

Los mejores artículos sobre reumatología del 2006

Maestro Saavedra, F.J.

Centro de Salud de Elviña-Mesoiro (A Coruña)

Cinza Sanjurjo, S.

Central de Coordinación de Urgencias 061 (Santiago)

Nieto Pol, E.

Centro de Salud "Concepción Arenal" (Santiago)

Freiría Tato, M.J.

Centro de Salud de Noia

Carbone Gromás, N.

Centro de Salud "Concepción Arenal" (Santiago)

Díaz Garel, J.J.

Servicio de Reumatología. Hospital Clínico Universitario de Santiago

Cad Aten Primaria
Año 2007
Volumen 14
Pág. 71-75

1.- PREGUNTA

¿CUÁL ES LA ETIOLOGÍA Y LAS NUEVAS EVIDENCIAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS ALTERACIONES DE LAS ESTRUCTURAS TENDINOSAS?

Antecedentes del tema:

Las alteraciones primarias de los tendones son una clínica muy común. Actualmente, el 43% de la consulta que realizan los reumatólogos es debida a lesiones en tejidos blandos, siendo la mayoría tendinopatías. Algunos tendones son particularmente vulnerables a sufrir patología degenerativa; estos incluyen: el Aquiles, el rotuliano, algunos rotadores de la muñeca, extensor del antebrazo, bíceps braquial y tibial posterior. Es de destacar que la mayoría de las tendinopatías comienza como un cuadro agudo para, posteriormente, cronicarse.

Objetivo: Valorar los diferentes teorías sobre la etiología de las lesiones tendinosas.

Diseño: Revisión bibliográfica y puesta al día.

Variables del trabajo: Valoración de los mecanismos etiológicos de las tendinopatías y nuevas evidencias de tratamiento

Resultados:

Existen significativos avances para comprender la fisiopatología de estas lesiones. Los nuevos conocimientos de la histopatología junto con avances en las nuevas técnicas de imagen han recalado la importancia de la naturaleza degenerativa de estas lesiones.

La lesión tendinosa no se puede explicar como un único mecanismo, sino que es la suma de diferentes situaciones explicadas por diferentes mecanismos entrelazados, el mecánico, vascular y neural que explican la etiología degenerativa de las tendinopatías.

También se exploraron teorías de por qué algunos tendones específicos (como el Aquiles y el Supraespinoso) son particularmente propensos para la degeneración patológica.

Los tratamientos de estas patologías se han basado en estrategias antiinflamatorias, AINES, que suelen resultar ineficaces, y técnicas de infiltración. En el caso de éstas, existen evidencias de que han logrado una buena respuesta a corto plazo (6 semanas), pero que no encuentra evidencia significativa a largo plazo, en relación al grupo control. Estos tratamientos se ven complementados con técnicas físicas (crioterapia, ultrasonidos y láser).

Los autores valoran que existen significativos avances en la utilización de técnicas, como el del entrenamiento excéntrico, especialmente en el caso de tendinopatías de extremidades inferiores (Tendinopatía Aquilea).

El entrenamiento excéntrico, al contrario que el concéntrico, supone el alargamiento activo de la unidad músculo tendinosa.

Conflicto de intereses.

Los autores declaran que no existen.

Conclusión:

Las alteraciones primarias de los tendones tienen una clara naturaleza degenerativa. El termino tendinitis no es un término apropiado.

Existe una carencia de evidencias en el manejo de los más comunes tratamientos utilizados incluyendo el uso de AINES y de corticosteroides.

Los programas de entrenamiento excéntrico han dado unos resultados excelentes en el tratamiento de tendinopatías crónicas de ciertos tendones, particularmente en el Aquiles.

Comentario:

El trabajo permite conocer las diferentes teorías etiológicas de las tendinopatías y aporta una nueva visión del tratamiento de las mismas.

Cita bibliográfica:

- J. D. Rees, A. M. Wilson and R. L. Wolman Current concepts in the management of tendon disorders Rheumatology 2006; 45: 508-521.

2.- PREGUNTA ¿EXISTE ALGUNA NUEVA EVIDENCIA SOBRE LOS TRATAMIENTOS EN LA EPICONDILITIS?

Antecedentes del tema:

La epicondilitis afecta 1-3% de la población y el 15% de trabajadores industriales que realizan trabajos manuales de alta intensidad.

Los estudios recientes indican que las infiltraciones eran más eficaces en el plazo de tres a seis semanas que la abstinencia terapéutica u otros tratamientos antiinflamatorios, pero si valoramos la respuesta a los 12 meses, los resultados no son mejores que el grupo de control, al igual que ocurría con los que recibían el masaje, el ultrasonido, o el ejercicio. Recientemente hemos valorado la evidencia preliminar de efectos iniciales beneficiosos de la manipulación del codo (movilización con el movimiento) y de ejercicio.

Objetivo:

Investiga la eficacia de fisioterapia comparado con la espera o la infiltración con corticosteroides después de 52 semanas en la epicondilitis

Diseño: Ensayo clínico prospectivo aleatorizado con control a doble ciego.

Periodo de seguimiento: 52 semanas

Ámbito: Atención primaria y especializada en la Comunidad de Brisbane (Australia).

Población: 198 pacientes con edades entre 18 y 65 años con diagnóstico de epicondilitis de al menos 6 meses de evolución, que no hayan recibido tratamiento médico en los 6 meses previos

Variables del trabajo: Se le aplican a cada grupo 8 sesiones de fisioterapia o infiltración con corticosteroides (triamcinolona) o la espera con abstinencia terapéutica.

Se controla a los grupos al inicio del estudio, a las seis semanas y a las 52 semanas

Resultados:

El grupo que recibió las infiltraciones muestra una mejoría significativa en las primeras seis semanas pero tiene una elevada recurrencia (72 %) en periodos más largos en relación al grupo que recibió fisioterapia.

La fisioterapia fue superior a la espera a corto plazo, pero no se encuentra diferencia a las 52 semanas en relación al grupo de las infiltraciones y al de la abstinencia terapéutica.

Los pacientes que recibieron la fisioterapia, de manera inicial, realiza-

ron menos tratamientos adicionales que los otros grupos.

Conflicto de intereses.

Los autores declaran que no existen.

Conclusión:

La fisioterapia combinada, con ejercicio y manipulación del codo, tiene un beneficio superior que la espera en las primeras seis semanas, y a las infiltraciones después de 6 semanas, proporcionando una alternativa razonable a medio o largo plazo.

Las ventajas a corto plazo significativas de las infiltraciones se invierten después de seis semanas, con las altas tasas de recaída, implicando que este tratamiento se debe utilizar con precaución en la terapia de la epicondilitis.

Comentario:

Este artículo enlaza con el anterior en la valoración de los tratamientos a aplicar en determinado tipo de tendinopatías, en este caso la epicondilitis.

Creemos que existen variables que no han sido tenidas en cuenta para conocer la utilidad de las infiltraciones, como no conocer la edad media de los grupos y su actividad laboral, las cuales supondrían unas variables dependientes que condicionarían el estudio.

A su favor, existe un segundo estudio, el de Bot et al, de un tamaño parecido de muestra, que llega a similares conclusiones, la recuperación funcional del grupo de pacientes que recibían las infiltraciones con corticoides era bajo, alrededor del 40%

Cita bibliográfica:

- Leanne Bisset, Elaine Beller, Gwendolen Jull, Peter Brooks, Ross Darnell, Bill Vicenzino. Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomised trial. BMJ 2006;4: 333:939.

3.- PREGUNTA ¿CONTROVERSA EN EL USO DE LAS INFILTRACIONES?

Antecedentes del tema:

El síndrome subacromial se caracteriza por presentar dolor activo y limitar el movimiento del hombro. Es una tendinopatía frecuente en la afectación de esta articulación.

Objetivo:

Este estudio investiga la eficacia de la infiltración de corticoesteroides para el tratamiento del síndrome subacromial.

Diseño: Ensayo observacional retrospectivo.

Periodo de seguimiento: 12 meses

Ámbito: Atención primaria y especializada.

Población: 209 pacientes, de entre 31 y 72 años, de los 238 incluidos en este estudio (88%) en el estudio respondieron a una cita-

ción. La edad media de los pacientes era de 51 años. Para seleccionarlos cada paciente se había quejado de dolor del hombro con la limitación progresiva del movimiento presente por lo menos durante un mes. La duración de los síntomas antes de la infiltración era de cinco meses, variando entre 1-12 meses.

Variables del trabajo: Administraron a cada paciente una infiltración de 1 ml anestésico local y de 1 ml de suspensión de corticosteroides. Se le realizó una segunda inyección una semana más tarde en aquellos pacientes sin la mejora clínica obvia. Después de las infiltraciones, se ordenó a los pacientes realizar un programa casero de la rehabilitación durante cuatro semanas.

Se realizaron controles a la una, dos y cuatro semanas, y tres, seis, nueve y 12 meses después de la inyección, mediante valoración clínica y limitación funcional de la articulación.

Resultados:

En la revisión a las cuatro semanas después de la primera inyección, 216 hombros (el 91%) tenían mejora satisfactoria en la cantidad de dolor y la gama del movimiento.

Sin embargo, al año, la tasa de satisfacción había bajado levemente al 88%,

La cirugía fue recomendada en el 9%, ya que no habían tenido una mejora satisfactoria.

Conflicto de intereses.

Los autores declaran que no existen.

Conclusión:

La infiltración de corticosteroides es una terapia eficaz para el tratamiento de la patología subacromial sintomática, manifestada como dolor, tendinitis y bursitis.

La infiltración puede reducir substancialmente dolor y aumentar la amplitud del movimiento del hombro.

Comentario:

Después de valorar estos tres trabajos vemos la controversia que existe en la infiltración de lesiones tendinosas, ya que diferentes estudios presentan diferentes y muy variados resultados sobre la utilidad de estas.

Nuestra experiencia clínica es que dicha técnica es muy útil, consiguiendo entre un 85-90 % de resolución en la primera dosis de infiltración y del 95 % tras la segunda dosis.

Cita bibliográfica:

- Yu CM, Chen CH, Liu HT, Dai MH, Wang IC, Wang KC. Subacromial injections of corticosteroids and xylocaine for painful subacromial impingement syndrome. *Chang Gung Med J.* 2006 Sep-Oct;29(5):474-9

4.- PREGUNTA

¿ES EFICAZ EL TRATAMIENTO DISPONIBLE EN LA RESOLUCIÓN DE LA ARTRITIS GOTOSA AGUDA Y EN LA PREVENCIÓN DE NUEVOS EPISODIOS DE ARTRITIS?

Metodología:

Metaanálisis de ensayos clínicos controlados y randomizados

Se incluyeron 13 ensayos clínicos, con calidad aceptable (4 puntos sobre 5, según método de Jadad)

Resultados:

En el grupo de los AINEs se empleó tenoxicam, que mostró reducción del dolor superior al 50% en las primeras 24 horas en el 67% de los pacientes, frente al 26% del grupo placebo. Al finalizar el tratamiento a los 4 días no se observaron diferencias entre ambos grupos.

Colchicina: en las primeras 24 horas, el 41% de los pacientes presentan menos dolor que al principio del cuadro (frente al 9% en grupo placebo); a las 48 horas, 73% de los pacientes presentan descenso de dolor, frente al 35% en el grupo placebo. Todos los pacientes tratados con colchicina presentan efectos adversos

Los estudios sobre corticoides y aplicación tópica de frío no mostraron calidad metodológica adecuada.

Conclusiones:

Los autores destacan la escasez de evidencia a favor del tratamiento que diariamente se emplea en el tratamiento de la artritis gotosa.

Como punto importante destacan la elevada tasa de complicaciones en pacientes de mayor edad, que es el grupo que presenta mayor tasa de incidencia de artritis gotosa.

Comentario:

Parece sorprendente que, siendo la gota la patología más frecuente por depósito de microcristales, no dispongamos de un tratamiento conservador que se haya mostrado eficaz en el control de síntomas y de la inflamación.

Además de no disponer de datos que avalen la eficacia del tratamiento actualmente empleado, parece que éste presenta una elevada tasa de complicaciones.

CITA BIBLIOGRÁFICA:

- S. Sutaria, R. Katbamna and M. Underwood. Effectiveness of interventions for the treatment of acute and prevention of recurrent gout-a systematic review. *Rheumatology* 2006;45:1422-1431

5.- PREGUNTA

¿CUÁLES SON LAS VARIABLES QUE ACTÚAN COMO PREDICTORAS DEL DOLOR EN LOS PACIENTES CON FIBROMIALGIA?

Metodología:

Se realiza un estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron un total de 227 pacientes con fibromialgia. Se realizó un análisis de regresión que permitiera analizar la relación entre variables predictoras (regiones corporales dolorosas, efectos negativos relacionados con el dolor, número de regiones corporales dolorosas y máxima intensidad del dolor en regiones corporales) con el dolor regional de los pacientes con fibromialgia.

Resultados:

El dolor promedio en los pacientes con fibromialgia fue de 4,6 (desviación típica 2,3). La combinación de todas las variables predice el 55% de la patología dolorosa del paciente con fibromialgia. La variable de efectos negativos relacionados con el dolor predice el 19% de la variabilidad de la clínica dolorosa.

Conclusiones:

El dolor periférico y las afecciones negativas parecen ser particularmente relevantes en los pacientes con FM y pueden representar importantes estrategias para futuras terapias.

Factores periféricos (máximo y promedio del dolor local y número de dolor total en áreas del cuerpo) predicen la mayor parte de las discrepancias clínicas del dolor en la clínica de la FM, sugiriendo que la potencia del dolor por los tejidos periféricos es clínicamente relevante.

Comentario:

La fibromialgia es una gran desconocida actualmente. Cada vez más, estudios como el presente ayudan a conocer aspectos relevantes en dicha patología. El estudio presentado permite conocer qué factores de la exploración clínica predicen la mayor intensidad del dolor en los pacientes.

CITA BIBLIOGRÁFICA:

- R. Staud, C. J. Vierck, M. E. Robinson and D. D. Price. Overall fibromyalgia pain is predicted by ratings of local pain and pain-related negative affect-possible role of peripheral tissues. *Rheumatology* 2006;45:1409-1415

6.- PREGUNTA

¿EXISTE CONCORDANCIA ENTRE LA EXPLORACIÓN CLÍNICA DE PUNTOS DOLOROSOS Y LOS CRITERIOS DEL COLEGIO AMERICANO DE REUMATOLOGÍA (CAR)?

Metodología:

Se eligieron una serie de pacientes consecutivos que acudieron a consulta. Sobre los pacientes con fibromialgia se emplearon los criterios de la escala de dolor regional (≥ 8), los criterios de la escala de fatiga (≥ 6) y el diagnóstico clínico.

Resultados:

Estudio descriptivo transversal en el que se incluyeron un total de 206 pacientes, de los que el 49% presentaban fibromialgia.

La clínica y los exámenes fueron concordantes en 74,8% de los casos ($k = 0,49$ [95% intervalo de confianza 0,36-0,60]) y los criterios clínicos y los criterios del CAR fueron concordantes en un 72,3% ($k = 0,40$ [95% de intervalo de confianza 0,25- 0,51]).

La evaluación de puntos dolorosos no fue predictor en los criterios clínicos ni en los exámenes. En cambio, la evaluación de los puntos dolorosos sí se correlacionó con los datos clínicos.

Conclusiones:

No hay un "gold estándar" de diagnóstico de fibromialgia. El diagnóstico clínico, los criterios del CAR y los exámenes son moderadamente concordantes (72-75%).

Comentario:

A pesar de la escasez de pruebas diagnósticas que nos permitan una confirmación del diagnóstico de fibromialgia, los datos empleados habitualmente parecen eficaces para el diagnóstico, mostrando una adecuada concordancia entre ellos.

Cita bibliográfica:

- R. S. Katz, F. Wolfe and K. Michaud. A Comparison of Clinical, Survey, and American College of Rheumatology Criteria. *Arthritis and Rheumatism*. 2006; 54: 169 - 176.

7.- PREGUNTA

¿CUÁLES SON LOS TRATAMIENTOS ACTUALMENTE EFICACES EN LA PROTECCIÓN ARTICULAR DE OSTEOARTRITIS?

Metodología:

Revisión sistemática de los artículos más actuales que evalúan tratamientos de protección de articulaciones dañadas por osteoartritis.

Resultados:

Sustancias como la colagenasa, proteoglicanasa y metaloproteasa, junto a la expresión de la síntesis de óxido nítrico, el incremento de

la producción de óxido nítrico y la secreción prostaglandinas E2, junto a IL6 e IL8 se han mostrado eficaces en la modificación del curso de la osteoartritis en modelos experimentales de sujetos humanos con osteoartritis. Todas estas sustancias actúan a través de la vía de la TNF-alfa/IL-1 unidireccional, que parece la vía implicada en la degeneración de la matriz articular.

Conclusiones:

La vía de la TNF-alfa/IL-1 unidireccional ha sido identificada como una vía modificable con medicación para variar el curso clínico de la osteoartritis.

Comentario:

A medida que se va conociendo más y mejor el metabolismo (anabolismo y catabolismo) del cartílago articular, disponemos de nuevas evidencias a favor de determinadas sustancias que pueden actuar como fármacos modificando ese metabolismo y permitiendo frenar e incluso revertir la degeneración articular.

Cita bibliográfica:

- G. Verbruggen. Chondroprotective drugs in degenerative joint diseases. *Rheumatology* 2006; 45:129-138.