régimen de cobertura establecido.

Esta decisión provocó que el ciudadano precisara litigar en los tribunales durante cuatro años para que se le reconociera el derecho al cobro de los 900 euros desembolsados. Apoyaba sus pretensiones

en el punto 4.3 del Anexo VIII del R.D. 1030/2006, de 15 de septiembre, que expresamente ampara su pretensión máxima cuando el médico autorizó por escrito tal actuación.

La pobre e impropia motivación jurídica de la Administración en su acto denegatorio de derechos constata, una vez más, la ineficacia de los operadores públicos únicos, con unas prerrogativas y privilegios desorbitantes, sin competidor y con una estructura administrativa y funcional trasnochada. Su resultado: una carga impositiva manifiesta y de ineludible importancia en la cuenta de resultados del contribuyente. Su funcionamiento se enreda en una madeja de normas, obligaciones, formalidades y exigencias. Pero el incumplimiento de sus obligaciones o la vulneración de los derechos de los cotizantes no finalizan, en la mayoría de las ocasiones, con la restauración del daño causado y la consecuente exigencia de responsabilidad. Tampoco valoran el tiempo y el dinero empleado por los ciudadanos litigando para intentar un reconocimiento justo en los tribunales que muchas veces no se alcanza.

Razón de Estado: dos maneras de medir, según sea el ciudadano o la Administración quien defienda sus legítimos derechos y asuma sus consecuencias.

abbvie

LA INNOVACIÓN Y LA CIENCIA, NUESTRA PASIÓN. MEJORAR LA SALUD DE LAS PERSONAS, NUESTRA RAZÓN DE SER.

www.abbvie.es

PERSONAS. PASIÓN. POSIBILIDADES.