

**Revista
Cubana de**



REUMATOLOGIA

ORGANO OFICIAL DE LA SOCIEDAD CUBANA DE REUMATOLOGIA Y DEL GRUPO NACIONAL DE REUMATOLOGIA

Revista Cubana de Reumatología
Volumen 7 Números 7 y 8, año 2005

INDICE

Carta a los reumatólogos cubanos

Dr. Cs M. Gil A. Reyes Llerena
Vice-Presidente de la Sociedad Cubana de Reumatología
Editorial

Editorial

Artritis reumatoide temprana. Reto y enfoque en el nuevo siglo
Guibert Toledano Marlene, Reyes Llerena Gil A.

Artículos originales

De la laxitud a la hipermovilidad articular”
Dr. Francisco M. Menéndez Alejo

Dermatomiositis juvenil con calcinosis universal. Presentación de un caso.
Dra. Melba de la M. Méndez Méndez , Dr. Víctor Hernández González, Dra. Cecilia Coto Hermosillo, Dra. Gloria Varela Puente

Lupus eritematoso sistémico y embarazo. Planteamiento bioético
Dra. Yusimí Reyes Pineda, Dr. José Pedro Martínez Larrarte

Nuevas tendencias en la terapéutica quirúrgica por invasión mínima de la sinovial y el cartílago articular
Gil A. Reyes Llerena, Guibert Toledano M , Bárbaro Taylor

Oxigenación Hiperbárica: una opción terapéutica en la Esclerodermia Sistémica Progresiva
Dr. Bárbaro Taylor Jiménez , Dra. Mayra Guerra Castro , Dra. Pía Nancy Hernández ,
Dr. Efraín Lima Cuellar , Dr. Noel Rodríguez Soria , Dra. Maria del C. Álvarez Escobar

Uveítis y enfermedades del tejido conectivo en la infancia
Dra. Melba de las M. Méndez Méndez , Dr. Víctor M. Hernández González, Dra. Elena Joa Miró (3), Dra. Cecilia Coto Hermosilla (4), Dra. Dolores Cantera Ocegüera (5)

Programa Del X Congreso Cubano de Reumatología

Resúmenes de los carteles del X Congreso Cubano de Reumatología

Carta a los reumatólogos cubanos

Estimados colegas y amigos: congresistas.

Podemos con orgullo apuntar que hemos celebrado nueve Congresos cubanos de Reumatología en cada uno de los cuales han estado presentes representantes de diversas sociedades científicas de países amigos, tanto de América Latina, Cono sur, Norte América y Europa y en ese marco hemos realizado Congresos ACCA, encuentros Cuba México, encuentros Hispano- Cubanos y Jornadas Luso- Cubanas de la especialidad.

En este contexto queremos destacar a profesores de talla internacional como los Prof. Donato Alarcón Segovia recientemente fallecido, Martínez Lavín, Alcocer Varela, Jara Quesada, Píndaro Elizondo, Burgos Vargas entre otros destacadísimos amigos de México que harían un tanto larga la lista. De E. Unido nos han acompañado, Robert Lahita, Espinosa, Hugo Jasón, Evlyn Hess del equipo de educación continuada de PANLAR, Anthony Bouffard destacado imagenólogo dedicado a la ecografía musculoesquelética junto a su colega Walter Emory y Pineda. De Canadá Anthony Russell, Europeos como Viana de Queiroz de Portugal, Raúl Zini de Italia, Jan Dequeker, Roman Lorenc representando a la Federación de Osteoporosis, Herrero Beaumont de España entre otros destacados profesionales.

Nuestros amigos latinoamericanos han estado presentes. El Prof. Valle. Iglesias y Ramírez de Colombia, Angulo Presidente PANLAR, Castañeda, Chávez Corrales Acevedo y otros de Perú, Millán, Moya de Venezuela, Pons E. y Battgiliotti de Argentina, así como otros muchos colegas

Esta constelación de excelentes profesionales a lo largo de estos años le han dado un fuerte carácter científico a nuestros eventos y todo ello ha redundado en el enriquecimiento de los conocimientos básicos en el campo de la reumatología.

Cuando miramos hacia atrás y apreciamos que pertenecemos a varias sociedades científicas como ACCA, PANLAR, ILAR, IOF entre otras, que contamos con profesores de diferentes niveles, doctores en ciencias médicas, investigadores titulares y otras categorías científicas, consentimos en que mucho han tenido que ver las relaciones internacionales que han propiciado la celebración de nuestros Congresos y los ingentes esfuerzos de los directivos de la sociedad.

Hoy día el conocimiento global de nuestros especialistas resulta sumamente elevado y muy alejado del panorama con que contábamos hace diez años atrás en que apenas contábamos con libros e información científica actualizada. Hoy en general contamos con la computación como herramienta, acceso a Internet e INFOMED, contamos con revistas nacionales de reumatología donde expresar nuestros criterios científicos e incluso una revista digital recientemente creada. Contamos además con fuertes nexos que nos permiten publicar en revistas del área latinoamericana y PANLAR entre otras.

En suma consideramos que el panorama hoy resulta muy halagüeño y debemos estar seguros que el futuro será mejor.

Gracias a todos los reumatólogos del país que han realizado un tenaz esfuerzo por elevar el nivel científico académico y mantener la asistencia a un adecuado nivel de desarrollo con gran satisfacción para nuestra población.

Felicidades a todos y aprestémonos a continuar trabajando y desarrollándonos. Disfrutemos de nuestro X Congreso Cubano de Reumatología

Dr. Cs M. Gil A. Reyes Llerena
Vice-Presidente de la Sociedad Cubana de Reumatología

Editorial

Guibert Toledano Marlene (1), Reyes Llerena Gil A. (2)

Artritis reumatoide temprana. Reto y enfoque en el nuevo siglo

Son abundantes los nuevos conocimientos y evidencias acumuladas acerca de la Artritis Reumatoide sobre todo la denominada A.R, temprana. Esta enfermedad continúa estando caracterizada por diferentes grados de inflamación, destrucción articular, incapacidad progresiva y además se ha constatado un nivel de mortalidad incrementado y muerte prematura.

La destrucción del cartílago articular y el hueso puede ocurrir en las etapas tempranas de la misma como ha sido demostrado en estudios longitudinales recientes y la mayoría de los reumatólogos en el mundo concuerdan en que el diagnóstico e inicio temprano de la terapia con drogas modificadoras de la enfermedad puede limitar la severidad de la misma (1).

Para nosotros ha sido sumamente interesante transitar por los diferentes esquemas terapéuticos que han sido propuestos en los últimos 20 años. De interés recordar aquellos largos periodos para decidir el inicio de una droga de segunda línea, y la larga espera para que esta fuese cambiada ante su fracaso en el orden terapéutico. La terapéutica piramidal, las estrategias del Steep Down Bredage entre otras han dado paso a nuevos conceptos sustentados en la evolución clínica, desenlaces, pronóstico de la enfermedad y sobre todo debido a los nuevos conocimientos acerca de los mecanismos etiopatogénicos ciertos que obran en su génesis y desarrollo.

Las metas más recientes propuestas para el manejo de la A.R. están encaminadas a prevenir o controlar el daño articular, prevenir la pérdida de la función y disminuir el dolor (2).

Los conocimientos alcanzados en el campo de la Autoinmunidad constituyen un paso crucial hacia el mejoramiento del manejo clínico-terapéutico de las enfermedades autoinmunes particularmente en la Artritis reumatoide, en la cual resulta imprescindible una rápida identificación e implementación de medidas de intervención.(3) En este sentido los avances investigativos han tenido lugar en diversas áreas, algunas de las cuales mencionamos. (Anexo 1)

Anexo 1.

Elementos propuestos en el campo de la autoinmunidad.

- 1) La temprana regulación de la autoinmunidad mediada por células B
- 2) Regulación tímica de la tolerancia para antígenos restringidos a los tejidos a través del factor de transcripción AIRE
- 3) El papel desarrollado por una población de células T reguladoras (CD4+CD25+ Tregs) con un efecto único y en general de las células T en las enfermedades autoinmunes.

4) Rol de las células T en la A.R, con nuevos datos a partir de modelos murinos de artritis espontánea relacionada con la mutación ZAP-70.

5) Identificación de nuevos autoantígenos con la descripción de péptidos (e.g., proteinase 3-complementary proteinase).

6) Identificación de nuevas opciones de inmunoterapia, incluyendo la vía de moléculas de coestimulación (CD28, CTLA4), activación original de los sistemas :(BAFF/BLyS), y de receptores tales como TLRs.

Otro de los factores cardinales cuando hablamos de A.R. temprana lo constituyen las variantes genéticas que median el riesgo, susceptibilidad y severidad de la Artritis reumatoide, aspectos estos que permitirían el desarrollo de nuevas drogas puntuales así como predecir el curso de la enfermedad (4).

El anticuerpo anti - péptido cíclico citrulinado es un marcador biológico que ha mostrado tener sensibilidad y alta especificidad diagnóstica en la Artritis Reumatoide y cuenta con una estrecha relación con los genes HLA clase II.. Estos autoanticuerpos pueden estar presentes tempranamente y predecir a los cambios erosivos, de manera que como marcador diagnóstico temprano se ha detectado en el 36-59% de los casos y como marcador de mal pronóstico se ha reportado en el 41-80% (5).

Cuando se discute acerca e mortalidad incrementada y prematura entre pacientes con A. R, se debe considerar con fuerza a la enfermedad cardiovascular que se ha convertido en la causa más común de mortalidad prematura en la Reumatoide y los datos han mostrado que se comporta como. un factor de riesgo independiente para el desarrollo de la enfermedad aterosclerótica. La aterosclerosis no sólo es un trastorno inflamatorio mediado inmunológicamente sino también comparte características patogénicas comunes con la A.R (7).

Probablemente la problemática esté dada porque los investigadores no realizamos un pesquisaje de la enfermedad cardiovascular entre pacientes con A. R, en etapas tempranas, es decir, antes de su aparición y expresión clínica.

Los criterios diagnósticos para Artritis Reumatoide Temprana propuestos en Japón tienen inconvenientes para el diagnóstico preciso de esta enfermedad por lo que el desarrollo de nuevos métodos diagnósticos como es el caso de la Resonancia Magnética Nuclear y el Ultrasonido de partes blandas ha proporcionado nuevas esperanzas al ser capaces de detectar cambios patológicos propios de la A.R. previos a las evidencias radiológicas (8,9).

En un estudio publicado recientemente (10), y en etapas muy tempranas de la A.R. de pacientes con factores de mal pronóstico, se aplicó tratamiento de Infliximab más methotrexate observándose reducción de evidencia de sinovitis y daño, por Resonancia Magnética Nuclear al año de tratamiento; y a los 2 años la recuperación de la función y la calidad de vida de los enfermos fue sustancial. Recientemente el colegio Americano de Reumatología ha propuesto las Metas a lograrse en pacientes con Artritis Reumatoide (Anexo 2), más los estudiosos del tema en Latinoamérica, han estado también muy activos y hoy podemos contar con grupos de estudio creados para evaluar no solo pacientes con Artritis Reumatoide o Lupus sino diferentes comités científicos por patologías diversas.

Anexo 2

Metas propuestas a lograr por el ACR. En A. Reumatoide

- Prevenir daño estructural
- Mantener la función
- Reducir mortalidad

- Eliminar dolor
- Tratamiento menos agresivo en etapas tempranas
- Methotrexate como la primera y mejor opción
- Cambio temprano de terapia en los casos refractarios
- Énfasis en la terapia combinada
- Tratamiento temprano con biológicos

El Grupo Latinoamericano De Artritis Reumatoide (GLADAR) es un grupo de estudio desarrollado dentro de la estructura PANLAR y que cuenta con el aval oficial de su comité ejecutivo, Comité de educación, Comité de Artritis Reumatoidea, Comité de epidemiología y el Comité de diagnóstico por imágenes. Este grupo fue constituido en la Ciudad de San Francisco, Quito, Capital de la República de Ecuador, en Septiembre del 2003.

LA constitución del Grupo de estudios tiene múltiples antecedentes cuyas bases son de carácter científico; baste señalar que la prevalencia general en A. Latina para las enfermedades reumáticas es prácticamente desconocida y resulta necesario tomar los datos de los países desarrollados y esto resulta de capital importancia cuando se precise conocer las necesidades en recursos materiales, y humanos en materia de salud para enfrentar la problemática de salud que estas enfermedades representan. La prevalencia mundial se sitúa entre 0.2-0.3%. En Cuba nuestro grupo desarrolló el estudio epidemiológico comunitario COPCORD que permitió establecer las tasas de prevalencia y la discapacidad asociada a las diferentes enfermedades reumáticas. Particularmente para la Artritis Reumatoide quedó fijada dicha prevalencia en 1.24% con un intervalo de confianza 0.89 a 1.7 (11).

En la última década ha cambiado mucho el concepto sobre pronóstico y tratamiento de la A.R, se han producido muchos cambios en la comunidad reumatológica mundial en cuanto a la conducta de prescripción de drogas y el uso de combinaciones incluyendo los biológicos, entre otros, por lo que se hacía necesario realizar un estudio multicéntrico en todos los países de Latinoamérica, prospectivo, con idénticos criterios de inclusión e igual metodología de evaluación con la intención de profundizar en el conocimiento de los factores raciales, genéticos y ambientales que condicionan prevalencia y el pronóstico de la enfermedad.

GLADAR, representó, el establecimiento de una cohorte latinoamericana de pacientes con artritis reumatoide temprana (hasta un año de evolución a partir del comienzo de los síntomas) y con un seguimiento de 2 años y nuestro país es fundador de este grupo a través del protagonismo de 2 centros prestigiosos como el Servicio Nacional de Reumatología (Hospital Clínico Quirúrgico "10 de Octubre", y el Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ). Como colofón a este esfuerzo, recientemente fuimos nombrados miembros del Comité Ejecutivo ampliado de esta organización científica.

Resultó muy satisfactorio que nuestro país estuviese presente con dos delegados en la primera reunión de Consenso de la A.R. que tuvo lugar en Quito, Ecuador, la cual evolutivamente devino en la realización de una reunión de Postura y en la II reunión de Consenso de la A. Reumatoide llevada a efecto en Viña del Mar, Chile a finales de Octubre de este año.

Nuestra cohorte de pacientes con A.R. temprana nos está permitiendo comprobar que resulta imperioso instaurar terapéutica modificadora de la enfermedad de inmediato al confirmarse el diagnóstico puesto que se ha demostrado que existe un número de pacientes que en el periodo de 1 año experimentan cambios erosivos irreversible); que la reumatoide está afectando con frecuencia a pacientes de la tercera edad lo que nos obliga a profundizar en el manejo cuidadoso de la medicación y en el conocimiento de los riesgos potenciales de comorbilidad. La evolución de nuestros casos depende no sólo de nuestros conocimientos nivel de

actualización y uso de las evidencias sino también de poder contar con el arsenal terapéutico necesario para asumir el reto de aplicar una eficaz terapéutica y lograr un buen desenlace

Por último queremos convocar a la instauración en los diferentes centros o servicio de Reumatología del país de las "Clínicas de Artritis Reumatoide Temprana" lo que nos facilitará contar con una casuística adecuadamente controlada, estandarizar las conductas y aunar experiencias por el bienestar de todos nuestros pacientes.

Bibliografía

1- Harle P, Bongartz T, Scholmerich J, Muller-Ladner U, Straub RH. Predictive and potentially predictive factors in early arthritis: a multidisciplinary approach. *Rheumatology (Oxford)*. 2005 Feb 16.

2- American College of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis 2002 Update. *Arthritis and Rheumat*. Vol. 46, No2, February 2002, pp 328-246.

3- Sibilía J. Novel concepts and treatments for autoimmune disease: ten focal points ; *Joint Bone Spine*. 2004 Nov;71(6):511-7.

4- Van der Helm-van Mil AH, Wesoly JZ, Huizinga TW. Understanding the genetic contribution to rheumatoid arthritis; *Curr Opin Rheumatol*. 2005 May;17(3):299-304.

5- Bas S . Usefulness of anti-citrullinated protein antibodies in the diagnosis and prognosis of rheumatoid arthritis; *Rev Med Suisse*. 2005 Mar 9;1(10):674, 677-8, 680 passim.

6- Bocci EB, Delle Monache F, Angrisani MC, Gerli R. Recent views on the pathogenesis of cardiovascular damage associated with rheumatoid arthritis, *Recenti Prog Med*. 2005 Feb;96(2):65-9.

7- Okada J, Kondo H. Early diagnosis and treatment of the bone and cartilage lesions in rheumatoid arthritis; *Clin Calcium*. 2003;13(6):729-33

8- Gibbon WW. Applications of ultrasound in arthritis ; *Semin Musculoskelet Radiol*. 2004 Dec;8(4):313-28.

9- Quinn MA, Conaghan PG, O'Connor PJ, Karim Z, Greenstein A, Brown A, Brown C, Fraser A, Jarret S, Emery P. Very early treatment with infliximab in addition to methotrexate in early, poor-prognosis rheumatoid arthritis reduces magnetic resonance imaging evidence of synovitis and damage, with sustained benefit after infliximab withdrawal: results from a twelve-month randomized, double-blind, placebo-controlled trial

10- Reyes Llerena Gil A. Prevalencia comunitaria de la Enfermedades Reumáticas y Discapacidad asociada. Estudio COPCORD., Tesis de Doctorado, C. Habana, Cuba, 2004.

(1): Especialista de Segundo grado en Reumatología. Profesora e Investigador Auxiliar. Servicio Nacional de Reumatología, HCQ "10 DE Octubre"

(2): Especialista en Medicina Interna y Reumatología Dr. Ciencias Médicas, Profesor e Investigador Auxiliar, CIMEQ.

“De la laxitud a la hipermovilidad articular”

Dr. Francisco M. Menéndez Alejo (1)

Resumen

La Laxitud Articular es un hallazgo frecuente en la población universal y también puede ser un signo común de numerosas enfermedades como es el Síndrome Benigno de Hipermovilidad articular. Este último es causa frecuente de síntomas articulares y extraarticulares y en la actualidad se discute si es o no parte de las denominadas Enfermedades Hereditarias del Tejido conectivo. En este artículo se describe los métodos utilizados para su diagnóstico y algunos pautas sobre el tratamiento multidisciplinario del Síndrome

Palabras clave: Laxitud Articular, hipermovilidad articular, enfermedades hereditarias del tejido conectivo

Introducción

La Hipermovilidad Articular se definió hace algunos años como la conjugación de la Laxitud ligamentaria articular y Síntomas músculo esqueléticos, en ausencia de una enfermedad sistemática demostrable. (1)

En la actualidad algunas de estos principios básicos han tenido variaciones sustanciales que demuestran lo polimorfo del síndrome, amplían las posibilidades de su reconocimiento y revelan su estrecha relación con otros cuadros sistémicos conocidos.

El rango de movimiento articular se observa con una distribución gaussiana dentro de cualquier población en la que la Laxitud Articular (LA) podría representar la proporción de uno de sus extremos (2).

La mayor parte de la población con “L A aislada” no sufrirá síntomas músculo-esqueléticos incluso para muchos sujetos hiperlaxos constituye un elemento facilitador para el desarrollo de una amplia variedad de actividades artísticas y deportivas. (3)

La L A suele ser un síntoma permanente de las Enfermedades Hereditarias del Tejido Conectivo (E:H:T:C) como son: el Síndrome de Ehler Danlos Síndrome de Marfán y Oteogénesis Imperfecta en la que el hallazgo histológico fundamental lo constituyen las alteraciones estructurales de los componentes de la matriz extracelular (4). En estos casos la L A se acompaña de manifestaciones anormales en los sistemas óseo, locomotor, cutáneo, visceral y vascular bien definidos en cada uno de estos síndromes desde hace más de una centuria (5)

Entre estos dos grupos extremos con L A reconocida se sitúa un grupo de pacientes que no cumplen criterios diagnósticos de EHTC ni L A aislada porque se acompañan de síntomas articulares y extraarticulares que podrían estar reflejando una afectación orgánica o funcional de la mencionada matriz del tejido conectivo. Es este grupo el que define mejor al Síndrome de Hipermovilidad Articular (SHA).

Cuadro 1

Laxitud Articular (LA)



Desarrollo

La Laxitud Articular es un hallazgo frecuente en la población universal y también puede ser un signo común de numerosas enfermedades como es el Síndrome Benigno de Hiper movilidad articular.

Este último es causa frecuente de síntomas articulares y extraarticulares y en la actualidad se discute si es o no parte de las denominadas Enfermedades Hereditarias del Tejido conectivo. En este artículo se describe los métodos utilizados para su diagnóstico y algunas pautas sobre el tratamiento multidisciplinario del Síndrome

En general el SHA se observa con mayor frecuencia en mujeres que en hombres, es dependiente de la edad hasta desaparecer prácticamente en edades tardías (7)

Su frecuencia es población dependiente siendo mayor en asiáticos y africanos que en caucásicos.(8,9,10)

La prevalencia del Síndrome se calcula entre 5-10% de la población occidental, pudiendo alcanzar hasta el 25% en otras regiones del planeta. (6). Las diferencias observadas entre los estudios realizados, pueden ser debidas a la metodología utilizadas, edad, sexo y procedencia de los estudiados. (11). Más coherentes, resultan los estudios de morbilidad con pacientes atendidos consecutivamente en consulta de Reumatología, que señalan su frecuencia entre 15 y 18 %. (12, 13,14). Se ha descrito una Hiper movilidad generalizada (4 ó más articulaciones Laxas) en contraposición a cuadros oligoarticulares de la misma, que tienen igual repercusión en cuanto a patología articular se refiere y se presentan con mayor frecuencia que las formas generalizadas. (15)

Las articulaciones hiper móviles son menos estables y tienen tendencia a sufrir luxaciones y subluxaciones. Son también más susceptibles a los traumas y los tejidos blandos son menos

resistentes, por esta causa se desgarran los ligamentos y tendones. La columna vertebral está particularmente afectada y el prolapso de los discos lumbares, los defectos de la "pars articularis" y la espondilolistesis ocurren con frecuencia. (2)

No siempre es posible determinar los factores que desencadenan los episodios dolorosos en el SHA aunque los cambios en el estilo de vida, especialmente los que contemplan actividades físicas no acostumbradas son usualmente factores precipitantes. (16)

Existen evidencias de que el SHA es un importante factor de riesgo en la patogenia de la Osteo-Artrosis (OA) (17), esta relación pudiera deberse a un factor mecánico de sobre uso, pero quizás también causado por alteraciones en los genes que codifican al colágeno V, IX y XI. (6)

Sin embargo se ha reportado un posible efecto protector del SHA en la OA de las manos (18), quizás este controversial resultado, refleja las intrincadas relaciones existentes entre ambos estados patológicos

Los recientes reportes de trastornos en la nocicepción (19) y de disautonomía (20). Junto a las alteraciones cutáneas (21) elevado índice de ansiedad, (22) Hernias y prolapsos viscerales.(23) son exponentes de lo heterogéneo que puede resultar el SHA cuando se manifiestan las dolencias extra-articulares.

Evolutivamente el síndrome representa una mezcla compleja de manifestaciones agudas, recurrentes o recalcitrantes que frecuentemente comienzan en la niñez o adolescencia y continúan en la vida adulta. (24)

Las fallas en recibir una intervención efectiva resultan en la instalación de complicados síndromes dolorosos crónicos (25) Fibromialgia y depresión. (27) Aunque el síndrome no afecta las expectativas de vida (24) es causa de morbilidad y por tanto afecta la calidad de la misma. (28) y ha sido incluido por la OMS en su última clasificación de enfermedades que provocan discapacidad. (29)

Recientemente se han introducido cambios en la nomenclatura del síndrome, adicionándose la palabra benigno: Síndrome Benigno de Hiper movilidad articular (SBHA) con el objetivo de diferenciarlo de algunos cuadros de E.H.T.C que cursan con manifestaciones y complicaciones graves como aneurigenas de grandes vasos, prolapsos valvulares, ectopia del cristalino, fracturas espontáneas etc. (5) y también con el declarado propósito de aproximarlo al denominado tipo III (Hiper movil Benigno) de Ehler-Danlos (SED) (6). Para muchos expertos, la mayor parte de las (S.B.H.A) se corresponden con el citado cuadro (tipo III) y el resto con formas frustradas de otras EHTC (24). Este criterio ha prevalecido entre las investigaciones hasta el punto de incluir las formas hereditarias conocidas del S.B.H.A en la más reciente clasificación del SED. (30)

Aunque para otros, aún no existen evidencias suficientes que justifiquen esta asociación. (21)

Las mayores expectativas sobre el tema se sustentan en los resultados de los estudios de genética molecular que hasta el momento inclinan a pensar que el S.B.H.A más que monogénico es un trastorno con múltiples causas que incluyen numerosos componentes de la matriz extracelular (6) que determinan una sustancial y comprobada contribución de los factores genéticos al origen del síndrome (31)

El diagnóstico del SHA se realiza con la búsqueda de signos de LA y Simultanea dolencias músculo-esqueléticas (1). Los métodos utilizados en la detección de LA han sido modificados sucesivamente hasta llegar a los denominados criterios de Beighton ("."). Este sistema ha resultado ser efectivo en la medida de la LA generalizada y aceptado por la mayoría de los investigadores que situara su positividad en valores de 4/9 en lo adelante. (2). Aunque en niños se ha sugerido el uso de una puntuación mas elevada (34)

CUADRO 2

CRITERIOS DE BEIGHTON

- 1- Dorsiflexión pasiva del dedo pequeño bilateral por encima de 90 grado 1 Pts por cada lado
- 2- A posición pasiva del dedo pulgar a la bilateral porción flexora del antebrazo 1 Pts por cada lado
- 3- Hiperextensión pasiva del codo por bilateral encima de 10 grado 1 Pts por cada lado
- 4- Hiperextensión de las rodillas bilateral por encima de 10 grados (Recurvatura) 1 Pts por cada lado
- 5- Flexión del tronco hasta descansar palmas de las manos en el suelo unilateral encima de 1 Pts

Recientemente ha sido propuesto un esquema de criterios diagnósticos para el SBHA que propone adicionarle algunas manifestaciones extra-articulares importantes a los anteriores (34).
Cuadro 3

CUADRO 3

CRITERIOS DIAGNOSTICOS DEL S.B.H.A

CRITERIOS MAYORES:

- 1: Criterios de Beighton: > 4/9
- 2: Artralgia < 3 meses en > 4 articulaciones.

CRITERIOS MENORES

- Criterios de Beighton de 1 a 3
- Artralgias en 1 a 3 articulaciones
- Historia de dislocación articular
- Lesiones en partes blandas > 3
- Habito Marfanoide
- Piel estriada, hiperextensible ó con cicatriz en papel de cigarrillo
- Signos oculares, Laxitud del parpado
- Historia de venas varicosas, hernias ó prolapso visceral.

Diagnostico: 2 mayores ó 1 mayor + 2 menores en ausencia de enfermedades reumática sistémica

(El criterio mayor 2 excluye al B menor)

Un aspecto que consideramos interesante en esta propuesta es que admite la existencia del S.B.H.A con LA mínima demostrable, lo cual amplía las posibilidades diagnósticas a otros grupos donde como ocurre en las edades avanzadas, la LA tiende a desaparecer.

La importancia de establecer un diagnóstico correcto en el paciente con S.B.H.A resalta en el ahorro de sufrimientos y discapacidades que acarrea el síndrome, cuando no es reconocido oportunamente. (24).

En ocasiones la mejoría en las condiciones de trabajo o la simple corrección de la actividad física intensa son suficientes para lograr el bienestar de estos pacientes. (2). Frecuentemente, los resultados de la terapia antirreumática convencional, que incluye el uso de la AINE y la cirugía, fracasan en el Tratamiento del S.B.H.A (11). Una apropiada intervención con Fisioterapia y estabilización ortésica de las articulaciones pudieran ser importante en el manejo óptimo de las causas de consulta (27).

La intervención también pudiera incluir el soporte Psicológico, sobre todo si se desarrolla un Síndrome de dolor crónico ó de Fibromialgia. (2)

Por último, la participación en el tratamiento debería incluir a los padres, maestros e instructores deportivos de los pacientes pediátricos con S.B.H.A por la necesidad de particularizar una conducta terapéutica, que detenga la evolución hacia un síndrome crónico de más difícil control. (11-24)

Bibliografía

1. Kirk J.H, Ansell B.M, BywaterEGL: The hipermobility Syndrome Ann Rheum 1967 , 26 ,419-25.
2. Beighton P, Grahame R, Bird H: Assesment of Hypermobility. En Hypemorbility of Joints. Third Edición . Springer- Verlag London limited. 1999, Pág. 9-22.
3. De Cunto O;L ,Moraldo M B ,Liberatore D;l ,Imach E. Hiperlaxitud Articular, estimación de su prevalencia en niños de edad escolar Arch Argent Pediatr 2001. 99. 105-10.
4. Cotran R, Kurman V ,CollinsT. Bases bioquímicas y moleculares de los trastornos monogenicos. En Patología Estructural y Funcional 6ta Edición.Edith Mc Graws Hill. Interamericana 2000, 149_ 200
5. Grahame R. Heritable disorders of conective tissue. Clin Rheumatol . 2000. 14(2) , 345_ 61
6. Grahame R . Joint Hypermobility and genetic collagen disorders , are they related ?. arch Disc child 1999, 80: 188_91.
7. Jansson A , Saartok T, Werner S , Renstrom P . General joint laxity in 1845 Swedish school children of different ages and genders specific distributions Acts Paedriatr . 2004 , 93 (9) 1202_5
8. Subramanyam V , Janaki KV , Joint Hypermobility in Suoth Indian children . Indian Pediatr .1996, 33, 771_2
9. El Garf . AK Mahmoud . GA, Mahgoud EH . Hypermobility among Egyptian children , prevalence and features. J Rheumatol 1998, 25, 10003_5
10. Quindes land A , Jonsson H . Articular hypermobility in Iceland 12 years olds . Rheumatology 1999, 38 :1014 –6
11. Murray . KJ , Woo P : Benign Joint hypermobility in childhood Rheumatology 2001, 40 489 _491.
12. Bridges . AJ Smith . E, Reid . J . Joint Hypermobility in adults refered to rheumatology clinics. Am Rheum Dis 1992,51 , 793 _6
13. Hudson .N, Star MR Esdaile JM ,Fitzcharles MA : Diagnostic association whit hypermobility in rheumatology patients British J Rheum 1995 ,34:1157_61
14. Menendez Alejo FM , Martinez Rodriguez V , Mederos Oviedo A. La hiperactividad articular en consulta de reumatología . Rev Cub de Reumatología 1999.vol1 num 1 :32_35
15. Lasson . LG , Baun . J , Muldolkar G. S : Hypermobility Prevalence and features in a swedish population arthritis Rheum 1987, 30 1426 _30

16. Beighton P, Grahame R, Bird H. Clinical features of hypermobility. En *Hypermobility of Joint*. Third Edition. Springer Verlag London limited. 1999, pag 53-80
17. Grahame R. Clinical comundrun : how often , when and how does joint hypermobility lead to osteo arthritis ? *Br J Rheumatol* 1989,28:320.
18. Kraus VB , Li YJ , Martin ER , Jordan JM , Renner JB, Doherty M and all. Articular hypermobility is a protective factor for hand osteo arthritis . *Athritis Rheum* 2004 , 50 (7) : 2178-83.
19. Mallik AK , Ferrell WR , Mc Donald AG , Sturrock RD , Impaired propioceptive acuity at the proximal interphalangeal joint in patients whith the hypermobility syndrome . *Br J Rheumatol* 1994,33:631-7
20. Gazit Y, Nahir AM , Grahema R , Jacob G , Dy sautonomya in the joint hypermobility syndrome . *Am J Med* . 2003 ,115(1):33-40.
21. Engelbert RH , Bank RA, Sakker RJ, Helders PJ, Bermer FA, Viterwaal C . Pediatric generalized joint , hypermobility with and without musculoskeletal complaints: A localized or sistemic Disorders ? *Pediatrics* . 2003, vol3, num3 ,248-54.
22. Bulbena A , Agullo A , Pailhez, G, Martín Santos R, Porta M , Guitar J , Gago J : Is joint hypermobility related to anxiety in a nonclinical population also ? *Psychosomatics*2004 : 45 , (5) 432-7.
23. Manning J , Kordan A , Benness . C , Solomon M : The association of obstructive defecation , lower urinari tract dysfunction and the bening joint hypermobility Syndrome : a case – control study *Int urogynecol J* .2003 ,14(2) :128-32
24. Grahame R : Time to take hypermobility seriously *Rheumatology* 2001, 40 : 485-87
25. Harding V , Grahame R The frecueny of joint hypermobility syndrome in chronic pain patients . *Pain* 1990 , 5 (suppl:5300).
26. Acasuso- Diaz M, Collantes Estevez E : Joint hypermobility in patients , with Fibromyalgia Syndrome .*Arthritis care Res* 1998 , vol11 , num1 , :39-42.
27. Grahame R . Pain , distress and joint hyperlaxity . *Joint Bone Spine* 2000 ,67 ,157-63.
28. Gurley – Green S , Living with the hypermobility syndrome . *Rheumatology* 2001 , 40 ,487 , - 9.
29. Colectivo de expertos : Clasificacion Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la salud : 2001, Grafo SA .
30. Beighton PH, De Paepe A , Stemwarner B , T sipouras P , Wenstrup RJ, Ehlers- Danlos
31. Syndrome : revised nosology , villefranch 1997. *Am J med Gen* 77 : 31-37.
32. Hakin AJ , Cherkas LF , Grahame R, Spector TD , Mc Gregor AJ , The Genetic epidemiology of joint hypermobility : a population study of female twins *Arthritis Rheum* 2004 50(8) 2640 – 4.
33. Beighton PH : Hypermobility score . *Br J Rheumatol* 1988 ,27-163 .
34. Arocena JI , Ocañas casas I , Benito Ortiz L , Laxitud articular : Prevalencia y relacion con dolor músculo esqueletico . *An Pediatr (Barc)* 2004 , 61 , 162-66.
35. Mishra Lb, Ryan P, Atkinsor P , Taylor H , Bell J , Calver D, Forgelmam I , Child A , Jackson G, Chambers JA, Grahame R, Extra- Articular features of bening joint hypermobility syndrome *Br J Rheumatol* 1996, 35: 861 -66

(1): Especialista de 2do grado en Reumatología Profesor Asistente del ISCM

Dermatomiositis juvenil con calcinosis universal. Presentación de un caso.

Dra. Melba de la M. Méndez Méndez (1), Dr. Víctor Hernández González(2), Dra. Cecilia Coto Hermosilla (3), Dra. Gloria Varela Puente (4).

Las Miopatías Inflamatorias Idiopáticas (MII) engloban a un grupo heterogéneo de patologías que se caracterizan por debilidad muscular fundamentalmente proximal e inflamación no supurativa del músculo esquelético. Dentro de las MII la Dermatomiositis (DM) y la Polimiositis (PM) son entidades específicas con características clínicas, inmunológicas e histológicas bien definidas cuyo daño no se limita a piel y músculo sino que se extiende a los diferentes órganos y sistemas dando lugar a diferentes síndromes clínicos (1,2).

La Dermatomiositis Juvenil (DMJ) es una enfermedad multisistémica, relativamente rara y de etiología desconocida, caracterizada por inflamación no supurativa del músculo estriado y piel, con presencia de vasculitis como alteración anatomopatológica subyacente y que cursa con debilidad muscular simétrica, rash y aparición tardía de calcinosis. La presencia de vasculitis y el desarrollo de calcinosis son las características que permiten diferenciar la dermatomiositis del niño de la del adulto (1).

La calcinosis ocurre en alrededor del 30% al 70 % de los pacientes con DMJ (2-4) La calcificación es distrófica y por definición ocurre en los sitios de injuria tisular con cifras de calcio y fósforo en sangre generalmente normales por lo que no esta asociada a trastornos del metabolismo del calcio y del fósforo (5). Los sitios más frecuentemente afectados son codos, rodillas, dedos y extremidades, sin embargo puede ocurrir en cualquier parte del cuerpo (6).

Se han descrito 4 tipos de calcificaciones distróficas en las patologías dermatológicas y también en la DMJ(7). La calcinosis circunscrita con placas o nódulos superficiales confinados a la piel o al tejido celular subcutáneo. La calcinosis tumoral, también conocida como calcinosis universalis que se caracteriza por grandes depósitos nodulares que pueden extenderse a los tejidos profundos, incluyendo el músculo. La calcinosis también puede presentarse en planos de músculos y tendones y formando un extenso y duro depósito de calcio sobre toda la superficie corporal llamado exoesqueleto. Puede coexistir una mezcla de varios tipos (5).

La calcinosis se ha asociado con un retardo en el diagnóstico y en el inicio de la terapia apropiada (3,8) en pacientes con enfermedad crónica o policíclica así como los que mantienen la enfermedad activa por largo tiempo (3,9).

Los pacientes con bajos niveles iniciales de creatinquinasa desarrollan calcinosis con menos frecuencia (10) que los pacientes que mantienen elevadas las enzimas por más tiempo (4,9).

La calcinosis está asociada a la historia natural de la enfermedad. En un período impredecible de tiempo puede ocurrir una regresión espontánea, por reabsorción o extrusión del material (5-10) Muchos pacientes con calcinosis desarrollan un reacción inflamatoria durante el depósito activo en la lesión, que consiste en eritema, dolor y drenaje sobre el sitio de lesión, pero también puede existir manifestaciones sistémicas como la fiebre. Es importante distinguir esa reacción de la celulitis, que requiere tratamiento antimicrobiano por el estafilococo aureus (11).

La calcinosis tumoral puede también desarrollar ulceración de la piel que la rodea. En todos los pacientes con calcinosis la afectación física y el compromiso psicológico están presentes (8,9)

Los conocimientos sobre la patogénesis de la calcinosis son muy limitados. La calcificación de la íntima vista en la aterosclerosis o la calcificación de la válvula cardíaca aportan datos sobre este proceso, aunque en esos casos hay nueva formación ósea mientras que en la DMJ no ocurre así (11-13).

En los pacientes con DMJ las lesiones tisulares que siguen a un trauma pequeño desarrollan calcinosis en los sitios lesionados, particularmente si la miositis está aún activa. Un paciente desarrolló un hematoma después de una biopsia de músculo y la calcinosis posterior en el mismo sitio. La lesión tisular y la formación del hematoma esta asociada con otros procesos de calcificación distrófica (5).

La calcinosis por si misma esta asociada con inflamación. En un reciente reporte Mukamel et al, describe la presencia de macrófagos y citocinas proinflamatorias, incluyendo Il6, Il 1 y TNF alfa en la leche del fluido del calcio examinado en un paciente (14). Es posible que existan factores de riesgo genéticos que aun no se han descubierto. Se pueden detectar depósitos iniciales de calcio por imágenes de resonancia magnética (15).

La histopatología de los especímenes extraídos, de largo tiempo de duración demuestran células crónicas encapsulando el mineral, aparentemente son varios tipos de células incluyendo posiblemente macrófagos, células gigantes, linfocitos y eosinofilos. En varios estudios, no hay aparentemente formación de hueso sin evidencia de osteoblastos, osteoclastos o centros de osificación o esto ocurre como proceso secundario. Estudios preliminares de difracción sugieren que el mineral e hidroxapatita de calcio (16). El mineral de calcio por si mismo puede ser un quiomiotáctico para macrófagos y monocitos (17).

Finalmente varios reportes han demostrado tejido conectivo y proteínas asociadas a minerales en las lesiones de calcinosis y en el tejido muscular. El depósito de calcio parece estar nucleado alrededor de las fibras colágenas y elásticas (17,18). Las nuevas técnicas de imágenes permiten su detección precoz (19,20).

Los reportes sobre tratamiento en la DMJ están basados en reportes anecdóticos, solo existe un estudio terapéutico controlado. Una de las mayores dificultades en la interpretación de estos estudios incontrolados es que la historia natural de la enfermedad de estas lesiones es impredecible y puede ocurrir una regresión espontánea. Los reportes generalmente no aclaran cuando la miositis esta activa o en que estadio se encuentra la calcinosis, si hay depósitos activos, ni el tiempo de duración y/o de aparición de los depósitos (4,7,17).

Antes de tratar la calcinosis existente, el primer objetivo de la terapia en los pacientes con DMJ es prevenir el desarrollo de la calcinosis.

Reportes recientes sugieren que el inicio temprano con terapia antiinflamatoria intensiva de la DMJ puede ser efectiva en prevenir el desarrollo futuro de la calcinosis. El uso de la metilprednisolona en pulsos endovenosos ha sido prometedora (20-22). Los esquemas antiinflamatorios pueden ayudar a prevenir futuros depósitos, pero no necesariamente resuelven las lesiones ya existentes.

La marcada regresión de la calcinosis así como su retraso o regresión siguiendo un tratamiento con colchicina (23).

No se han publicado datos sobre la eficacia de otros agentes, incluidos los corticoides orales, methotrexate, o azatioprina en el tratamiento de la calcinosis (24). Por lo tanto, la efectividad de un agente en particular parece depender de su éxito en controlar el proceso inflamatorio subyacente, y varios agentes parecen ser parcialmente beneficiosos.

Otros esquemas terapéuticos como el diltiazem, un bloqueador de los canales de calcio, parece ser que puede inhibir el flujo de calcio en las células y disminuir la concentración de calcio intracelular en el músculo. Varios reportes han planteado el uso beneficioso del diltiazem (25-27).

Otros agentes como hidróxido de aluminio o probenecid. Ambos pueden resultar potencialmente útiles en la reducción del producto fosfo-cálcico en plasma y disminuir el depósito de calcio en los tejidos (6,28-30).

La terapia con bifosfonatos es otro esquema potencialmente prometedor (31). Los mecanismos propuestos para los bifosfonatos en estos desórdenes incluida la calcificación distrófica , incluye la inhibición de la formación de hidroxiapatita de calcio, la función de los macrófagos y la resorción del calcio del hueso (29,31-33).

La warfarina ha tenido opiniones contradictorias y se plantea que no es útil y puede tener complicaciones hemorrágicas (34-35).

El sulfato de magnesio parece tener beneficios mixtos (36). Ultrasonidos con alta energía repetitiva se ha asociado a la reducción de la lesión de tendinitis calcificada; sin embargo puede haber exacerbación de la inflamación local (37)

Para algunos pacientes esquemas de medicina física pueden ayudar para mejorar la función. Se debe de advertir a los pacientes de evitar traumas y lesiones en los tejidos. Para varios pacientes con depósitos tumorales, esta indicada la cirugía, incluido los pacientes que presentan dolor crónico y severo, pérdida de la función, infecciones recurrentes o drenaje y úlceras que no cicatrizan (14,38-39)

El uso con otros medicamentos como hidroxiclороquina, gammaglobulina endovenosa, ciclosporina y más recientemente infliximab se han reportado con resultados no concluyentes en un número limitado de casos (40-43).

En resumen, la calcificación distrófica es una secuela de DMJ está asociada con una DMJ prolongada, activa y/o mal tratada y es posible su prevención usando tratamientos tempranos y agresivos con terapia inmunosupresiva. Los depósitos de calcosis están también frecuentemente asociados no solo con la DMJ activa, sino con el proceso inflamatorio que rodea las lesiones. La intervención temprana con agentes inmunosupresores puede ayudar a la prevención de futuros depósitos, pero existen pacientes que no se pueden controlar (44).

Presentación de un caso

La paciente L.O.L, femenina, blanca, es ingresada en nuestro servicio en el año 1993 a la edad de 3 años por presentar lesiones de piel y dolores musculares. Como antecedentes familiares se recoge solamente la presencia de HTA, Asma, y Diabetes Mellitus.

La historia de enfermedad de la paciente comienza 4 meses antes de su ingreso al aparecer lesiones en piel de la cara y extremidades, caídas fáciles con dificultad para incorporarse, incapacidad para subir escaleras, cansancio fácil, disminución de sus actividades cotidianas y dolor en los muslos haciéndose el diagnóstico inicial de sinovitis de cadera.

Al examen físico se observa un rash eritematopapuloso fino como un salpullido en cara, codos, antebrazos, rodillas y articulaciones metacarpofalángicas de ambas manos. Hay además debilidad muscular proximal en miembros inferiores y de la musculatura troncular y del cuello.

De los estudios de química sanguínea solo están alteradas la creatinfosfoquinasa (CPK) y la lactodeshidrogenasa (LDH) que se encuentran elevadas. El estudio electromiográfico y la biopsia de piel y músculo son normales.

Por los datos clínicos y de laboratorio se diagnostica una DMJ y se comienza tratamiento con Prednisona a 2 mg/kg/día. Se indica fisioterapia después de la fase aguda. Al mes se normalizan las enzimas y se decide iniciar terapia con Azatioprina (2mg/kg/día) 50 mg diarios.

Hay recaída clínica importante a los 10 meses con toma del estado general, eritema facial marcado, dolor y debilidad muscular de miembros inferiores y superiores, artritis de ambos carpos y lesiones ulceradas supurativas en axila derecha. Se elevan las transaminasas y hay caída de la hemoglobina. Se suspende la azatioprina, se eleva dosis de Prednisona, se aplican 6 dosis de Gammaglobulina endovenosa (Intacglobín) a 400 mg/kg/dosis por 5 días durante 6 meses y se comienza con el Methotrexate a 7.5 mg/m²/semanal. Se logra mejoría de parámetros clínicos y humorales a los dos meses.

Se produce trauma de M.S.Izquierdo 5 meses después y empeoramiento clínico predominando edema de la cara, el rash y la debilidad muscular generalizada. Se repiten EMG y biopsia de músculo con patrón miopático de todos los grupos musculares explorados y hallazgos histopatológicos de DMJ respectivamente.

Evolutivamente la paciente presenta infecciones respiratorias y de partes blandas.

A los dos años se constata osteoporosis generalizada y ya se visualizan lesiones compatibles con calcificaciones a nivel del tronco, abdomen y raíz de los miembros inferiores. Las calcificaciones de partes blandas se extienden progresiva y rápidamente al resto del organismo hasta hacerse universal. Son más intensas en tórax lo cual ha provocado que predominen los músculos diafragmáticos en la función respiratoria y a nivel de las extremidades (en músculos y tendones próximos a las articulaciones) manteniéndolas en marcada flexión. (Foto 1).

Por esta evolución se asoció precozmente al esteroide y al inmunosupresor otros medicamentos con el propósito de detener los depósitos anormales de calcio. Se usaron sucesivamente: Etidronato disódico, Diltiazem y por último Colchicina. Actualmente no está tomando el Methotrexate y tiene una dosis baja de esteroides en días alternos junto a la Colchicina.

No se ha observado regresión de las lesiones ya establecidas ni empeoramiento en los últimos seis meses; aunque sí gran limitación física a nivel del cuello, extremidades (caderas, codos, rodillas, manos, etc.)

En esta paciente se corrobora lo planteado por la bibliografía sobre la calcinosis en la DMJ y su evolución tórpida en algunos pacientes a pesar del diagnóstico precoz y todas las terapéuticas aplicadas correctamente y en el tiempo preciso.

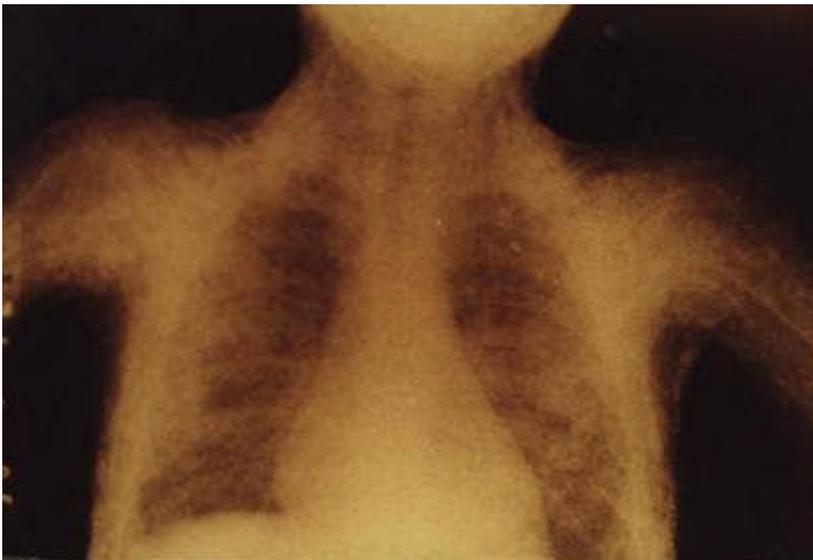


Foto 1: Paciente L.O.L a la edad de 9 años, con depósitos de calcio formando un exoesqueleto. Calcinosis Universal

Bibliografía

- (1) Rider LG, Targoff IN. Muscle diseases. In: Lahita RG, Chiorazzi N, Reeves WH, editors. Textbook of the Autoimmune Diseases. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 429-474.
- (2) Ramanan AV, Feldman BM. Clinical features and outcomes of juvenile dermatomyositis and other childhood onset myositis syndromes. *Rheum Dis Clin North Am* 2002; 28:833-858
- (3) Fisler RE, Liang MG, Fuhlbrigge RC, Yalcindag A, Sundel RP. Aggressive management of juvenile dermatomyositis results in improved outcome and decreased incidence of calcinosis. *J Am Acad Dermatol* 2002; 47:505-511.
- (4) Huber AM, Lang B, LeBlanc CMA, Birdi N, MacNeil J, Feldman BM. Multicentre study of outcome in juvenile dermatomyositis. *Arthritis Rheum* 1998; 41 (suppl.):S264.
- (5) Walsh JS, Fairley JA. Calcifying disorders of the skin. *J Am Acad Dermatol* 1995; 33:693-706.
- (6) Wananukul S, Pongprasit P, Wattanakrai P. Calcinosis cutis presenting years before other clinical manifestations of juvenile dermatomyositis: Report of two cases. *Aust J Dermatol* 1997; 58:202-205.
- (7) Blane CE, White SJ, Braunstein EM, Bowyer SL, Sullivan DB. Patterns of calcification in childhood dermatomyositis. *AJR Am J Roentgenol* 1984; 142:397-400.
- (8) Pachman LM, Hayford JR, Chung A, Daugherty CA, Pallansch MA, Fink CW et al. Juvenile dermatomyositis at diagnosis: Clinical characteristics of 79 children. *J Rheumatol* 1998; 25:1198-1204.
- (9) Rider LG, Okada S, Sherry DD, Wallace CA, Zemel LS, Lindsley CB et al. Presentations and disease courses of juvenile idiopathic inflammatory myopathy. *Arthritis Rheum.* 38 (suppl.), S362. 1995.
- (10) Tabarki B, Ponsot G, Prieur AM, Tardieu M. Childhood dermatomyositis: clinical course of 36 patients treated with low doses of corticosteroids. *Eur J Ped Neurol* 1998; 2:205-211.
- (11) Wallin R, Wajih N, Greenwood GT, Sane DC. Arterial calcification: A review of mechanisms, animal models and the prospects for therapy. *Med Res Rev* 2001; 4:274-301.
- (12) Bostrom K, Demer LL. Regulatory mechanism in vascular calcification. *Crit Rev Eukaryotic Gene Expr* 2000; 10:151-158.
- (13) Tintut Y, Demer LL. Recent advances in multifactorial regulation of vascular calcification. *Curr Opin* 2001; 12:555-560.
- (14) (23) Fuchs D, Fruchter L, Fishel B, Holtzman M, Yaron M. Colchicine suppression of local inflammation due to calcinosis in dermatomyositis and progressive systemic sclerosis. *Clin Rheumatol* 1986; 5:527-530.
- (24) Jacobs JC. Methotrexate and azathioprine treatment of childhood dermatomyositis. *Pediatrics* 1977; 59:212-218.

- (25) Ichiki Y, Akiyama T, Shimosawa N, Suzuki Y, Kondo N, Kitajima Y. An extremely severe case of cutaneous calcinosis with juvenile dermatomyositis, and successful treatment with diltiazem. *Br J Dermatol* 2001; 144:894-897.
- (26) Vinen CS, Patel S, Bruckner FE. Regression of calcinosis associated with adult dermatomyositis following diltiazem therapy. *Rheumatology* 2000; 39:333-334.
- (27) Vayssairat M, Hidouche D, Abdoucheli-Baudot N, Gaitz JP. Clinical significance of subcutaneous calcinosis in patients with systemic sclerosis. Does diltiazem induce its regression? *Ann Rheum Dis* 1998; 57:252-254.
- (28) Nakagawa T, Takaiwa T. Calcinosis cutis in juvenile dermatomyositis responsive to aluminum hydroxide treatment. *J Dermatol* 1993; 20:558-560.
- (29) Harel L, Harel G, Korenreich L, Straussberg R, Amir J. Treatment of calcinosis in juvenile dermatomyositis with probenecid: the role of phosphorous metabolism in the development of calcifications. *J Rheumatol* 2001; 28:1129-1132.
- (30) Eddy MC, Leelawattana R, McAlister WH, Whyte MP. Calcinosis universalis complicating juvenile dermatomyositis: resolution during probenecid therapy. *J Clin Endocr Metabol* 1997; 82:3536-3542.
- (31) Shoemaker LR. Expanding role of bisphosphonate therapy in children. *J Pediatr* 1999; 134:264-267.
- (32) Ylitalo R. Bisphosphonates and atherosclerosis. *Gen Pharmacol* 2002; 35:287-296.
- (33) Van Gelder JM, Breuer E, Schlossman A, Ornov A, Monkkonen J, Simila J et al. In vitro and in vivo effects of tetrabisphosphonates on bone resorption, tumor osteolysis, ectopic calcification, and macrophages. *J Pharmaceut Sci* 1997; 86:283-289.
- (34) Lassoued K, Saiag P, Anglade MC, Roujeau JC, Touraine RL. Failure of warfarin in treatment of calcinosis universalis. *Am J Med* 1988; 84:795-796.
- (35) Moore SE, Jump AA, Smiley JD. Effect of warfarin sodium therapy on excretion of 4-carboxyl-L-glutamic acid in scleroderma, dermatomyositis, and myositis ossificans progressiva. *Arthritis Rheum* 1986; 29:344-351.
- (36) Steidl L, Ditmar R. Treatment of soft tissue calcifications with magnesium. *Acta Univ Palacki Olomuc Fac Med* 1991; 130:273-287.
- (37) Ebenbichler GR, Erdogmus CB, Resch KL, Funovics MA, Kainberger F, Barisani G et al. Ultrasound therapy for calcific tendinitis of the shoulder. *N Engl J Med* 1999; 340:1533-1538.
- (38) Shearin JC, Pickrell K. Surgical treatment of subcutaneous calcifications of polymyositis or dermatomyositis. *Ann Plast Surg* 1980; 5:381-385.
- (39) Liniger P, Slongo T, Eckhardt O. Tumoral calcinosis and atypical juvenile dermatomyositis: case report. *Eur J Pediatr Surg* 1998; 8:382-384.
- (40) Olson NY, Lindsley CB. Adjunctive use of hydroxychloroquine in childhood dermatomyositis. *J Rheumatol* 1989; 16:1545-1547.
- (41) Vedanarayanan V, Subramony SH, Ray LI, Evans OB. Treatment of childhood dermatomyositis with high dose intravenous immunoglobulin. *Pediatr Neurol* 1995; 13:336-339.

(42) Zeller V, Cohen P, Prieur AM, Guillevin L. Cyclosporin A therapy in refractory juvenile dermatomyositis. Experience and longterm followup of 6 cases. J Rheumatol 1996; 23:1424-1427.

(43) Maillard SM, Wilkinson N, Riley P, Beresford M, Davidson J, Murray KJ. The treatment of persistent severe idiopathic inflammatory myositis with anti-TNFalpha therapy. Arthritis Rheum.(suppl.) 46, S307. 2003.

(44) Rider L. Calcinosis in Juvenile Dermatomyositis: Pathogenesis and current therapies. Pediatric Rheumatology Online Journal 2003.

Mukamel M, Horev G, Mimouni M. New insight into calcinosis of juvenile dermatomyositis: A study of composition and treatment. J Pediatr 2001; 138:763-766.

(15) Kimball AB, Summers RM, Turner M, Dugan EM, Hicks J, Miller FW et al. Magnetic resonance imaging detection of occult skin and subcutaneous abnormalities in juvenile dermatomyositis: Implications for diagnosis and therapy. Arthritis Rheum. 43, 1866-1873. 2000.

(16) Kawakami T, Nakamura C, Hasegawa H, Eda S, Akahane S, Yamazaki T et al. Ultrastructural study of calcinosis universalis with dermatomyositis. J.Cutan.Pathol. 13, 135-143. 1986.

(17) Olszak IT, Poznansky MC, Evans RH, Olson D, Kos C, Pollak MR et al. Extracellular calcium elicits a chemokinetic response from monocytes in vitro and in vivo. J Clin Invest 2000; 105:1299-1305.

(18) Fartasch M, Haneke E, Hornstein OP. Mineralization of collagen and elastic fibers in superficial dystrophic cutaneous calcification: an ultrastructural study. Dermatologic 181, 187-192. 1990.

(19) Bar-Sever Z, Mukamel M, Harel L, Hardoff R. Scintigraphic evaluation of calcinosis in juvenile dermatomyositis with Tc-9m MDP. Clin Nucl Med 2000; 25:1013-1016.

(20) Randle HW, Sander HM, Howard K. Early diagnosis of calcinosis cutis in childhood dermatomyositis using computed tomography. JAMA 1986; 256:1137-1138.

(21) Pachman LM, Callen AM, Hayford J, Chung A, Sinacore J, Ramsay-Goldman R. Juvenile dermatomyositis: Decreased calcinosis with intermittent high-dose intravenous methylprednisolone therapy. Arthritis Rheum 1994; 37 (suppl.):S429.

(22) al-Mayouf S, Al-Mazyed A, Bahabri S. Efficacy of early treatment of severe juvenile dermatomyositis with intravenous methylprednisolone and methotrexate. Clin Rheumatol 2000; 19:138-141.

(1): Especialista de primer grado en Pediatría

(2): Especialista de primer grado en Reumatología

(3): Especialista de primer grado en Pediatría. Segundo grado en Reumatología.

Profesora Auxiliar de Pediatría

(4): Especialista de segundo grado en Pediatría. Profesora de Reumatología Pediátrica.

Profesora Titular. Doctor en Ciencias Médicas

Lupus eritematoso sistémico y embarazo. Planteamiento bioético

Dra. Yusimí Reyes Pineda (1), Dr. José Pedro Martínez Larrarte (2)

Resumen

Hasta hace unos años el embarazo era una situación desaconsejada en las pacientes que sufren de Lupus Eritematoso Sistémico, el presente trabajo muestra las modificaciones que a tenido este concepto, y el enfoque bioético de la consulta sobre la posibilidad de concebir un hijo en 9 mujeres que sufren de esta enfermedad y se atienden en el Servicio Nacional de Reumatología, brindando orientaciones y consejos indispensables para que este hecho se lleve a cabo sin la presencia de complicaciones, y concluya con un embarazo natural y un parto a término, hecho que se logró en 4 pacientes.

Palabras claves: Lupus Eritematoso Sistémico, Embarazo, Bioética.

Introducción

La historia del Lupus Eritematoso Sistémico (LES) comenzó hace 150 años con la descripción de esta enfermedad por Von Hebra, conociéndose en la actualidad como una enfermedad autoinmune del tejido conectivo y etiología aún desconocida, que puede adoptar diferentes expresiones clínicas e inmunológicas, caracterizadas por la presencia de múltiples autoanticuerpos que participan en la lesión tisular mediada por estos factores (1).

La incidencia anual se ha calculado en 6-7/100 000 habitantes y superior a 35/100 000 en grupos de riesgo y la prevalencia general de 1 por cada 2000 habitantes (2,3).

En la mayoría de los pacientes la sintomatología aparece entre los 15 y 40 años, resultando una enfermedad básicamente de mujeres jóvenes que se encuentran en plena edad fértil por lo que una paciente embarazada afectada de LES no constituye una situación clínica excepcional (4).

La actividad de la enfermedad, el deterioro de la función renal o el tratamiento inmunosupresor son por lo general contraindicaciones para el embarazo, pero muchas veces, esto es solo un fenómeno transitorio, y no significa que la fertilidad en el LES esté disminuida, siendo muchas de estas situaciones clínicas reversibles (5).

Los abortos espontáneos y los fetos prematuros especialmente en las mujeres con anticoagulante lúpico o anticuerpos anticardiolipinas son así mismo frecuentes, pero esto no contraindica la gestación ya que un tratamiento adecuado reduce estas posibilidades a las mismas de la población general; excepto en los casos con nefropatía activa e insuficiencia renal la que pudiera agravarse con el embarazo; por lo demás, la presencia de complicaciones obstétricas es baja y en la mayoría de las gestantes la enfermedad permanecerá en la misma situación que estaba antes de embarazarse(6).

En los últimos años ha cambiado el pronóstico del LES y se conocen nuevos factores que pueden influir en las posibilidades del embarazo; hoy con toda seguridad el médico puede aconsejar mejor ante las preguntas que siempre le plantea la mujer con lupus en edad fértil (7, 8,9).

Una de las obligaciones médicas primordiales en la actualidad, es comunicarle al enfermo la situación en que se encuentra, los posibles tratamientos, sus complicaciones y pronóstico; en este sentido la veracidad de la información se transforma en obligación moral y a las decisiones tomadas en estas condiciones por el enfermo, se reconoce como consentimiento informado elemento indispensable de la relación médico paciente cuando un equipo de salud atiende a una paciente con LES, y quiera concebir un hijo(10,11,12).

El objetivo de este trabajo fue valorar las consecuencias del consentimiento informado y los principios de la autonomía que avala la bioética, en el resultado final de un grupo de pacientes enfermas de LES en edad fértil, atendidas en la consulta de reumatología, que indagaban acerca de las posibilidades de lograr un embarazo y el pronóstico del mismo.

Método

Este estudio se realizó con 9 pacientes femeninas en edad fértil con el diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico procedentes de la consulta del Servicio Nacional de Reumatología del Hospital Clínico Quirúrgico Docente "10 de Octubre".

Todas las pacientes presentaban la inquietud de quedar embarazadas, pero tenían el temor de que la enfermedad afectara aún más su salud o la de su futuro hijo.

Fue analizado el estado clínico y la terapéutica empleada en ese momento para valorar la posibilidad que tenían de embarazo sin que este fuera a representar un riesgo para la vida de la paciente y el feto, con la intención de llegar a acuerdos razonables que pudieran recomendar la posibilidad del mismo en el momento de la consulta, o su posposición para cuando existiera un control mas efectivo de su enfermedad.

Resultados

En nuestro estudio, una vez realizado una valoración de la situación clínica y terapéutica en cada enferma y como resultado del mismo, se recomendó la posibilidad de embarazo en 4 de ellas; estas tenían ANA negativo, la VSG inferior a 40 mm/h y sólo presentaban lesiones dérmicas localizadas o artralgias matinales, y un tratamiento de base con 15 mg de prednisona al día.

Estas lograron el embarazo y durante la gestación se mantuvo la terapéutica esteroidea. Una de las pacientes comenzó a presentar hipertensión arterial a partir del 7mo mes y fue necesario disminuir la prednisona a 5 mg asociando furosemida al tratamiento; al concluir la gestación tuvieron un parto a término normal.

Las otras cinco fueron convencidas de posponer el embarazo para otro momento, debido a que clínicamente se encontraban en actividad según los siguientes criterios (tabla 1).

RESUMEN CLÍNICO TERAPÉUTICO DE LAS PACIENTES CON LES QUE POSPUSIERON SU EMBARAZO	
Paciente No.1	VSG > 50 mm/h, ANA, anti DNA a positivos, proteinuria mayor de 2 gramos en 24 horas. Bolos de ciclofosfamida trimestral.
Paciente No.2	VSG > 50 mm/h, ANA y anti DNA a positivos, cefalea perenne resistente a los analgésicos. Inmuran oral
Paciente No.3	VSG > 50 mm/h, ANA positivo, Anti DNA a negativos, antecedentes resientes de convulsiones tónico clónicas generalizadas y deterioro cognoscitivo. Ciclofosfamida oral.

Paciente No.4	VSG > 50 mm/h, ANA y anti DNA a positivos, derrame pericárdico, artritis. Ciclofosfamida oral.
Paciente No.5	Anemia hemolítica auto inmune, trombocitopenia, leucopenia, dermatitis y artritis. Inmurán oral.

Tabla 1

Discusión

A la enferma con LES le preocupa la posibilidad de tener hijos y el médico debe poseer los conocimientos científicos adecuados para dar una respuesta acertada., base elemental de la beneficencia en la ética médica, que nos plantea en primer lugar que para ser buen médico, y brindar el servicio que espera el paciente, debemos estar bien informados.

Atrás quedo la época en que la concepción de los hijos en las pacientes con LES era proscrita por sus médicos de cabecera, lo ha demostrado el hecho de que en múltiples ocasiones esta población de enfermas ha quedado embarazada y han tenido un parto feliz sin más dificultades que las propias de la gestación. Sin embargo es importante que la paciente con esta enfermedad conozca que existen aspectos clínicos que no contraindican la gestación pero si predicen la aparición de complicaciones durante el mismo hecho logrado con los 5 casos de nuestro estudio que pospusieron su embarazo.

Dentro se estos aspectos clínicos tenemos la presencia de anticuerpos antifosfolípidos (AAF) (anticoagulante lúpico ó anticuerpos anticardiolipinas) que está relacionado con un aumento del riesgo de aborto, los cuales identifican un subgrupo de pacientes con LES con una alta incidencia de pérdidas fetales.

Otra de las complicaciones que puede presentarse y que afecta al niño es el Lupus neonatal, un subgrupo clínico de LES de escasa incidencia que esta relacionada con la presencia de anticuerpos anti-Ro ó anti-La. Se caracteriza por la aparición de diversas alteraciones transitorias, como lesiones cutáneas similares a las del lupus eritematoso cutáneo subagudo; hematológicas y afectación en el tejido de conducción cardiaco que puede provocar diversos grados de bloqueo auriculoventricular, aunque esto es un hecho poco frecuente, es importante que la paciente conozca esta situación en el momento de valorar su embarazo, y que no sea un hecho a lamentar si se presenta posteriormente, y no tuviera una información correcta sobre el mismo.

Otro aspecto que no debemos dejar de mencionar y que crea preocupación en la paciente con LES embarazada y en el médico de asistencia, es el uso de fármacos durante la gestación. Es tan alta la conciencia social de no tomar medicamentos durante este periodo que la mayoría de estas enfermas abandonan la terapéutica, lo que puede traer graves consecuencia para la madre. Resulta muy importante que el médico le suministre una adecuada información tanto a la paciente como a su familia de los fármacos que se pueden usar, así como sus posibles efectos secundarios; en nuestro estudio seguimos esta metodología logrando concienciar a las enfermas que se embarazaron de continuar con su terapéutica, presentándose un mínimos de efectos adversos fácilmente corregibles, por lo que no tuvimos que lamentar abandonos del tratamiento y por lo tanto posibles recaídas en estas enfermas .

Una vez que la paciente con LES esté embarazada debe tener un seguimiento por un equipo multidisciplinario constituido por un reumatólogo y un obstetra desde el inicio, y sumarse un neonatólogo al final del mismo; así como aplicarle algunos de los cuestionarios validos para medir la actividad lúpica como el SLEDAI en cada consulta, hecho que se realizó con las pacientes del estudio que se embarazaron.

En el seguimiento de esta población de paciente siempre que existan posibilidades deben tenerse en cuenta los siguientes parámetros; de lo contrario, como es de suponer se exige un

mayor esfuerzo de seguimiento clínico para sospechar y tratar las complicaciones que se puedan presentar en este periodo:

- Tensión arterial (TA), hemograma con diferencial, VSG, creatinina en sangre y orina; proteinuria de 24 horas en cada consulta.
- ANA, ANTI DNA de doble cadena, C3, C4 bimensual.
- Anticoagulante lúpico y anticuerpos anticardiolipinas trimestral.
- Anti-Ro/SSA y Anti-La/SSB 2 veces durante el embarazo.
- UTS fetal, Ecocardiograma fetal y Eco-Doppler fetal cada vez que sea necesario.

Teniendo en cuenta los elementos antes explicado, y a la luz de los conocimientos actuales, ante una paciente con LES que nos pregunte si puede tener un hijo con esta enfermedad, no debemos mantener una ética paternalista que con la idea de realizar un acto de no maleficencia cercenamos su autonomía de decidir tenerlo.

Nuestra respuesta seria, es usted quien debe decidir; y esta respuesta debe ser basada en la autonomía y el consentimiento comprendido de la paciente que conlleva:

- Un conocimiento profundo, total y asimilado de todos los aspectos negativos que se pueden presentar durante el embarazo tanto para ella como para el producto de su concepción.
- Los aspectos positivos y negativos en cuanto al uso de determinadas drogas para el control de la enfermedad durante este periodo.
- Importancia del control estricto del embarazo por los especialistas que se encargaran de la dispensarización y seguimiento del mismo.

Resulta más fácil dar una respuesta positiva cuando la paciente se encuentra con la enfermedad controlada y la terapéutica limitada a drogas no teratogénicas como sucedió en los cuatro casos que se embarazaron de nuestra serie, las cuales con un pesquiasaje ginecoobstétrico-reumatológico tiene grandes posibilidades de llegar a término con un embarazo normal.

No sucede así en casos que la enfermedad se encuentre activa clínicamente, o las terapias representan un riesgo de contraer malformaciones en el feto. Esta situación necesita un enfoque bioético que no sólo quede reducido al consentimiento informado consistente en explicarle a la paciente cuales serían los riesgos de su embarazo tanto para ella como para el feto, dejando la decisión del embarazo a su propia conciencia; estos casos necesitan de un consentimiento educado y sobre todo comprendido, un enfoque superior dentro de la atención médica y la relación médico paciente, el cual requiere de conocimientos sólidos y profundos de bioética médica, teniendo en cuenta el compromiso de salud que se plantea en dos seres, en el cuál el médico debe ser capaz de hacer entender a sus enfermas el riesgo que representaría para su vida o su descendencia la posibilidad de quedar embarazadas en ese momento, como se explica en las cinco pacientes de nuestro estudio que se encontraban en actividad clínica en el momento de la consulta. El hecho de posponer sus planes familiares para otro momento respondería a las responsabilidad compartida que surge en estas situaciones y sólo se lograrían con la capacidad profesional de resolverlas bioéticamente.

Conclusiones

- Las mujeres con LES controlado pueden lograr embarazos y partos a término normal.
- Debe tenerse en cuenta en el momento de tomar la decisión de un embarazo una serie de parámetros clínicos y de laboratorio entre los que se encuentran exámenes serológicos, estado de la función renal, la presencia o no de anemia hemolítica, neurolupus, alteraciones del sistema cardiorrespiratorio entre otros.

- Este grupo de pacientes para lograr realizar un embarazo feliz y armonioso, con el nivel de tranquilidad espiritual que merita este hecho, deben tener un control y seguimiento estricto tanto del especialista en obstetricia como el reumatólogo de cabecera.
- La decisión del momento del embarazo en esta población de enfermas, es una responsabilidad compartida con el equipo médico de asistencia, donde debe estar presente principios tan elementales de la bioética como la autonomía del individuo, el consentimiento informado, educado y sobre todo comprendido, objetivo fundamental de la excelente relación médico paciente que se debe desarrollar en este periodo.

Bibliografía

1. • Rafael Herrera Esparza, Esperanza Avalos Díaz. El lupus a un siglo de la propuesta de Erlich. Rev. Mex. de Reumatol . 2002, 3 (17): 65-72
2. • J. Ordi Ros y J. Barquinero Muñoz. Embarazo en la Enfermedades del Tejido Conectivo. Enfermedades Autoinmunes del Tejido Conectivo. Ediciones Doyma1998: 199-207.
3. • Steinman RM, Nussenzweig MC. Avoiding horror auto-toxicus: The importance of dendritic cells in peripheral T cell tolerance. Proc Natl Acad Sci , USA 2002; 99:351 -58.
4. • J. Font. M. Khamashta M Vilardell. Lupus Eritematoso Sistémico. Madrid, Ediciones Doyma. 1997.
5. • Balaguer Santamaría A, Gómez de la Cruz E. Diagnóstico Prenatal: Uso actual de técnicas invasivas en nuestro entorno. Cuaderno de Bioética 1998: 25-56.
6. • Martínez Larrarte JP., et al. Estudio sobre la problemática del Consentimiento Informado al paciente en el Servicio Nacional de Reumatología. Universidad Virtual de Salud. Humanidades médicas.2003.
7. • Martínez Larrarte JP. Reflexiones sobre el desarrollo de la Bioética en la Reumatología Cubana. Rev. Cubana Reumatología. Vol II, No. 2, 2000.
8. • Aurelio Castillo; Javier Vega Gutiérrez. El principio de la Beneficencia a propósito de un caso sin consentimiento informado. cuaderno de Bioética 1998: 30-36.
9. • Palacios Boix. A. Los valores en medicina. Hacia una axiología del ethos médico. Rev. Mexicana de reumatol. 2002, 2 (17): 6-9
10. • Bueno G. El aborto desde la bioética materialista. Cuadernos de Bioética. Septiembre .2002: 67-73.
11. • C. A. Navari Consentimiento. Revista Argentina de Reumatología. Año 5, Número 4,1994: 28-32.
12. • Barreto R. Reflexiones sobre Bioética y Ejercicio médico. Caracas. Mayo 1996

(1): Especialista de 1er grado en Medicina General Integral y de 1er grado en Reumatología

(2): Especialista de 2do grado en Reumatología. Profesor Auxiliar

Nuevas tendencias en la terapéutica quirúrgica por invasión mínima de la sinovial y el cartílago articular

Gil A. Reyes Llerena (1), Guibert Toledano M (2), Bárbaro Taylor (3)

Resumen

Las condiciones para el adecuado manejo de las patologías de la sinovial y el cartílago han ido cambiando satisfactoriamente en los últimos 15 años. Se han dado importantes pasos no solo en el mejoramiento del tratamiento no farmacológico al haber un mejor conocimiento de la fisiopatología de los cambios que se producen, la existencia de nuevos conceptos acerca de la realización de programas de ejercicios físicos, introducirse nuevos enfoques como la condroprotección y viscosuplementación entre otros. Los resultados del tratamiento a las lesiones de la sinovial y el cartílago por nuestro grupo son expuestos y discutimos las nuevas tendencias que desde el punto de vista quirúrgico, cobran cada día mayor importancia. Destacamos las técnicas de debridamiento de la sinovial articular redundante tempranamente, debridamiento del cartílago mediante shaving y lavado articular así como las perforaciones que realizamos. Así revisamos y actualizamos el conocimiento acerca de las técnicas de reparación del cartílago y estimulación de su neoformación que aún no están dentro de nuestro arsenal terapéutico. El debridamiento, la condroplastia mediante radiofrecuencia, las técnicas de microfracturas del cartílago, la mosaicoplastia y por último el trasplante de condrocitos están en el tapete y han mostrado halagüeños resultados en el mejoramiento del dolor, la funcionalidad articular lo cual redundará en una mejor calidad de vida.

Palabras claves: Condropatía, condroprotección, mosaicoplastia, artroscopia quirúrgica.

Introducción

El cartílago articular es un tejido noble constituido por agua en el 80%, matriz colágena tipo II, proteoglicanos, células como los condrocitos, y no cuenta con vascularización o nervios obteniendo su nutrición de la matriz y el líquido sinovial circundante. Entre sus funciones está la de absorción y distribución de las cargas impuestas a la articulación. Este cuenta con una escasa capacidad de reparación y son variadas las técnicas desarrolladas para su reparación.(1)

Existen muchas formas de que se establezca daño al cartílago articular, los traumatismos, lesiones osteocondríticas y la osteoartrosis son las más frecuentemente detectadas. En el caso de la osteoartrosis el diagnóstico deberá estar sustentado en los criterios del Colegio americano de Reumatología para las manos, caderas y rodillas. (ACR) (2-4), la radiología simple se basará en los criterios de Kellgren y Lawrence (5) para la OA de rodillas atendiendo al daño cartilaginoso o al estrechamiento del espacio articular y jugarán su papel la tomografía Axial computarizada entre otras técnicas imagenológicas..(6-7) El tratamiento deberá estar dirigido a lograr la cooperación del paciente y adquirir una adecuada educación acerca de su enfermedad, para observar una serie de medidas como la pérdida de peso para acercarse a lo ideal, el uso de ayudas para caminar y descarga de peso, terapia funcional, tener un adecuado manejo de las actividades y cargas físicas, desarrollar programas de ejercicios, y beneficiarse de técnicas como la termoterapia, corrientes TENS, magnetoterapia (8) En Cuba se desarrollan similares programas en el orden terapéutico sin embargo la medicina alternativa o complementaria o tradicional tiene una amplia aceptación por parte de pacientes y profesionales dedicados a esas áreas de la investigación.(9-10)

No obstante de manera similar a lo que ocurre a escala internacional no se cuenta con estudios controlados publicados que confirmen su eficacia.

Está demostrado que en osteoartritis y Artritis Reumatoide, existe daño al cartílago articular por diversos mecanismos algunos conocidos y otros no bien determinados. Las metaloproteinasas (MMP-1, y MMP13), son enzimas que degradan los componentes de la matriz extracelular y juegan un rol preponderante en OA y AR. La 13 tiene un doble papel degradativo al actuar también sobre la moléculas de proteoglicano en tanto otras como la MM-9 , degradan otros componentes no colágenos de la matriz del cartílago articular. La MP 1 es ampliamente producida por el tejido sinovial y la 13, por los condrocitos que residen en el cartílago. Hasta la fecha no se conocen los inhibidores, las vías y mecanismos moleculares, genéticos de expresión que se pudiesen controlar para crear alguna terapéutica apropiada.(11)

Según Towheed los AINES, en sujetos con moderado a severo nivel de dolor son más efectivos que el Acetaminofén.(2g) (12)

La evaluación de la base de datos Novartis / Lumiracoxib con 34,668 pacientes incluidos los cuales recibieron Lumiracoxib a un año de seguimiento demostraron que noa existen evidencias de daño o riesgo cardiovascular del producto comparado con placebo, diclofenaco, Ibuprofen, Celebrex, Rofecoxib y Naproxen y puede ser usado en pacientes con daño cartilaginoso por OA.(13)

No existen conclusiones acerca de la eficacia cierta de la la viscosuplementación para el tratamiento de la osteoartritis teniendo en cuenta la escasez de estudios controlados , sin embargo los datos publicados luego de una amplia revisión de Med Line y los registros controlados de Cochrane entre 1966 y 2005, sugieren que el método es efectivo para el mejoramiento de los pacientes, luego de hallarse un determinado nivel de evidencias al respecto. (14)

Una revisión de la literatura acerca de los preparados herbales dentro de la medicina complementaria o alternativa usados en el campo de la reumatología mostró que

Parecen existir mecanismos comunes, o vías que determinen que estos compuestos puedan expresar condiciones antiinflamatorias e inmunomoduladoras por lo cual concluyen sugiriendo que se investiguen los posibles mecanismos potenciales de acción

que pudieran tener estas sustancias para validar científicamente o refutar sus efectos terapéuticos.(15)

Objetivos

El objetivo general de nuestro trabajo está dirigido a realizar una revisión acerca de las nuevas tendencias existentes en cuanto a la terapéutica de la sinovial y el cartílago desde el punto de vista de la terapéutica no farmacológica particularmente el abordaje por cirugía artroscópica. Al mismo tiempo mostrar los principales resultados generales que hemos obtenido con la aplicación de algunos de estos métodos entre pacientes con afecciones reumáticas tratados en nuestro servicio en el Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas de Cuba.

Terapia térmica en el tratamiento de lesiones del cartílago .

El fenómeno relativo a las alteraciones térmicas del colágeno con encogimiento del mismo, es antiguo y conocido. No obstante ha cobrado interés en los últimos años.

Se han utilizado tres sistemas térmicos en la cirugía artroscópica tales como el Holmio-Yitrio-alluminio-garnet-laser (HO: YAG Laser) conocido como Yag-Laser; el sistema de radiofrecuencia monopolar y bipolar. El Laser ha quedado un tanto atrás por los efectos deletéreos que genera sobre el cartílago. Las otras técnicas mencionadas que utilizan

electrodos intraarticulares introducidos mediante una sonda, producen corriente productora de calor a través de la penetración y resistencia en los tejidos biológicos de forma predecible y constante. El sistema bipolar Arthrocare, VAPR System y el sistema Monopolar ORATEC.

Estos últimos han mostrado una mayor eficacia y seguridad y hoy son frecuentemente utilizados en la cirugía artroscópica de la sinovial y el cartílago.

El Shrinkage es la denominación que recibe una de las técnicas de aplicación de energía térmica sobre los ligamentos particularmente cruzado anterior, con el ánimo de mejorar su consistencia y fuerza.

Turner y cols.(16) mostraron sus buenos resultados y señalan seguridad del método de radiofrecuencia al ser aplicada a los tejidos lesionados ya sean de la sinovial o del cartílago. Demostraron que no se presentan alteraciones histopatológicas del tejido tratado, y sin áreas de necrosis celular. Lo indican en lesiones parciales del cartílago grado II/III.

Las lesiones de la sinovial y el cartílago están entre las fundamentales que se presentan entre pacientes con afecciones reumáticas y traumáticas.(16) (17) (18) Nosotros no contamos con estas técnicas en nuestro servicio y las experiencias con que contamos derivan de la revisión bibliográfica y del aprendizaje alcanzado durante nuestro entrenamiento en servicios de cirugía ortopédica en el extranjero.

Condroplastia

Pocos estudios han ofrecido datos acerca de los resultados del uso de la radiofrecuencia en la condroplastia y los enfoques son contradictorios en cuanto a resultados. No obstante se ha ganado en profundidad en cuanto a los conocimientos y popularidad y aceptación del método y se publican mayoritariamente reportes de buenos resultados con su uso.

No obstante todos los expertos en general concuerdan en que se precisa de una buena selección de los pacientes para lograr buenos resultados en la reparación del cartílago por estos métodos y los pacientes con lesiones tempranas tienen mejores posibilidades de alcanzar los mejores resultados.(17)(18)

Terapia restaurativa del cartílago

La meta ansiada luego del tratamiento reparativo del cartílago es lograr restaurar el normal tipo II en el área dañada a través de diferentes técnicas quirúrgicas. (Anexo 1)

Avances recientes en la instrumentación y el aumento de la comprensión de la fisiopatología de la osteoartritis, han guiado a un incremento en el uso de la artroscopia en el manejo de la OA. Se incluye entre estas técnicas al debridamiento articular, abrasión y artroplastia, procedimientos de perforación y microfracturas cartilaginosa, el uso de energía térmica como condroplastia a corto plazo.

Se ha demostrado que el mayor y más persistente alivio se obtiene en pacientes con inicio agudo de su cuadro, disturbios mecánicos por daño al menisco o cartílago, y cambios radiográficos osteocartilaginosos con un buen alineamiento.

Las técnicas artroscópicas de condroplastia proveen resultados impredecibles concernientes a durabilidad del fibrocartílago reparado luego de aplicar técnicas de perforación o microfractura (18)

En nuestros casos las técnicas que hemos desarrollado han estado dirigidas a la realización de un debridamiento de la sinovial y el cartílago dañado ya sea por defecto condral traumático, por osteocondritis u osteoartritis.

El debridamiento mediante el uso de instrumentos motorizados para shaving y lavado articular ha prevalecido, aunque la utilización de instrumentos de legrado manual y uso de pinzas de ponche también por diversas razones han estado presente. Los resultados que hemos obtenido consideramos han sido buenos y alcanzan alrededor del 75 % lo cual se corresponde con los resultados que ofrecen diversas series publicadas por diferentes autores y que reproducimos junto a nuestros resultados para una mejor ilustración de nuestro trabajo. (Anexo 2)

Anexo I

Técnicas quirúrgicas para tratamiento del cartílago articular

I- Debridamiento articular y lavado .

-Propicia la extracción de cuerpos libres, exégesis de tejido sinovial redundante, debridamiento del cartílago articular dañado mediante shaving. Puede realizarse mediante la aplicación de radiofrecuencias.

II-Técnicas de estimulación al crecimiento del fibrocartílago.

-Perforación-----Pride 1959

-Condroabrasión-----Jonhnos 1986

-Microfracturas -----Steadman 1992

III-Técnicas de reparación del cartílago hialino colágeno tipo II.

-Injerto periostal

-Injerto pericondral

-Trasplante autólogo de condrocitos.

Microfractura

La microfractura pertenece a las técnicas de estimulación de células multipotenciales de la médula ósea al igual que la abrasión artroplástica por perforación del hueso sub-condral.

Esta técnica consiste en la realización de varias microperforaciones separadas entre ellas 3- 4 mm y con 4 mm de profundidad para alcanzar la zona vascularizada que contiene las células potenciales. Esto es aplicable a rodillas y tobillo y hombros. Algunos autores refieren 78% de buenos resultados con esas técnicas en cuanto a mejoría del dolor.

Un estudio de Aglietti (19) evaluando 46 rodillas operadas de pacientes con osteocondritis de la rodilla en el cual comparaba tres métodos quirúrgicos como la remoción del fragmento condral, fijación del mismo o trasplante de condrocitos mostró en pacientes de 21 años edad media y defecto de 3.6 cms, que: No hubo diferencias en el seguimiento en cuanto a dolor, otros síntomas, realización de actividades de la vida diaria, deportes y calidad de vida. Hubo diferencias solamente en cuanto a satisfacción que resultó mejor en la extracción del fragmento, y deterioro radiológico que resultó mayor en aquellos en los cuales se extrajo el fragmento. Concluyen el trabajo señalando que el grupo tratado con remoción del fragmento obtuvo buenos resultados clínicos al margen de un cierto deterioro a los RX. La refijación del fragmento obtuvo buenos resultados iniciales clínico-radiológicos, pero con la necesidad de sucesiva extracción del mismo y el grupo trasplantado tuvo buenos resultados aunque con menor tiempo de seguimiento.

El grupo del Instituto de reparación del cartílago del Hospital especial para cirugías del Este de New York señala en su trabajo que pese a la popularidad de la técnica, la información prospectiva acerca de sus resultados es limitada. En este estudio de 48 rodillas con daño del cartílago del cóndilo, y un seguimiento de 24 meses, hallaron excelentes resultados en el 67% de los casos, 25% regulares, y pobres en el 8%. Hubo mejorías en las actividades de la vida diaria demostrados por la escala de medición IKDC. Concluyen señalando los buenos resultados del método a corto plazo en su seguimiento. (20)

Mosaicoplastia

Constituye un método de trasplante autólogo osteocondral formado por un fragmento cilíndrico de hueso y cartílago tomado de un área comunmente patelofemoral que no recibe carga, y se injerta en un área de cartílago dañado en zona de carga en sujetos jóvenes con defecto condral único o varios previa preparación artroscópica del área que recibirá el trasplante.

Un grupo Italiano realizó un estudio ensayo clínico en el cual comparaba dos métodos reparativos como la mosaicoplastia y el trasplante autólogo de condrocitos y como control un grupo al cual solo le realizaron debridamiento articular. Los resultados en todos los grupos fueron satisfactorios en general, y comparables entre si.(21) Otro estudio relacionado con medicina del deporte en el cual enrolaron atletas jóvenes, con lesiones del cartílago articular comparó aquellos sujetos a los cuales se les realizaron técnicas reparativas y de estimulación como la mosaicoplastia con trasplante autólogo de condrocitos, y microfracturas. La evaluación fu hecha siguiendo la escala de la Sociedad Internacional de Reparación del Cartílago, y a los pacientes se le realizaron RMN, y estudios histológicos por biopsia.

En el grupo con trasplante, 26 (93%) retornaron al deporte activo, en tanto solo 15 (52%) lo hicieron en el de las Microfracturas. (22)

Los autores destacan los buenos resultados del área condral trasplantada en su seguimiento en el Segundolook artroscópico de acuerdo a los criterios visuales de la sociedad de reparación del cartílago, y por las biopsias realizadas.(23)

Implante autólogo de condrocitos.

Las indicaciones para la realización del trasplante autólogo de condrocitos están sujetas en lo fundamental a las lesiones aisladas del cartílago que ocurren en sujetos jóvenes en muchas ocasiones consecutivas a trauma deportivo u otros, que la lesión esté entre 2 y 4 cms,2 y tengan un grado IV de la clasificación de Oustedbridge. También se seleccionan sujetos en los cuales con lesiones de 2cm2 han fallado otros métodos o en osteocondritis disecante. Estas técnicas resultan costosas y de difícil realización en el orden técnico.

Nosotros no contamos aún con las facilidades tecnológicas para desarrollar dichas técnicas.

El implante autólogo de condrocitos inyectados en suspensión debajo de un colgajo de periostio está dentro de las técnicas aplicadas para el tratamiento de las lesiones del cartílago articular ya sea por defectos localizados determinados por traumatismos, o por fenómenos degenerativos como en casos de osteoartrosis. El método si bien resulta muy halagüeño en cuanto a sus resultados, tiene como inconveniente que precisa de la realización de una artrotomía para lograr el implante.

El implante de condrocitos autólogos sin colgajo puede realizarse por vía artroscópica y tiene una mas amplia difusión y aceptación.

Autores como Sharpe y cols,(24) han señalado buenos resultados con el uso de un material híbrido conformado por implante de condrocitos autólogos (ACI), y el uso de un injerto como el (OATS), osteocondral autograft transfer system. Ambos implantes colocados en amplios

defectos condrales ofrecen buenos resultados a tres años de seguimiento de una serie de 13 pacientes con daño a nivel del cóndilo interno, externo y patela que fueron estudiados

La evaluación de los resultados suele hacerse teniendo en cuenta los criterios de la Asociación Internacional de Reparación del cartílago (ICRS).(25)

No obstante a los resultados antes apuntados por las publicaciones de los trabajos de diversos autores, han surgido nuevos elementos que lanzaron a la palestra una nueva polémica acerca de la capacidad real de los métodos antes citados en cuanto a que son capaces de lograr una eficaz reparación justificativa de riesgo beneficio y costos que la cirugía artroscópica determina.

El grupo de Balley College de Houston encabezado por Moseley (26), realizó un estudio randomizado, ciego controlado en el cual compararon tres grupos de pacientes con lesiones por osteoartritis del cartílago. Uno de los grupos enrolados fue sometido a lavado articular solamente, otro a lavado y debridamiento articular, y el último no recibió tratamiento alguno simulándose que fueron operados al realizársele una muesca o herida en la piel.

Los resultados mostraron mejoría comparable en los tres grupos.

Los autores concluyen su trabajo señalando que los resultados obtenidos con la realización de las técnicas quirúrgicas por artroscopia se deben fundamentalmente al efecto placebo. Se señalan los gastos billonarios por artroscopías para lavado articular y debridamiento, en pacientes con osteoartritis, y la mejoría obtenida señalan que no va más allá que la alcanzable mediante placebo; luego resulta cuestionable continuar realizando tales procedimientos terapéuticos.

Este artículo causó gran impacto en el público y entre los especialistas del área, la industria farmacéutica y gobiernos.(26)

Muchos cirujanos ortopédicos encabezados por el Dr. Jakson (27) refutaron fuertemente los criterios vertidos en el artículo de Moseley, y critican la metodología seguida para su realización incluyendo la selección de los pacientes, el análisis estadístico, no usar herramientas de medición validadas además de considerar los aspectos éticos que implica la publicación en esas condiciones del mismo.

Lo cierto es que la controversia aún persiste pese a que la artroscopia continúa siendo el gold estándar para la evaluación del cartílago articular, ver las características de la sinovial al ofrecer una imagen magnificada y directa de las estructuras.

La artroscopía sirve como proceder diagnóstico terapéutico en desórdenes articulares, y aunque la mayoría de los estudios publicados son retrospectivos, casos y controles y reportes de los resultados de trabajo, en general ofrecen conclusiones de trabajo satisfactorias. Debe tenerse en cuenta que los resultados generales reportados son satisfactorios sobre todo cuando se trata de pacientes en estadios tempranos de la osteoartritis pues resulta conocido que en estadios avanzados sus desenlaces son de poco valor en el alivio de los síntomas y en alcanzar una buena funcionalidad.

La mayoría de los investigadores señalan que se precisa de estudios controlados ciegos con un buen diseño para alcanzar verdaderas y definitivas conclusiones.

Nosotros consideramos como válidas esas apreciaciones sobre todo por estar sustentadas en experiencias y evidencias. No obstante en tanto no se demuestre lo contrario por estudios con una elevada potencia por su calidad y diseño, aceptamos la realización del método artroscópico y las técnicas reparativas del cartílago como de gran valor en el orden terapéutico para los pacientes aquejados de daño de dichas estructuras intra-articulares. Los resultados que hemos alcanzado en nuestro quehacer diario en líneas generales confirman dicha hipótesis.

RESULTADOS: DEBRIDAMIENTO Y ARTROPLASTIA ARTROSCOPICA .

AUTOR FECHA FU CASOS RESULTADOS

Sprague	1981	13 m	78	74%
Shariaree	1982	26 m	275	76%
Bert	1989	60 m	67	66%
Rand	1991	60 m	131	67%
Merchan	1993	25 m	35	75%
Jackson	1998	39 m	202	68%
Mc Ginley	1999	158 m	91	67%
O. Harris 2001	2001	72 m	211	77%
Gil Reyes 2003	2003	43 m	186	75%

Anexo 2 Revisión tomada de Memorias de Congreso de cirugía artroscópica 2001.

Bibliografía

1- Rosa D; M. Izzo, M. Ciccarelli, et al. Indicazioni e principi de trattamento delle lesioni condrali.

Rev. It. Biol. Med 2001 ; (supl. 1-2): 348-51

2-Altman R, Alarcón G. M , Appelrouth D. y cols. The American College of rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. Arthritis Rheum 1991; 34: 505-514

3-Altman R, Alarcón G , Appelrouth D. y cols. The American College of rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. Arthritis Rheum 1990; 33: 1601-610

4- Altman R , Ash E, Bloch G y cols. Development of criteria of classification and reporting of osteoarthritis : Classification of criteria of osteoarthritis of the knee.. Arthritis Rheum 1986; 29: 1039-49

5-Kelgren J, Lawrence J. Radiological assessment of osteoarthrosis. Annals Rheum Diseases 1957; 16. 494-97

6-VI-Dieppe P, Hochberg M, Kelsey J et al. Estimates of the prevalence of selected arthritics and musculoskeletal diseases in the United States . J Rheumatol 1989; 16: 427-41

7-Hutton C, Higgs E, Jackson P et al. 99M TcHMDP bone scanning in general modal osteoarthritis II. The for hour bone scan image predicts radiographic change. Ann Rheum Dis 45: 622-626, 1986.

8-Arteaga B, Martínez Z-Cáceres G L, Magaña Aquino M, González Amaro R, Mendoza Abud C. et al. Calidad de vida, terapias alternativas y costos de las enfermedades y padecimientos reumáticos crónicos. Rev Mexicana de Reumatol 1997; 12: 147-51

9-Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M, Hernández Martínez A. y cols. Comportamiento comunitario en la búsqueda de ayuda y uso de terapia no convencional en afecciones reumáticas. Rev Colomb de Reumatol. 1997; 6 (1): 23-29

10- Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M, Hernández Martínez A. y cols Rheumatology and care for the rheumatic diseases in Cuba. . J Clin Rheumatol 1999; 5: 289-92

11-Kenneth D. Brandt , Charles W. Slemenda. Epidemiology, pathology, and pathogenesis of Osteoarthritis.. In Primer on the Rheumatic diseases. Arthritis Foundation; X ed. Chapter 24. 184-93; 1993.

12-Towheed T E, Judd M J , Hochberg M. et al. Acetaminophen for Osteoarthritis. Cochrane Database Syst. Rev 2003 ; (2) : CD 004257.

13-Natachaba P. Gilton X , et al. Cardiovasc safety of Lumiracoxib: a meta-analysis of all randomized controlled trials > / = 1 week and up to 1 year in duration of patients with Osteoarthritis and rheumatoid arthritis.

Clin Ther 2005; 27(8): 1196-214

14-Condroziert, Vignon E. Is there evidence to support the inclusion of viscosupplementation in the treatment for patients with hip osteoarthritis? Clin Exp Rheumatol 2005; 23(5): 711-716

15-Setty A R; Sigal L H. et al. Herbal medications commonly used in the practice of rheumatology: mechanism of action, efficacy, and side effects. Semin Arthritis Rheum 2005; 34(6): 773-84

16-Turner A S et al. Radiofrequency ablation of articular cartilage: a study in sheep. Arthroscopy. 1998; 14: 585-91

17-De Haven ; Steadman J R , Radiofrequency in the treatment of cartilage diseases. Knee Surgery 2005; 18(2): 116-22

18-Hunt S A, Jazraw L M. et al; J Acad Orthop Surg 2002; 10 (5): 356-63 controversia artroscopía continua.

19-Aglietti; P. Ciardillo P P , Mariony P.y cols. Osteocondritis de la rodilla. Rev It Biol Med 2001; (21): 1-2

20 -Mithoefer K, Williams R J3rd; Warren R F , et al, The microfracture technique for the treatment of articular cartilage lesions in the knee. A prospective cohort study.

J Bone Joint Surg Am. 2005; 87(9): 1911-20

21-Dozin B, Malpeli M , Cancedda R , Bruzzi P. et al. Comparative evaluation of autologous Chondrocyte implantation and mosaicoplasty: a multicentered randomized clinical trial. Clin J Sport Med 2005; 15(4): 220-26

22-Gudas R, Kalesinkas R J , Ki Kimstis B. et al: A prospective randomized clinical study of mosaic osteochondral autologous transplanstaion versus microfracture for the treatment of osteochondral defects in the knee joint in young athletes. Arthroscopy 2005; 21(9): 1066-75

23-Scorrano A; G. Tury. Innesti autologo di condrociti con tecniche artroscopica. Esperienze preliminari. Rev. It. Biol. Med 2001 ; 134; (supl.1): 1-2

24 -Sharpe J R, Ahmed S U, et al. J Bone Surg Br. 2005; 87(5): 730-35 The treatment of osteochondral lesions using a combination of autologous chondrocyte implantation and autograft. J Bone Surg Br. 2005; 87(5): 730-35

25-Henderson I, Francisco R, Oakes B, Cameron J. Autologous chondrocyte implantation for the treatment of focal chondral defects of the knee- a clinical, arthroscopic, MRI and histologic evaluation at 2 years. Knee 2005; 12 (3): 209-16.

26- Mooseley J B. et al A controlled trial of arthroscopic surgery for osteoarthritis of the knee. N Engl Med 2002; 347: 81-88

27-Robert W. Jackson ; Baylor University Center . 2003; 16 (1): 27-29 Debate on the use of arthroscopic surgery for Osteoarthritis of the knee.

- (1): Doctor en Ciencias Médicas; Especialista de primer grado en Medicina Interna y Segundo grado en Reumatología. Profesor Auxiliar e Investigador Auxiliar del ICSM. de Cuba. Jefe de Reumatología-Artroscopía. CIMEQ**
- (2): Especialista de Segundo grado en Reumatología. Profesora e Investigadora Auxiliar, Servicio Nacional de Reumatología**
- (3): Especialista de primer grado en Reumatología. Jefe del Grupo Provincial de Reumatología Matanzas**

Oxigenación Hiperbárica: una opción terapéutica en la Esclerodermia Sistémica Progresiva

Dr. Bárbaro Taylor Jiménez (1), Dra. Myra Guerra Castro (2), Dra. Pía Nancy Hernández (3), Dr. Efraín Lima Cuellar (4), Dr. Noel Rodríguez Soria (1), Dra. María del C. Álvarez Escobar (5)

Resumen

Se hace un estudio en 26 pacientes diagnosticados de Esclerodermia Sistémica Progresiva tratados en dos grupos, un grupo A formado por 16 pacientes (D-penicilamina y Oxigenación Hiperbárica) y uno B formado por 10 pacientes (D-penicilamina), decidiéndose realizar comparación sobre la efectividad de la OHB en nuestra muestra. La respuesta médica de los pacientes tratados con la OHB mostró cambios positivos en cuanto a las lesiones cutáneas, manifestaciones osteomioarticulares, digestivas y respiratorias desde el primer trimestre del tratamiento.

Palabras claves: Esclerodermia Sistémica Progresiva, Oxigenación Hiperbárica, D-penicilamina

Introducción

La Esclerodermia es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida, que afecta al tejido conectivo de varios órganos, principalmente piel, pulmones, corazón, tracto gastrointestinal, riñones y sistema osteomioarticular, ocasionando cambios vasculares, inflamatorios, degenerativos y fibrosos. – (1,2)

Se caracteriza por lesiones vasculares proliferativas obliterantes micro vasculares y atrofia residual con fibrosis de múltiples órganos. (3,4)

En su patogenia se plantea el carácter inmune de la enfermedad el cual está dado por la presencia de auto anticuerpos específicos encontrados en el suero de estos pacientes. Por otra parte también existen evidencias de que el sistema inmune inicia o contribuye sustancialmente al proceso vascular de fibrosis que se observa en las estructuras micro vasculares de esta entidad. (3,4)

Las mujeres son afectadas más comúnmente que los hombres, presentándose principalmente entre la 3ra y 5ta década de la vida. (5)

Puesto que la causa es desconocida, no existe tratamiento universalmente aceptado y en consecuencia debe de estar dirigido al sistema comprometido y estado del compromiso. Durante estos años se han usado varias drogas como agentes modificadores de la enfermedad, (D-penicilamina) Interferón Gamma , Colchicina, Ketotifeno, etc. y procedimientos tales como plasmaféresis, fotoforesis extracorpórea, etc.

EL tratamiento con Oxigenación Hiperbárica (OHB) es un tratamiento médico en que el paciente permanece encerrado en una cámara en la cual el mismo respira oxígeno al 100% a altas presiones. Sus indicaciones principales son: La intoxicación por monóxido de carbono, el embolismo gaseoso arterial, enfermedad por descompresión, gangrena gaseosa, lesiones por aplastamiento, síndrome compartimental, infecciones mixtas, quemaduras, etc. (6,7)

La Oxigenación Hiperbárica ha sido empleada en pacientes con enfermedades reumáticas durante mucho tiempo, sin reporte alguno de complicaciones durante o después del tratamiento. Dentro de sus propiedades beneficiosas están: el efecto antihipóxico permitiendo

transportar el oxígeno unido a la hemoglobina en un 100%, así como a través de los fluidos del organismo, efecto antiedema y antiinflamatorio. También contribuye por otra parte a la neoformación de vasos sanguíneos (neoformación vascular). (8)

Evidencias recientes han mostrado que la OHB inhibe la acción de ciertas citoquinas y actúa también como un modulador inmune. (9)

Por otra parte, se conoce que la OHB tiene efecto favorable sobre los cambios micro circulatorios, cuya dinámica positiva ha podido ser demostrada por la biomicroscopía conjuntival. Estos cambios incluyen un aumento del flujo sanguíneo y una disminución del grado de agregación eritrocitaria. (10,11)

Estudios realizados han demostrado el efecto hemoreológico de la Oxigenación Hiperbárica actuando de forma muy similar a la Pentoxifilina, mejorando las características reológicas del flujo sanguíneo, por su efecto sobre la deformidad de los eritrocitos patologicamente modificada, inhibiendo la agregación plaquetaria y reduciendo la hiperviscosidad de la sangre. (12, 13,14)

Todos los efectos y propiedades conocidas de la OHB nos motivó a indicar a un grupo de nuestros pacientes nuestro proceder, evaluando periódicamente su efectividad en consulta externa de Reumatología y Dermatología.

Material y Método

Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo preeliminar en pacientes con Esclerodermia Sistémica atendidos en los Hospitales “José López Tabranes” y Hospital Provincial Universitario “Faustino Pérez” de Matanzas entre los años 1993 hasta el 2000. Decidimos comparar los resultados del tratamiento con D-penicilamina como monoterapia y la asociación entre D-penicilamina y Oxigenación Hiperbárica para la cual se definieron 2 grupos de tratamiento: A (D-penicilamina + OHB) y B (D-penicilamina).

En los dos grupos se administra D-penicilamina a la dosis de 500 a 1000 mg al día según esquema clásico recomendado, considerándose grupo A el tratamiento en Cámara Hiperbárica monoplasa OK-MT de fabricación soviética, administrando oxígeno medicinal puro por un período de tiempo de 50 minutos de isopresión, dándose un primer ciclo de 10 sesiones las cuales se repiten semestralmente.

Para cumplir lo anterior se definen los criterios de inclusión, exclusión y salida de la investigación que se exponen a continuación.

Criterios de Inclusión

- Pacientes de 15 años o más.
- Diagnosticados como portadores de vasculitis.
- Diagnóstico de Esclerodermia Sistémica.
- Que reciban tratamiento en los Hospitales de referencia.

Criterios de Exclusión

- Menor de 15 años.
- Esclerodermia cutánea (Morfea).

- Que presenten enfermedades o estado que no le permitan la administración de OHB como: administración concurrente de Doxorubicina, Bleomicina, Cisplastino. Antecedentes de neumotórax espontáneos, enfisemas graves, infecciones del tracto respiratorio superior (Otitis, Sinusitis), antecedentes de cirugía del oído medio por osteosclerosis.

Criterios de Salida

- Suspensión voluntaria del tratamiento.
- Complicación por el tratamiento.(D-penicilamina y OHB)
- Reacciones adversas al tratamiento con D-penicilamina.

La inclusión a los grupos (A y B) se realizó por el método aleatorio simple, quedando integrados los grupos por A (N=16) y B (N=10) para un total de 26 pacientes estudiados.

Todos los pacientes firmaron el consentimiento escrito para participar en la investigación.

La evolución del paciente se realizó en consulta externa de Reumatología – Dermatología del Hospital Provincial Universitario “Faustino Pérez” en el primer trimestre de tratamiento y al final de cada año en todos los pacientes estudiados y en el Dpto. de Oxigenación Hiperbárica con periodicidad semestral. En esas consultas se evaluó la evolución clínica para ambos grupos de tratamiento con los criterios de mejorado, estacionario y empeorado.

Los resultados obtenidos se realizan a través de la estadística descriptiva y se presenta en tablas y gráficos.

Tabla #1

Manifestaciones clínicas	Grupo A (N=16)		Grupo B (N=10)	
	Nº	%	Nº	%
Cutáneas	16	100	10	100
Osteomiarticulares	14	87.5	10	100
Renales	2	12.5	-	-
Digestivas	6	37.5	6	60
Respiratorias	6	37.5	5	50

*Manifestaciones clínicas de los pacientes al inicio del tratamiento según los grupos.
Fuente: Encuesta Clínica*

Tabla #2

Lesiones Cutáneas	Grupo A						Grupo B						
	No	M	Est	Emp			M	Est	Emp				
No	#	%	#	%	#	No	#	%	#	%	#	%	
Edemas	16	11	68,8	5	31,3	-	10	4	40	3	30	3	30
Esclerosis	14	10	71,4	4	28,6	-	8	3	38	3	38	2	24

Atrofia	9	3	35	6	65	-	5	-	-	5	100	-	-
Hipopigmentación	7	-		7	100	-	5	-	-	5	100	-	-
Vitíligo	3	-		3	100	-	1	-	-	1	100	-	-
Telangectacia	6	3	50	3	50	-	5	-	-	4	80	1	20
Ulceras -Vasculitis	13	11	85	2	15	-	4	-	-	4	100	-	-
Raynaud	3	3	100	-	-	-	10	3	30	5	50	2	20
Calcinosis	-		-	4	100	-	3	-	-	3	100	-	-

Evolución de las lesiones cutáneas de los pacientes según los grupos de tratamiento en el 1er trimestre.

Tabla #3

Alteraciones SOMA	Grupo A						Grupo B									
	No		M		Est		Emp		No		M		Est		Emp	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Poliartralgias	14	11	78,5	3	21,5	-	-	-	10	5	50	4	40	1	10	
Artritis	14	12	80,7	2	14,3	-	-	-	10	3	60	4	40	-	-	
Rigidez Matinal	1	11	84,6	2	15,4	-	-	-	5	1	20	4	80	-	-	
Derrame Articular	7	3	100	-	-	-	-	-	1	1	100	-	-	-	-	
Debilidad Muscular	4	3	75	-	-	1	25	3	-	-	3	100	-	-		
Mialgias	4	4	100	-	-	-	-	4	2	50	2	50	-	-		

Evolución de las alteraciones osteomioarticulares por grupos de tratamientos en el primer trimestre.

Tabla #4

Manifestaciones Digestivas	Grupo A						Grupo B					
	No		M		Est		No		M		Est	
	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%	#	%
Disfagia	6	5	83,3	1	16,7	6	2	33,3	4	66,7		
Xerostomia	2	2	100	-	-	4	-	-	4	100		
Pirosis	3	1	33,3	2	66,7	5	3	60	2	40		
Diarrea / Constipación	4	2	50	2	50	2	-	-	2	100		

S. Malabsorción	3	2	66,7	1	33,3	2	-	-	2	100
-----------------	---	---	------	---	------	---	---	---	---	-----

Manifestaciones digestivas de los pacientes por grupos y evolución

Grafico # 1

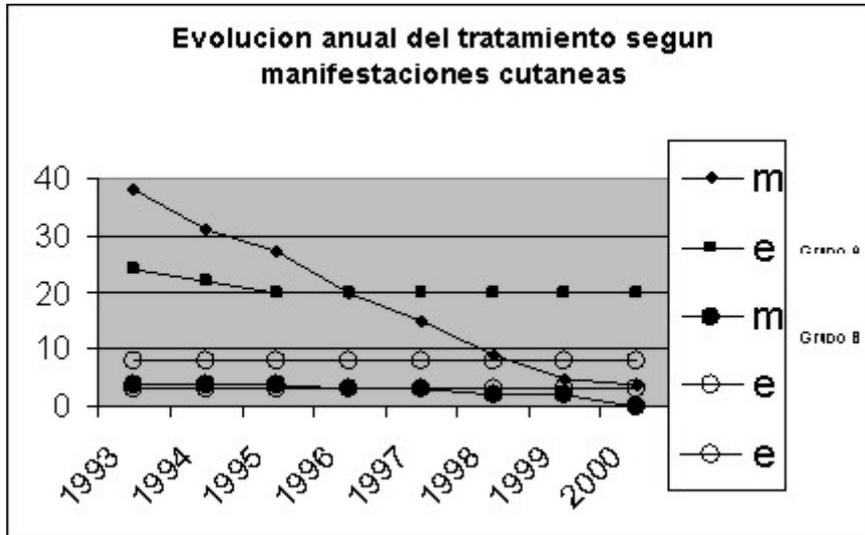
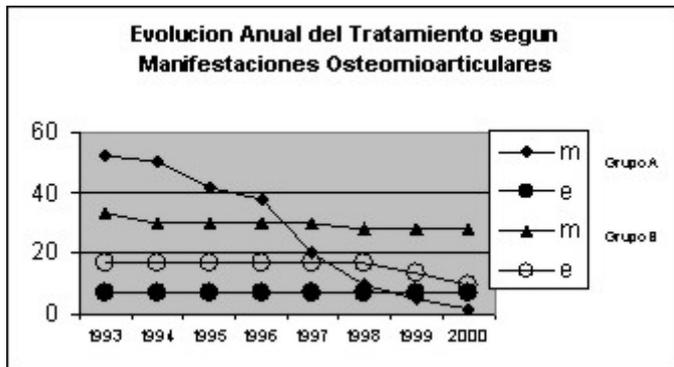


Grafico #2



Resultados y discusión

La tabla # 1 nos muestra las manifestaciones clínicas de los pacientes al inicio del tratamiento, según los 2 grupos. Predominan las manifestaciones cutáneas, (A 100% y B100%) y osteomioarticulares (A = 14 – 87.5% y B = 10 – 100%) en ambos grupos al inicio del tratamiento sobre el resto de las manifestaciones clínicas, coincidiendo nuestro estudio con el de otros autores en la relación a estas formas de presentación clínica de la enfermedad, (7).

En la tabla #2 se muestra la evolución de las lesiones cutáneas según los grupos de tratamientos. El edema, la esclerosis y las úlceras por vasculitis tuvieron una mejoría significativa en el grupo tratado con OHB. Se mantuvieron estables el Vitíligo, la Hipo pigmentación y la Calcinosis.

En el grupo B la mejoría de las lesiones fue mejor, el Edema la Esclerosis y las Ulceras por Vasculitis se mantuvieron estables y empeoradas en su mayoría. El resto de las lesiones no tuvieron variaciones. La respuesta positiva en la mayor parte de los pacientes tratados con OHB, consideramos que esta en relación por la neoformación vascular (8) y el efecto hemorreológico de la OHB en la micro circulación (capilares y vénulas), permitiendo un mejor flujo sanguíneo a los tejidos dañados con el consiguiente aporte de oxígeno nutrientes y otras sustancias beneficiosas.

Comparando la evolución de las manifestaciones osteomioarticulares en ambos grupos de la tabla #3, tenemos que la poliartralgia, los cuadros de artritis y rigidez matinal tuvieron una mejoría significativa en los pacientes que recibieron como tratamiento adicional el OHB. Más de 75% de las manifestaciones Osteomioarticulares tuvieron una evolución positiva. Por otra parte en el grupo B observamos que la variable de efectividad – mejoría fue menor, manteniéndose estable un porcentaje elevado de estas alteraciones osteomioarticulares para este grupo. Los efectos antiedemas y antiinflamatorios atribuidos al OHB pudiera justificar esta evolución, así como su propiedad inmune reguladora al contribuir a la modificación de los procesos inflamatorios de base inmunológicas que se presentan en esta entidad

Las manifestaciones digestivas mas frecuentes que se observan en la tabla #4 para el grupo A fueron la disfagia en 6 pacientes (83.3%) la diarrea – constipación en 4 (50%) y la malabsorción en (66.7%). En el grupo B la disfagia estuvo presente en 6 casos (33.3%), xerostomia 4 (100%) y pirosis 3 (40%). Al termino del ciclo de 10 sesiones de OHB en el grupo A observamos una evolución satisfactoria de la sintomatología digestiva en relación con el grupo B lo cual consideramos estén en relación con las propiedades de la OHB la cual reduce la hipoxia y la fibrosis residual.

Correlacionando las manifestaciones respiratorias en ambos grupos, observamos que la tos y la diarrea mejoro en el 100% de los pacientes que recibió OHB, no sucediendo de igual forma en el grupo B donde solo un paciente mejoro.

Solo dos pacientes presentaron manifestaciones renales (proteinurias) las cuales también mejoraron después de aplicado el tratamiento con OHB, al realizar una evaluación final comparativa de ambos grupos de pacientes, observamos indudablemente que los cuadros clínicos de los pacientes esclerodérmicos tratados con OHB fue modificado positivamente mejorando e inclusive desapareciendo algunas manifestaciones clínicas importantes en los distintos aparatos y sistemas. El efecto beneficioso del OHB ha mejorado la evolución y el pronóstico de estos enfermos.

Conclusiones

- La OHB produce efectos beneficiosos sobre la evolución clínica de los pacientes con Esclerodermia Sistémica manifestándose en la mejoría clínica de las lesiones cutáneas, trastornos osteomioarticulares, digestivos y respiratorios.
- Una vez alcanzado la mejoría de las variables clínicas estudiada no hemos observado retroceso de las mismas durante estos años de tratamientos y seguimiento con la OHB.

Recomendaciones

Utilizar la OHB como una opción terapéutica más en la Esclerodermia Sistémica Progresiva y evaluar en una muestra mayor y diseño de mayor poder estadístico sus posibilidades terapéuticas.

Bibliografía

- 1.- Silver R.M, Leroy E C, Systemic sclerosis (scleroderma) . In Immunology Diseases. 4 th . Ed. Edited by Samter M, Talmage D W, Frank M M, Austen K F, CLAMAN h. N. Boston, MASS., LITTLE, Brown and Co. L988 pp I459-I499.
- 2.- Rodman G P (1989) Progressive Systemic sclerosis (scleroderma).-In Arthritis and Allied Conditions. 9na. Ed, Mac Carty , D.J. Jr. , pags 762-809. Filadelfia. Lea and Febiger.
- 3.- Seibold J R, Giorano R L. Clamman H N. Termal mast cell desgranulation in systemic sclerosis. Arthritis Rheum 33. I702-I709 , I990.
- 4,- Le Roy E C: A brief overview of the pathogenesis of scleroderma(systemic sclerosis)Ann Rheum Dis 51: 286-288, I992
- 5,-Le Roy E C, Silver R M, Systemic sclerosis and related síndromes. In Primer on the Rheumatic Diseases. Tenth Edition. Edited by Schumacher H.R, Klippel J H, Koopman W J. Atlanta , Georgia I993
- 6.- Manual Merck I0 Edicion . Edición del Centenario. Sec. 21. Temas Especiales. Cap 292 . 2000
- 7.-Farreras Rozman . I4 Edición . 2000.
- 8.- Datos obtenidos “Diplomado Oxigenación Hiperbárica. Dpto OHB. Hospital Hermanos Amejeiras. 2004.
- 9.- Wallace D J, Silverman S,Goldstein J, Hughes D. Use of Hyperbaric oxygen in rheumatic diseases: case report and critical analysis. Lupus. L966 Feb. 5 (I) : 84
- 10.- Lukich V L, Kurakina L V, Poliakova L V. The role of hyperbaric oxygenation in the treatment of Systemic Diseases. Klim Med (Mosk) I991 Jul; 69 (7) :
- 11.- Makeeva N P, Balakhonova N P, Kurakiva L V. Karushilina L S, . Microcirculation in patient with systemic scleroderma during treatment using hyperbaric oxygenation, Klin Med. (Mosk) I989 , Jun 67 (6) : I07
- 12.- Rosenstein E, Revista de especialidades Farmacéutica. Edit PLM , SA Colombia. L998 , 26th Edicion Pag 871
- 13.-Baw P D, Enfous W, Ekison G. Hyperbaric oxygen therapy in dermatology. Br. J. Dermatol I972 Jun , 86 (6) : 651- 5
- 14.-Dowling G B, Copernan P W, Ashfield R.Raynaud phenomenon in scleroderma treated with hyperbaric oxygen. Proc R Soc Med Dec, 60 (12) 1268

(1): Especialista 1er Grado en Reumatología. H.P.U. “Faustino Pérez”

(2): Especialista 1er Grado en Dermatología Profesor Auxiliar. Doctor en Ciencias Médicas H.P.U. “Faustino Pérez”

(3): Especialista 1er Grado en Medicina Interna H.P.U. “Faustino Pérez”

(4): Especialista 1er Grado en Medicina Subacuática H.P.U. “Faustino Pérez”

(1): 3 Especialista 1er Grado en Reumatología. H.P.U. “Faustino Pérez”

(5): Especialista 1er Grado en Medicina Interna H.P.U. “Faustino Pérez”

Uveítis y enfermedades del tejido conectivo en la infancia

Dra. Melba de las M. Méndez Méndez (1), Dr. Víctor M. Hernández González (2), Dra. Elena Joa Miró (3), Dra. Cecilia Coto Hermosilla (4), Dra. Dolores Cantera Ocegüera (5)

Resumen

Realizamos un estudio descriptivo prospectivo con una muestra de 16 pacientes pertenecientes a nuestro Servicio, portadores de algunas de las entidades del tejido conectivo, que presentaron uveítis en algún momento de la evolución de su enfermedad. Encontramos igual número de casos para ambos sexos y el 50% era menor de 5 años. La mayoría tenía diagnóstico de Artritis Idiopática Juvenil. Las manifestaciones oftalmológicas más frecuentes fueron el enrojecimiento ocular y la fotofobia. Los hallazgos más relevantes en la lámpara de hendidura fueron la presencia de pigmentos y las sinequias. Todos los casos recibieron tratamiento local, asociado o no a tratamiento sistémico (esteroide y/o inmunosupresor). La evolución fue satisfactoria en la mayoría de los pacientes.

Palabras claves: Artritis Idiopática Juvenil, fotofobia, lámpara de hendidura, sinequias, uveítis

Introducción

Se denomina uveítis a todo proceso inflamatorio que afecta a las estructuras tisulares de la úvea o tracto ciliar y que incluye al iris, al cuerpo ciliar y a la coroides, siendo la tercera causa de ceguera evitable en el mundo desarrollado. Suele identificarse también con los términos de iritis e iridociclitis (1-3).

Su asociación con enfermedades reumáticas en el niño es frecuente, a menudo grave y aunque su inicio es más insidioso a esta edad, su aparición exige una orientación diagnóstica y terapéutica similar a la del adulto.

Ha sido clasificada según:

1-Su duración: en aguda, subaguda, crónica y recurrente;

2-Por las características clínicas: en granulomatosa y no granulomatosa;

3-Por la etiología: en síndromes primariamente localizados al ojo, inmunológicas, infecciosas o en síndromes de enmascaramiento

4- El origen anatómico de la inflamación, siendo esta última la más usada por su eficacia práctica: anterior, intermedia y posterior, siendo la anterior la que se presenta con mayor frecuencia en el niño.(1,2)

Las uveítis anteriores engloban las iritis, las ciclitis y las iridociclitis. Las intermedias incluyen las vitritis y las pars planitis. La retinitis, la retinocoroiditis y la corioretinitis, la coroiditis y las vasculitis retinianas constituyen por último las uveítis posteriores. Cuando se afectan todos los segmentos del tracto uveal se denomina panuveítis.(2-5)

La uveítis en edad pediátrica representa tan solo un 5-10% del total de los casos y la mayor parte está asociada a la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ), a la Espondilitis Anquilosante , al

síndrome de Reiter, a la enfermedad de Behçet, a la Artritis Psoriásica, a la Enfermedad Inflamatoria Intestinal, a la sarcoidosis y al Lupus Eritematoso Sistémico.(2,4) Para otros constituye una complicación que puede llegar a representar hasta un 30% de los niños con artritis crónica.(2) La mayor parte de los pequeños expuestos al riesgo de desarrollar una uveítis son niñas de corta edad afectadas de una AIJ de comienzo oligoarticular, con anticuerpos antinucleares positivos.(1,2,5-8) La edad media de comienzo de la uveítis es de aproximadamente 5.9 años, con un intervalo de tiempo promedio de 18 meses desde el comienzo de la artritis.(1,2,6-12)

Las uveítis son originadas por la agresión de determinados agentes etiológicos sobre la úvea, lo cual activará una cascada de mecanismos fisiopatológicos que provocará la inflamación y a su vez ese propio tejido dañado la perpetuará, al liberarse restos tisulares degenerados que desarrollarán respuestas inmunes secundarias. (1,4) Los principales mecanismos patogénicos desencadenantes suelen ser por agresión directa sobre el tracto uveal o mediados inmunológicamente. (3) Actualmente se han involucrado en su patogénesis el Factor de Necrosis Tumoral Alfa, las células dendríticas, los Th1 y la IL 8. (13-15)

Un por ciento elevado de los casos es diagnosticado con frecuencia a través de un examen de rutina al oftalmólogo, pues el niño niega molestia ocular alguna.(1,2,6,7) En otros casos se presenta el ojo rojo, con fotofobia, disminución de la agudeza visual, dolor, presencia de puntos negros, movilidad ocular anormal, rechazo a la luz, entrecerrado de los ojos e incluso dificultad en el rendimiento escolar. Algunos pueden ser diagnosticados cuando se investiga un estrabismo secundario a la disminución de la agudeza visual. Weiss y Wallace (17) plantean que

el número de pacientes asintomáticos puede llegar a ser muy elevado por lo que la temprana detección de la uveítis en estos casos influye dramáticamente en la evolución futura de la agudeza visual (1, 2,4-7, 16,17).

Los signos oculares típicos que se observan en el biomicroscopio de luz en hendidura suelen ser la hiperemia conjuntival, una miosis arreactiva, presencia de precipitados queráticos y de cataratas, la afectación de la presión ocular y la presencia de queratopatía en banda al depositarse calcio en la córnea en los casos de enfermedad muy prolongada (1, 2, 4, 6,7).

La uveítis asociada a la AIJ se considera uno de los cuadros más difíciles de tratar y que a menudo crea mayor resistencia para controlar la inflamación, aunque Chen y Robertson reportan algunos casos de resolución espontánea aún sin tratamiento tópico (6).

Su tratamiento, de forma general e independientemente de como haya sido clasificada, implicaría una combinación de:

1-Esteroides potentes en forma de colirios tópicos, de inyecciones periorbitales e incluso sistémicos a dosis inmunosupresora y por tiempo prolongado, sobretodo en aquellos casos en que el proceso sistémico amenaza la visión; aunque es bien conocido su efecto negativo al favorecer la aparición de cataratas y el desarrollo de glaucoma (1,2,4,17).

2- Ciclopéjicos: donde la Atropina al 0.5% continúa siendo el midriático de elección y debe indicarse desde el inicio del tratamiento. Otros como la Tropicamida tienen un menor efecto ciclopéjico lo que puede facilitar que se desarrollen sinequias posteriores (1, 2,4).

3- Inmunosupresores: siendo la Ciclosporina A (tópica o sistémica) la droga más usada, fundamentalmente en aquellos pacientes con uveítis bilateral recidivante y grave, aunque otras drogas inmunosupresoras pueden ser efectivas. Entre ellas merece mencionar el Methotrexate que comienza a usarse desde la década de los 90 en aquellos pacientes en los que fallaba el tratamiento con el esteroide en colirio, inyectado intraocular o administrado por vía oral, obteniéndose muy buenos resultados y pocos efectos adversos con la dosis empleada (0,5-1mg/kg/sem). Son igualmente beneficiosos la Azathioprina, la Ciclofosfamida, el Clorambucilo y el FK506 (1-4,6,18).

Actualmente son múltiples los reportes del uso de otros inmunosupresores en aquellos casos de uveítis severa o refractaria al tratamiento convencional, así como la efectividad, aún limitada, de otras drogas como el Mycophenolate mofetil, el Infliximab, el Interferón gamma, los Anticuerpos Monoclonales, el Acetonide de Fluocinolone, entre otros (6,16,18-22).

El grado de afectación de la visión dependerá de cuán severa sea la inflamación, de cuanto tiempo haya estado sin control, si ha presentado recurrencias, si ha desarrollado otras alteraciones y si ha recibido un tratamiento correcto.

Cabral y Petty han propuesto cuatro factores clínicos asociados con el desarrollo de complicaciones en pacientes con uveítis (23), destacando:

*el diagnóstico de uveítis previo o al mismo tiempo del comienzo de la artritis, lo cual ensombrece el pronóstico

*el comienzo sintomático

*el curso crónico

*el diagnóstico de artritis psoriásica

Por otra parte se plantea que el factor HLA DR1 es un factor protector de la iridociclitis y que la positividad del factor reumatoide representa un mejor pronóstico. En el caso de los pacientes con HLA B27 positivos la posibilidad de desarrollar una uveítis fibrinosa y recurrente es elevada y en la Espondilitis Anquilopoyética, cuando se produce, suele cursar con disminución visual severa, a veces irreversible (1, 2,16).

Las complicaciones más frecuentemente observadas en estos pacientes son la queratopatía en banda, las cataratas, las sinequias, el glaucoma, la disminución de la agudeza visual y la ptisis bulbi (1,2,4,-6,17,19,23).

Material y método

Se revisaron las Historias Clínicas de 16 pacientes del Servicio Nacional de Reumatología Pediátrica, procedentes de diferentes zonas del país, en un periodo de 6 años. Todos eran portadores de alguna de las patologías del tejido conectivo y presentaron en algún momento de la evolución de su enfermedad de base, alteraciones oculares compatibles con el diagnóstico de uveítis, desechándose otras posibles causas de dicha alteración.

Para el mejor desarrollo y comprensión de este trabajo decidimos sustituir las antiguas clasificaciones de artritis aplicadas a nuestros pacientes, por las nuevas categorías diagnósticas de las artritis crónicas en la infancia, propuestas y aprobadas en Durban en 1997 y ampliamente utilizadas desde el 2002, nombrándolas Artritis Idiopática Juvenil en sustitución de Artritis Reumatoide Juvenil.

Como criterio de uveítis o uveítis activa consideramos la presencia de celularidad o pigmentos en la cámara anterior del ojo (23).

Se extrajeron los datos de identidad personal, familiares, la enfermedad de base y su tratamiento, la historia de uveítis previa, las manifestaciones oculares referidas, los hallazgos en la lámpara de hendidura, el tratamiento indicado para el proceso ocular activo, las complicaciones presentadas, así como el tiempo de evolución de la uveítis. Dichos datos se agruparon posteriormente en gráficos y tablas.

Resultados y discusión

Al hacer un análisis general de los pacientes de nuestra serie (N=16), encontramos igual número de casos para ambos sexos. Sin embargo cuando los subdividimos según la patología reumática de la que eran portadores observamos que once tenían el diagnóstico de Artritis Idiopática Juvenil, siendo 6 del sexo femenino y de los 5 varones de este grupo, dos fueron reconsiderados posteriormente como Espondiloartropatías indiferenciadas, uno de ellos con HLA B 27 positivo. Del total de estos casos, 8 habían sido clasificados como AIJ oligoarticular, 1 como poliarticular seronegativo y dos como A.I.J. sistémica. No encontramos el franco dominio del sexo femenino en este grupo ni en las formas oligoarticulares como describen García-Consuegra, Chen y Robertson en sus estudios ni en lo reportado por otros trabajos, sin embargo Kadayifcilar obtuvo similares resultados a los nuestros en su serie (1-7).

De los otros 5 pacientes de la serie, 2 habían sido diagnosticados como Artritis Psoriásica, 2 como Espóndiloartropatía Juvenil (EAPJ): uno clasificado como indiferenciada y otro como Artritis Reactiva y por último un caso concluido como una uveítis autoinmune con altos títulos de anticuerpos antinucleares, sin haber expresado hasta el momento sintomatología reumática alguna. De este total, 3 eran del sexo masculino: los portadores de Artritis Psoriásica y el caso de la EAPJ indiferenciada. Si tenemos en cuenta los otros dos casos con diagnóstico inicial de AIJ y reconsiderados después como EAPJ, también del sexo masculino, sí encontramos diferencias importantes en cuanto a la entidad reumática y el sexo, con un franco predominio del masculino para los casos con EAPJ (1, 2,5,7-12), Tabla No1.

Para poder precisar mejor la edad en que se presentaron las manifestaciones oculares, dividimos a los pacientes en tres grupos:

Menores de 5 años

Entre 5 y 10

Mayores de 10 años.

Encontramos que 8 tuvieron uveítis antes de los 5 años de edad, 4 pertenecían al segundo grupo e igual número era mayor de 10 años. Al presentarse las alteraciones oftalmológicas antes de los 5 años en el 50% de los casos, nuestros resultados coinciden con lo planteado por algunos autores (1, 2, 6,7), Gráfico No 1.

Relacionado con el color de la piel 13 eran blancos. No encontramos datos que hicieran referencia a la relación entre uveítis y color de la piel.

Encontramos escasos datos de familiares con enfermedad del tejido conectivo y ninguno había tenido problemas oculares. Tampoco hallamos información relacionada con este aspecto.

De los 16 pacientes 8 presentaron los síntomas oculares después de haberse diagnosticado la enfermedad del tejido conectivo en cuestión, a 6 se les hicieron ambos planteamientos en un mismo tiempo, 1 caso tuvo la uveítis antes de presentar los síntomas articulares y en otro no se pudo precisar el momento en que se produjo la alteración ocular. Solo 5 tenían historia de uveítis previa a esta revisión. Esta suele ser la forma de presentación de la uveítis en pacientes con enfermedades reumáticas como se expresa en diferentes trabajos (1, 2, 6,7).

Las manifestaciones oftalmológicas que se recogieron con mayor frecuencia en la anamnesis fueron: el enrojecimiento ocular en 5 niños, fotofobia en 4, seguidos de dolor, lagrimeo y visión borrosa en 3 y por último la sensación de "arenilla" en los ojos en 2 pacientes. En la mayoría de ellos se asociaban más de un síntoma. Cinco se encontraban asintomáticos, siendo captados al realizar un examen oftalmológico de rutina y en un caso por preocupación de los padres al observar un reflejo blanco a la luz en los ojos de su hija; sin embargo García-Consuegra en su serie encontró un porcentaje mayor de pacientes asintomáticos.(7) El resto de los resultados coincidieron con los de la literatura revisada (1, 2, 4,6-8), Tabla No 2.

Las alteraciones en la lámpara de hendidura fueron bilaterales en 13 pacientes (87%). En los 16 casos se describieron pigmentos y/o celularidad en la cámara anterior; 5 tenían sinequias; 4 pupilas poco reactivas e igual número tenía diversos grados de disminución de la agudeza visual e iris gruesos con criptas profundas y atróficas; 3 presentaban queratopatía en banda y 2 ya mostraban cataratas. Uno de los pacientes con Artritis Psoriásica mostraba ausencia casi total de la cámara anterior de uno de sus ojos con pérdida completa de la visión a pesar del tratamiento local aplicado desde el diagnóstico inicial de uveítis y desprendimiento de retina. La evolución de este caso se corresponde con lo planteado por Cabral y Petty (23) en relación a la agresividad de la uveítis en pacientes con Artritis Psoriásica; aunque el número de pacientes nuestros con dicha entidad y uveítis es muy pequeño. Estos hallazgos son similares a los descritos en las diferentes series (1, 2, 4, 6, 7, 10,16), Tabla No 3.

En la Tabla No.4 se ilustran los diferentes procederes terapéuticos empleados en nuestros pacientes. El tratamiento local fue empleado en 12 casos, con midriáticos y/o esteroides en colirio o en inyecciones intraoculares. A 12 se les administró Prednisona oral (dosis entre 0.5-1 mg/kg/d) y 5 usaron además antiinflamatorios no esteroideos. Por la severidad del cuadro ocular se le indicó Ciclosporina A a 8 niños, a una dosis de 3-5 mg/kg/d en dos subdosis; 5 están recibiendo tratamiento actualmente con Methotrexate por su enfermedad de base y como parte del tratamiento de la uveítis, a una dosis de 10 mg/m²/sem. En estos momentos 2 están usando Sulfasalazina y solo un niño continuó con su tratamiento de Sales de Oro cuando se le diagnosticó la uveítis. A una niña con Artritis Idiopática Juvenil sistémica se le indicó Ciclofosfamida a 2 mg/kg/d y otros 2 casos que estuvieron con Ciclosporina A previamente, están con igual tratamiento por escasa respuesta del cuadro oftalmológico con el tratamiento anterior. Uno de los casos a los que se le administró Ciclosporina A por seis meses está actualmente con Azathioprina. Hacemos la observación de que a solo dos pacientes se les modificó el tratamiento de su enfermedad de base al aparecer la uveítis.

El tratamiento de primera instancia (local con ciclopéjicos y/o esteroides) fue aplicado por la parte de oftalmología como está indicado, sin embargo no se utilizó en el 100% de los casos. (1, 2,4,-7,17) Por la parte nuestra fueron indicados esteroide oral e inmunosupresores a aquellos casos que así lo requerían, en dependencia de los hallazgos en la lámpara de hendidura y con el criterio de la oftalmóloga, realizando los controles hemoquímicos y de función renal previos al inicio del tratamiento y periódicamente para controlar la aparición de posibles efectos adversos. Coincidimos en el manejo de los casos de esta serie con la terapéutica a emplear según los diferentes autores y nuestros resultados son comparables con los plasmados en sus trabajos (1-4, 6,15-19).

Fue necesario el tratamiento quirúrgico en solo tres pacientes (18,5%), con extracción de las cataratas a dos de ellos (con lente intraocular en un caso) y la práctica de iridectomía en otro. La conducta quirúrgica en nuestros pacientes no superó las estadísticas de otras series de pacientes pediátricos.

En los estudios de Kadayifcilar y de García Consuegra el porcentaje de casos que necesitaron de la cirugía no superó el 20%. (2, 4, 5,7) Evolutivamente tres niños desarrollaron hipertensión ocular, tres presentan actualmente cataratas (uno de ellos sin posibilidad quirúrgica), 2 mantienen sinequias y 1 ha mantenido disminución importante, casi inexistente, de la agudeza visual a pesar del tratamiento. Las complicaciones encontradas en la serie de casos de García Consuegra, de Chen y Robertson así como en otros trabajos se correspondieron con nuestros hallazgos (1, 2,4-7), Gráfico No 2.

Solo 6 pacientes presentaron resolución total del proceso inflamatorio uveal en un periodo de tiempo menor o igual a los tres meses; 4 antes de los seis meses y el resto después de ese tiempo, encontrándose aún 4 casos activos desde el punto de vista oftalmológico.

Conclusiones

No hubo diferencias en cuanto al sexo.

La mayoría de los casos tenían menos de 5 años cuando presentaron la uveítis.

La enfermedad del tejido conectivo más estrechamente relacionada con la uveítis continúa siendo la Artritis Idiopática Juvenil.

La uveítis suele diagnosticarse concomitando o después de la aparición de los síntomas articulares.

La mayoría de los casos tenían síntomas oculares cuando se les hizo el diagnóstico en la lámpara de hendidura y en un 87% la uveítis fue bilateral.

El tratamiento esteroideo local y sistémico fue empleado en un número importante de pacientes.

Otras drogas empleadas como parte del tratamiento fueron la Ciclosporina A y el Methotrexate.

El tratamiento demostró ser eficaz y no se presentaron efectos secundarios relacionados con el mismo.

Prácticamente todos los pacientes evolucionaron satisfactoriamente y las complicaciones fueron escasas.

Bibliografía

1.- García de Vicuña Muñoz de la Nava ,C: Manifestaciones oculares en las enfermedades reumáticas pediátricas. En González E. Manual de Reumatología Pediátrica. Cap. XXXI (753-765) Edit. Laboratorios Menarini, Barcelona España, 1999.

2.- García Serrano, JL; Cisternas Maggi,M: Manifestaciones oculares de las enfermedades reumáticas en el niño. En Muñoz A. Reumatología Infantil. Vol.8 Cap.25(477-500).Edit. Formación Alcalá. España,2004

3.- Pras E , Neuman R , Zandman-Goddard G: Intraocular inflammation in autoimmune diseases.Semin Arthritis Rheum 2004 Dec;34(3):602-9

4.- O'day,DM;Horn,JD: El ojo y la enfermedad reumática. En Ruddy S. Kelley 's Texbook of Rheumatology. 6 th ed. Cap 29 (393-400) Edit W.B.Saunders Company.E.U.A. 2003

5.- Kadayifcilar S , Eldem B, Tumer B : Uveitis in chilhood. J Pediatr Ophthalmol Strabismus 2003 Nov-Dec;40(6):335-40

6.- Chen CS, Robertson D , Hammerton ME. Juvenile arthritis associated uveitis:visual outcomes and prognosis. Can J Ophthalmol 2004 Oct;39(6):614-20

7.- García-Consuegra MJ, Tapia R, Abelairas J : Uveitis and Juvenile Idiopathic Arthritis. An Esp Pediatr 2001 Mar;54(3):255-9

8.- Petty RE, Smith JR, Rosenbaun JT : Arthritis and uveitis in children. A pediatric rheumatology perspective. Am J Ophthalmol 2003 Jun;135(6):879-84

9.- Cannel CA , Holland GN, Helm CJ: Causes of uveitis in the general practice of aphthalmology.UCLA Community-Based Uveitis Study Group. Am J Ophthalmol 1996 Jan ;121(1):35-6

10.- Paivonsalo-Hietanen T, Tuominen J , Saari KM. Uveitis in children:population-based study. Acta Ophthalmol Scand 2000 Feb;78(1):84-8

- 11.- Baldassano VF Jr: Ocular manifestations of rheumatic diseases. Curr Opin Ophthalmol 1998 Dec;9(6):85-8
- 12.- Kotaniemi K , Aho K, Kotaniemi A : Uveitis as a cause of visual loss in arthritides and comparable conditions. J Rheumatol 2001 Feb;28(2):309-12
- 13.- Murphy CC, Duncan L , Forrester JV: Systemic CD4(+)Tcell phenotype and activation status in intermediate uveitis. Br J Ophthalmol 2004 Mar;88(3):412-6
- 14.- Klok AM, Luyendijk L , Zaal MJ : Elevated serum IL-8 levels are associated with disease activity in idiopathic intermediate uveitis. Br J Ophthalmol 1998 Aug;82(8):871-4
- 15.- Frassamto MA, Dammacco R , Fusaro T : Combined Cyclosporin-A/Prednisone therapy of patients with active uveitis suppresses INF-gamma production and the function of dendritic cells. Clin Exp Immunol 2003 Aug;133(2):233-9
- 16.- Kiss S, Letko E , Qamruddin S : Long-term progression, prognosis and treatment of patients with recurrent ocular manifestations of Reiter's syndrome. Ophthalmology 2003 Sep;110(9):1764-9
- 17.- Weiss AH, Wallace CA, Sherry DD: Methotrexate for resistant chronic uveitis in children with juvenile rheumatoid arthritis. The Journal of Pediatrics 1998;133:266-8
- 18.- Durrani K , Papaliodis GN, Foster CS: Pulse IV Cyclophosphamide in ocular inflammatory disease: efficacy and short-term safety. Ophthalmology 2004 May;111(5):960-5
- 19.- Dunn JP: Review of immunosuppressive drug therapy in uveitis. Curr Opin Ophthalmol 2004 Aug;15(4):293-8
- 20.- Thadoni SM, Foster CS: Treatment of ocular inflammation in children. Paediatr Drugs 2004;6(5):289-301
- 21.- Liehurt M , Stubiger N, Aboalchamat W : Immunosuppressive therapy with Mycophenolate mofetil (CellCept) in treatment of uveitis. Ophthalmologie 2001 Jul;98(7):647-51
- 22.- Jaffe GJ , Ben-Nun J , Guo H : Fluocinolone acetonide sustained drug delivery device to treat severe uveitis. Ophthalmology 2000 Nov;107(11):2024-33
- 23.- Cabral DA, Petty RE, Malleson PN : Visual prognosis in children with Chronic Anterior Uveitis and Arthritis. The Journal of Rheumatology 1994; 12-7

(1): Especialista de 1er. grado de Pediatría

(2): Especialista de 1er. grado en Reumatología

(3): Especialista de 2do. grado en Oftalmología. Dra. en Ciencias Médicas

(4): Especialista de 1er. grado en Pediatría y 2do. grado en Reumatología. Profesor Auxiliar I.S.C.M.H

(5): Especialista de 1er y 2do grado en Reumatología. Profesor Auxiliar del I.S.C.M.H.

PROGRAMA DEL X CONGRESO CUBANO DE REUMATOLOGIA

CENTRO DE CONVENCIONES 14-17 Dic.2005

CIMEQ

C. HABANA CUBA

Profesores extranjeros invitados

Dr. Jorge Alcocer Varela México
Dr. Gabriel Medrano Ramírez México
Dr. Anthony Russell..... Canadá
Dr. Roger Levy Brasil
Dr. Carlos Pineda..... México

PROFESORES NACIONALES INVITADOS.

Dra.CsM. Gloria Varela Puente
Dr.Cs M. Gil A. Reyes Llerena
Dr.CsM. Enrique Montero Casimiro. Cuba
Dra. Zoe A. González Otero
Dra. Elodia García Pérez
Dr. Gilberto López Cabreja
Dr. Miguel Sarduy Nápoles
Dr. Miguel Estévez Del Toro
Dra. Araceli Chico Capote
Dr. Bárbaro Taylor Jiménez
Dra. Pia Nancy Hernández
Dr. Noel Rodríguez Soria
Dra. Regla Vallín Lavín
Lic. Sonia Sánchez Portuondo
Dra. Isabel Ma Hernández Cuellar
Dra. Maria Victoria Hernández Cuellar
Dr. Jesús Friol González
Dr. Rafael Gil Armenteros
Dra. Mirta Sosa Almeida
Dr. Osvaldo Calixté Manzano
Dr. Roberto Torres Carballeira
Dra. Dolores Cantera Ocegüera
Dr. Javier Porro Novo
Dra. Bárbara Beatríz Garrido Suárez
Dr. Ricardo Suárez Martín
Dra. Marlene Guibert Toledano
Dra. Melba Méndez Méndez
Dra. Elena Joa Miró
Dr. Víctor Hernández González
Dr. José Pedro Martínez Larrarte

MARTES 13

10:00- 2:00 p.m

ACREDITACIÓN

Lugar: Hospital Clínico Quirúrgico "Diez de Octubre ", Sala Mella

10:00- 15 horas

Curso Pre-Congreso de Inmunología

Profesor Roger Levy, Brasil

8:00 p.m. Coctel de Bienvenida a Profesores Extranjeros.
Lugar: Salón Ranchón, CIMEQ

MIÉRCOLES 14 DICIEMBRE DEL 2005

SESIÓN DE LA MAÑANA

Presidente: Dr. Prof. Frank Menéndez Alejo

Secretario: Dr. Prof. Claudino Molinero Rodríguez

- 10:00-10:30 Sesión Inaugural
10:30-11:00 La Enseñanza superior en Ciencias Médicas
Dr. Prof. Jorge González; Rector de la Universidad de Ciencias Médicas. Cuba
(Conf. Mag. 1)
11:00-11:30 Síndrome antifosfolípido desde el Laboratorio hasta el consultorio
Dr. Prof. Roger Levy Brasil (Conf. Mag. 2)
11:30-12:00 Merienda
12-1:00 Osteoporosis. El climaterio femenino, terapéutica e Impacto de la Epidemia Silente
del siglo.
(Mesa Redonda 1) CUBA
Participantes:
Dr.Cs M. Gil A. Reyes Llerena, Dra. Zoe A. González Otero, Dra. Elodia García
Pérez, Dr. Gilberto López Cabreja, Dr. Miguel Sarduy Nápoles
Hospitales: CIMEQ/ Arnaldo Milián Castro, Villa Clara /Calixto García/ Serv.Nac.
Reumat.
1:00-1:30 Nefropatía Lúpica. Consideraciones diagnósticas y terapéuticas. (Conf. 1)
Dr. Miguel Estévez Del Toro. Hosp. Hnos Amejeiras (Conf. 2)
1:30-2:00 Dolor bajo de espaldas en Reumatología
Dr. Prof. Anthony Russell (Canadá) (Conf. Mag 3)
2:00-2:30 Miopatías Inflamatorias en la población Latinoamericana.
Prof. Dr. Gabriel Medrano Ramírez (Méx) (Conf. Mag 4)

SESION DE LA TARDE

CURSOS TRANSCONGRESO DE ULTRASONIDO PARA REUMATOLOGOS. (2da PARTE)

Prof. Dr. Carlos Pineda Ruiseñor (México)

Monitora : Dra. Ana Marta López Mantecón (Servicio Nacional de Reumatología)

Día y Horario:

MIÉRCOLES De 10:30- 2:00p.m.

JUEVES De 4:15 – 7:00 p.m.

2:30 p.m. Salida hacia la Actividad de Bienvenida

JUEVES 15

Sesión del la mañana

Presidente: Prof. Dra. Concepción Castell Pérez

Secretario: Dr. Eduardo Del Campo Avilés

- 10:00-10:30 Medicaciones antirreumáticas y Embarazo
Dr. Roger Levy. Brasil (Conf. No 3)
- 10:30-11:00 Utilidad de los estudios macro y microscópicos de la sinovial en el diagnóstico de las artropatías inflamatorias. (Conf. No 4)
Dra. Araceli Chico Capote. Cuba
- 11:00-11:30 El Ultrasonido de Alta Resolución en Reumatología (Conf. Mag. 5)
Dr. Carlos Pineda México
Participantes:
Dr. Bárbaro Taylor Jiménez, Dra. Pia Nancy Hernández, Dr. Noel Rodríguez Soria,
Dra. Regla Vallín Lavín, Lic. Psicóloga Sonia Sánchez Portuondo
Hospital Provincial Matanzas. Cuba.
- 12:15-1.00 Osteoartritis. Actualización y Puntos de Vista. (Mesa Redonda No 3)
Participantes:
Dra. Isabel Ma Hernández Cuellar, Dra. Maria Victoria Hernández Cuellar, Dr.
Jesús Friol González, Dr. Rafael Gil Armenteros, Dra. Mirta Sosa Almeida.
Servicio Nacional de Reumatología. HCQ10 de Octubre.
- 1:00-1:30 Polimialgia Reumática y Arteritis de Células Gigantes. Enfoque epidemiológico-clínico y terapéutico.(Conf. No 5) STGO de CUBA
Dr. Osvaldo Calixté Manzano.
- 1:30-2:00 Las publicaciones electrónicas en el desarrollo científico actual
Prof. José P. Mratínez Larrarte.
S. Nac. De Reumatología. (Conf.6)
- 2.00-2.30 Espectro clínico de las enfermedades humanas por aplicación de sustancias modelantes. (Conf. 7)
Dr. Gabriel Medrano Ramírez. México
- 2:00-4:00 Almuerzo en la Jícara

SESIÓN DE LA TARDE.

4:20-7:00 pm – COMUNICACIONES ORALES

Presidente de la Sesión de Exposiciones Orales:

Dra. Marlene Guibert Toledano

Comisión Científica :

Dra. Ida Rosa López Aguilera

Dr. Bárbaro Taylor Jiménez

Dra. Maria del C. Blanco de la Portilla

Dra. Nelsa Casas Figueredo

(10 minutos de exposición y 5 min. de discusión)

1- IMPACTO LABORAL POR ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN LA PROVINCIA DE MATANZAS

Dr. Noel Rodríguez Soria, Dr. Carlos Raul Cuiz, Dr Bárbaro Taylor Jiménez, Dr José A. Rodriguez Gonzalez, Dra. Regla Vallin Lavin

Prov. Matanzas

2- RESPONSABILIDAD MEDICA .VALORACIÓN ÉTICA Y JURÍDICA.

Borges López José A, González Otero Zoe A, Sosa Moreno Lazara U, Rodríguez Ricardo.
Hospital Universitario A. M. C. Santa Clara. Villa Clara

3-ESPONDILITIS ANQUILOSANTE. QUINCE AÑOS DE EXPERIENCIA.

Dr. Ricardo Suárez Martín. Especialista de 2do. Grado en Reumatología.
Servicio Nacional de Reumatología.

4-MANIFESTACIONES OSTEOMIOARTICULARES COMO DEBUT DE LAS LEUCEMIAS EN EDAD PEDIÁTRICA. ESTUDIO DE 15 AÑOS.

Dra Melba de las M. Méndez Méndez, Dr. Víctor Hernández González, Dra. Cecilia Coto Hermosilla, Dra. Gloria Varela Puente
Servicio Nacional de Reumatología Pediátrica.
Hospital Pediátrico Universitario Pedro Borrás Astorga

5- GOTA JUVENIL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Dr. Víctor M. Hernández González, Dra. Melba de las M. Méndez Méndez., Dra. Gloria Varela Puente, Dra. Cecilia Coto Hermosilla
Servicio Nacional de Reumatología Pediátrica.
Hospital Pediátrico Universitario Pedro Borrás Astorga.

6- PESQUISAJE CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PATOLOGÍAS REUMÁTICAS EN ESTUDIANTES DE 3ER AÑO DE MEDICINA. FILIAL BAYAMO.

Mahe Fonseca Gómez , José Alberto Turrulles Ramírez, Marién Pantoja Blanco, **ASESORES:**
Dr. Pedro Surós Díaz, Dr. Ramón Juan Surós

7- EVALUACION ECOGRAFICA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATIAS EN EL SERVICIO NACIONAL DE REUMATOLOGIA.

Dra. Ana Marta López Mantecon, Dra. Ester Duarte Pérez, Dr. Alejandro Fidel Valmaña Sánchez

8- DESARROLLO EN LA ATENCIÓN DE LAS AFECCIONES REUMÁTICAS EN LA ASISTENCIA PRIMARIA EN LA COMUNIDAD, NUEVO LOGRO DE JUSTICIA MACRODISTRIBUTIVA EN SALUD DE LA REUMATOLOGÍA CUBANA.

Dr. José Pedro Martínez Larrarte, Dra. Yusimi Reyes Pineda, Dra. Keyla Suárez Carcasés, Dr. Didier Rodríguez Matanzas, Dra. Carmen Fanny Perdices García de Santamarina, Dra. Gisell Men

9- SÍNDROME DE FIBROMIALGIA Y OXIGENACIÓN HIPERBÁRICA

Dr. Bárbaro Taylor Jiménez, Dra. Pía Nancy Hernández Cuellar, Dr. Efraín Lima Cuellar, Dra. Sandra Naranjo Pérez
Hospital Provincial Universitario Faustino Pérez, Ciudad de Matanzas

10- UNA APROXIMACIÓN A LA PATOLOGÍA INFLAMATORIA DEL ANTEPIÉ

Dr. Carlos Alejandro Silva Hernández, Dr. Roberto Torres Carballeira, Dr. José A. Díaz Leonard

11- TROMBOSIS ARTERIAL Y VENOSA, ULCERAS CUTÁNEAS Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

Dr. Eddy Silverio Martínez, Dr. José Francisco Martínez Delgado, Dra. Marta Pérez de Alejo Rodríguez
Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Villa Clara

12- Utilización de la terapia floral en el tratamiento de la fibromialgia

Dra. Saira Rivas Suárez, Dra. Barbarta Suárez Rodríguez
Policlínico José Ramón León Acosta. Santa Clara. Villa Clara.

CURSOS TRANSCONGRESOS (JUEVES 15)

Lugar : Centros de Eventos : CIMEQ

De: 4:15 - 7:00 p.m.

RESPONSABLES DE LA SESIÓN

Dr. José Pedro Martínez Larrarte

Dr. Rafael Gil Armenteros

Dra. Adelaida García Stevens

Dra. Oneida Páez

CURSO 1

Curso de Ultrasonido para reumatólogos.

Prof. Dr. Carlos Pineda Ruiseñor (México)

Monitora: Dra. Ana Marta López Mantecón (Servicio Nacional de Reumatología)

CURSO 2.

Curso de Artroscopia : Aspectos relevantes de la Sinovial y el Cartílago.

Coordinador: Dr. Prof. Roberto Torres Carballeira

Participantes:Dr. Roberto Torres Carballeira, Dra. Araceli Chico Capote, Dra. Dolores Cantera Ocegüera, Dr. Gil Reyes Llerena

CURSO 3.

Curso de Fisioterapia y Rehabilitación: Enfoque terapéutico del Síndrome de Dolor Regional Complejo (DSR)

Coordinador: Dr. Prof. Javier Porro Novo

Participantes: Dr. Javier Porro Novo, Dra. Bárbara Beatríz Garrido Suárez, Dr. Ricardo Suárez Martín, Dr. Jesús Friol González.

VIERNES 16 DE DICIEMBRE

Presidente: Miguel Estévez Del Toro

Secretario : Jesús Friol González

10:00-10:30 Células y moléculas de importancia en la Autoinmunidad
Prof. Dr. Jorge Alcocer Varela México (**Conf. Mag. 6**)

10:30- 11:00 Lupus Neurológico. Experiencia y Actualización.
Prof. Dra. Marlene Guibert Toledano CUBA (**Conf. No 8**)

11:00-11:30 Dónde estamos en el Tratamiento de la A.R.?
Prof. Dr. Anthony Russell Canadá (**Conf. Mag. 7**)

11:30-12:20 Mesa Redonda de Pediatría: Afecciones oftalmológicas en las enfermedades reumáticas en la infancia

Participantes: Dra. Melba Méndez Méndez, Dra. Dolores Cantera Ocegüera, Dra. Elena Joa Miró, Dr. Víctor Hernández González
Dra. Gloria Varela Puente

12.20-12.50 Las Citocinas como blanco de la inmunorregulación. (**Conf. Mag.8**)

Dr. CsM. Enrique Montero Casimiro. Cuba

Cuanto

12:50-1. 20 **Los Congresos Cubanos de Reumatología-** Para que han servido ?

hemos aprendido ? Un sueño cumplido ? : Nuestra evaluación a diez años.(**Conf. 9**)

Dr. en Ciencias Médicas Gil Reyes Llerena. Cuba

1.20-1:50-Lupus E. Sistémico. Actualidad terapéutica. (**Conf. Mag.9**)

Prof. Dr. Jorge Alcocer Varela México 2:00 – 3:00 p.m.

2.00-3.0

Ceremonia de Clausura

Cena de Gala y Baile de Clausura

Lugar: Palacios de Convenciones.

Resúmenes de los carteles del X Congreso Cubano de Reumatología

1

PREVALENCIA Y CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA FIBROMIALGIA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO II

Dr. Bárbaro Taylor Jiménez, Dra. Pía Nancy Hernández Cuellar, Dr. José A. Rodrigues, Dr. Noel Rodríguez Soria

Hospital Provincial Universitario Faustino Pérez, Ciudad de Matanza

Se trata de un estudio transversal de tipo analítico que tiene como objetivo evaluar la prevalencia de Fibromialgia, en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo II, así como conocer las manifestaciones clínicas más significativas de fibromialgia en estos pacientes. El estudio incluyó 55 pacientes diabéticos con Fibromialgia de la Clínica de Atención al Diabético y 40 pacientes de la consulta de Reumatología del Hospital Provincial Universitario Faustino Pérez de la ciudad de Matanzas con iguales condiciones clínicas. La Fibromialgia fue diagnosticada de acuerdo a los criterios diagnósticos de 1990 del Colegio Americano de Reumatología. A cada paciente se le aplicó un cuestionario relacionado con las manifestaciones clínicas de la Fibromialgia y además se les realizó un examen físico por una sola persona, un Reumatólogo, que incluía los puntos dolorosos o gatillos descritos en esta entidad. Posteriormente se tabularon estos datos. Para el análisis de los datos, la muestra fue procesada en microcomputadora y para el análisis estadístico se utilizaron Frecuencia Absoluta y Relativa, Tasa de Prevalencia, así como Chi al cuadrado. Se realizó un enfoque de riesgo para síntomas y puntos dolorosos donde se aplicó el riesgo relativo RR, los Intervalos de Confianza del 95% , con un límite inferior y superior . Se consideró resultados significativos cuando el intervalo de confianza NO incluía el valor 1 y el valor de p en el Chi cuadrado era menor de 0.05. Finalmente estos fueron expresados en cuadros estadísticos

2

POLICONDritis RECIDIVANTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Dr. Bárbaro Taylor Jiménez, Dr. José A. Rodríguez, Dr. Noel Rodríguez Soria, Dra. María del C. Hernández Moreno, Dra. Regla Vallin Lavín

Hospital Provincial Universitario Faustino Pérez, Ciudad de Matanza

La Policondritis Recidivante es un trastorno multisistémico, poco frecuente y de causa desconocida, caracterizado por inflamación y degeneración recurrente y progresiva del tejido cartilaginoso y otros tejidos .Actualmente existen pruebas fehacientes acerca del origen autoinmune de esta enfermedad. Las manifestaciones clínicas de esta enfermedad son muy numerosas y las mismas siguen un curso fluctuante, pero habitualmente progresivo. Las complicaciones graves incluyen colapso laringotraqueal, valvulopatía cardíaca, aneurisma de grandes vasos, sordera bilateral y pérdida de visión. Un 25 a 30% de los casos se asocia a otras enfermedades autoinmunes, las vasculitis se presentan en la mayoría de los pacientes. Se expone un caso que ingresa en el Servicio Provincial de Reumatología del Hospital Provincial Universitario Faustino Pérez de la ciudad de Matanzas. Se trata de una paciente de 40 años de edad , de la raza blanca que tiene como antecedentes patológicos personales el de Policondritis Recidivante, refiriendo en esta oportunidad a su ingreso, fiebre , dolor torácico, lesiones cutáneas en miembros inferiores, por lo infrecuente en nuestro medio de este tipo de enfermedad y sus complicaciones presentamos este caso.

3

SÍNDROME DE FIBROMIALGIA Y OXIGENACIÓN HIPERBÁRICA

Dr. Bárbaro Taylor Jiménez, Dra. Pía Nancy Hernández Cuellar, Dr. Efraín Lima Cuellar, Dra. Sandra Naranjo Pérez

Hospital Provincial Universitario Faustino Pérez, Ciudad de Matanza

El Síndrome de Fibromialgia se caracteriza por dolor musculoesquelético generalizado con hiperalgia multifocal. Existen varios enfoques de tratamientos para este Síndrome, sin embargo ninguno hasta el momento ha sido completamente efectivo de forma aislada, está claro que un enfoque terapéutico multidisciplinario logra mejoría de los síntomas. Nosotros llevamos a cabo un estudio controlado y randomizado para evaluar el efecto de la Oxigenación Hiperbárica en pacientes portadores de Síndrome de Fibromialgia. Un grupo de 30 pacientes fibromiálgicos constituyó el grupo estudio tratados con OHB y otro grupo de 25 pacientes con igual condición médica fue nuestro grupo control. Los puntos gatillos y el umbral del dolor fueron evaluados antes, después de la 1era y 10 secciones de tratamiento. El dolor fue evaluado mediante la Escala Análoga del Dolor. Hubo una reducción significativa en el número de puntos sensibles y en la Escala Análoga del Dolor para el grupo de pacientes tratados con OHB. También hubo diferencias significativas entre el grupo OHB y el grupo Control para otros parámetros clínicos evaluados. Concluimos que el tratamiento OHB en pacientes fibromiálgicos desempeña un importante rol en el manejo de la Fibromialgia, constituyendo una nueva modalidad terapéutica para la Fibromialgia.

4

IMPACTO LABORAL POR ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN LA PROVINCIA DE MATANZAS

Dr. Noel Rodríguez Soria, Dr. Carlos Raúl Cuiz, Dr. Bárbaro Taylor Jiménez, Dr. José A. Rodríguez González, Dra. Regla Vallin Lavín

Hospital Provincial Universitario Faustino Pérez, Ciudad de Matanza

Se realiza un estudio retrospectivo de los pacientes peritados en la provincia de Matanzas en el año 2004, con el objetivo de evaluar la repercusión laboral por afecciones reumáticas. Se revisaron 2167 dictámenes de peritajes médicos de los cuales eran portadores de enfermedades reumáticas 13.4%, superado por las enfermedades del aparato circulatorio 15% y psiquiátrico 12%, ocupando también el tercer lugar de invalidez total 13.4%. El sexo femenino fue el más afectado 56% a los grupos etáreos de 45 a 50 y de 51 a 55 correspondió el mayor por ciento de invalidez total 24.8%. La patología más frecuente fue la Espondiloartrosis 48%, seguida en el orden de frecuencia por la Osteoartrosis en otras localizaciones. La categoría ocupacional más afectada resultaron ser los obreros y empleados 53%

5

MANEJO PSICOLÓGICO EN LA DINÁMICA FAMILIAR DE PACIENTES CON PADECIMIENTO DE FIBROMIALGIA.

Lic. Psicología Sonia Sánchez portuondo Dr. Bárbaro Taylor Jiménez, Dr. Noel Rodríguez Soria, Dra. Reina Daysi Domínguez, Dra. Pía Nancy Hernández Cuellar

Hospital Provincial Universitario Faustino Pérez, Ciudad de Matanza

La Fibromialgia ocupa un lugar significativo en la consulta de Reumatología, su etiología se mantiene aun desconocida, no existiendo hasta el momento un medicamento específico que logre aliviar la multisintomatología que presenta este tipo de paciente., sin embargo hemos observado en nuestra practica diarias resultados notables con la intervención psicológica educativa en los mismos como parte de un tratamiento multidisciplinario. Es de conocimiento de todos, como determinados rasgos de personalidad determinan la aparición de la misma y que a su vez son rasgos comunes en pacientes portadores de Fibromialgia. La información clara y precisa por parte de los facultativos a los fibromiálgicos ha hecho posible que los enfermos asuman actitudes positivas ante la enfermedad, permitiéndole una mejor evolución de su sintomatología..En este trabajo se ha hecho necesario enfatizar el rol tan importante que juega la familia en el tratamiento, es el sistema de apoyo más cercano al paciente y a su vez es donde existe una relación afectiva más fuerte que hace que se transmitan sentimientos de comprensión e interés de ayuda y no de compasión y rechazo como ocasionalmente se ve, dañan la autoestima y el autoreconocimiento del enfermo, que piensa que todo se le acabó. Se realizan reuniones periódicas con familiares de pacientes con Fibromialgia donde se le explica la realidad, característica y pronóstico de la enfermedad, se le da a conocer el rol tan importante de la familia en el tratamiento por lo que se orienta desde el punto de vista médico y psicológico el manejo y la ayuda que deben brindar. Sistemáticamente existen consultas de reevaluación desde la óptica familiar en la evolución del enfermo, lo que ha podido lograr el

paciente y lo que ha resultado más difícil y de esta forma se va encaminando las próximas consultas con aspectos mas focalizados

6

PRESENTACIÓN DE UN CASO DE LEPROA BORDEURLINE LEPRMATOSA EN EL CURSO DE UN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Dres, González Otero Zoe A., Borges López José A, Escobar Villavicencio Jesús M.

Hospital universitario Arnaldo Milián Castro. Santa Clara .Villa Clara.

La lepra Lepromatosa es la forma maligna especialmente estable, con numerosos bacilos en el examen bacteriológico que se caracteriza por lesiones cutáneas más o menos infiltradas con lepromino reacción negativa. Es un elemento prominente el nódulo (Leproma), que puede aparecer aparentemente sobre una piel aparentemente normal o sobre una mácula cutánea que respeta el cuero cabelludo. En la cara los lepromas deforman el rostro estudiamos una paciente venezolana de 19 años sexo femenino raza blanca, con antecedentes patológicos familiares de abuelo materno y tía materna con diagnostico de lepra que tenían estrecha relación de convivencia .Como manifestaciones clínicas refiere, fiebre, caída del cabello, decaimiento ,rash malar, disnea ,edema en miembros inferiores. Dentro de las investigaciones se le realizó biopsia de piel , observándose: zona subepidérmica libre, a nivel de toda la dermis y el subcutis se observa granuloma que rodean fibras neuromusculares filetes nerviosos, y glándulas sudoríparas. Los granulomas son macrofágicos mezclados con abundantes linfocitos, hay penetración de linfocitos a los filetes nerviosos, pérdida de la orientación de las células de Schwann y en algunas está involucrado el granuloma y en otras es evidente.

7

HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO CON CALCINOSIS EN PACIENTES RENAL CRÓNICO CON HEMODIÁLISIS.

Dres. González Otero Zoe a, Borges López José A, Escobar Villavicencio Jesús M, Hernández García Margarita, Fustes Jiménez Celestino.

Hospital universitario Arnaldo Milián Castro. Santa Clara .Villa Clara.

Los trabajos de manifestaciones clínicas de pacientes con gota por oxalato asociada a enfermedad renal terminal y hemodiálisis de larga evolución son escasos, si tenemos en cuenta la numerosa población de pacientes en diálisis crónica .La oxalosis primaria es, probablemente, la forma más frecuente de gota por oxalato, aunque las manifestaciones músculo esqueléticas no han sido recogidas en la mayoría de las series aportadas en la literatura nefrológica o pediátrica. En reciente estudio multicentrico realizado en Francia, se han recogido 17 pacientes con oxalosis primaria, cuyas edades oscilaban entre 14 y 66 años, en tratamiento con hemodiálisis durante una media de 6.7 años. Las manifestaciones articulares que se reportaron en esa serie fueron artropatías grave en algunos casos, artritis aguda y crónica progresiva, bursitis aguda olecraniana y artropatías destructiva de cadera y hombros. En el servicio de nefrología del hospital A.M.C de Villa Clara atendimos una paciente de 28 años de edad, sexo femenina, que desde los 15 años de edad esta bajo seguimiento y tratamiento con hemodiálisis fue transplantada en dos ocasiones y presento rechazo vascular. Comenzando la paciente con dolores articulares y signos inflamatorios fundamentalmente en articulaciones, rodilla izquierda, codos con lesiones de calcificación y nódulos. dentro de las investigaciones al Rx aumento de partes blandas y osteoporosis. Ultrasonido riñón transplantado que mide 135x53 mm con un parénquima de 16mm. Cultivo de la secreción negativo. Hb 4.6g/l. El tratamiento con AINE a bajas dosis y esteroides mejoraron las manifestaciones de inflamación y dolor.

8

RESPONSABILIDAD MEDICA .VALORACIÓN ÉTICA Y JURÍDICA.

Dres. Borges López José A, González Otero Zoe A, Sosa Moreno Lazara U, Rodríguez Ricardo.

Hospital universitario Arnaldo Milián Castro. Santa Clara .Villa Clara..

La responsabilidad médica definida como la obligación que tiene el medico de reparar y satisfacer las consecuencias de sus acciones u omisiones en el ejercicio profesional tiene

siempre una gran repercusión social e implicaciones en el orden ético, administrativo y jurídico .Los autores efectúan un análisis de los informes de las comisiones de ética medica en los casos de quejas formuladas por pacientes o familiares ,y de los resultados de las comisiones medicas creadas por la sectorial provincial de salud de Villa Clara y ante denuncias formuladas por estos a los órganos de instrucción policial por supuestas malas practicas médicas durante el año 2004,determinándose cuales constituyen violación de los principios de la ética médica, y por la naturaleza de su falta fueron considerados responsabilidad médica y con sus consecuentes implicaciones éticas, administrativas y jurídicas, acorde con nuestras leyes vigentes.

9

PROBLEMAS ÉTICOS Y BIOÉTICOS CONTEMPORANEOS EN EL HOSPITAL ARNALDO MILLIAN CASTRO .DE SANTA CLARA VILLA CLARA.

Dres. Borges López José A, González Otero Zoe A, Sosa Moreno Lazara U.

Hospital universitario Arnaldo Milián Castro. Santa Clara .Villa Clara.

La medicina y la salud son hoy y serán siempre prácticas sociales con profundo e imprescindible sentido humanístico y moral. En la medida en que la ciencia y la técnica amplían nuestra capacidad para intervenir en los procesos que determinan o modifican la vida de los individuos y las sociedades, aumenta la necesidad de subordinar su uso a las consideraciones éticas. Ese es un acto del presente que se proyecta de forma creciente hacia el futuro. Los autores efectuaron un análisis de los problemas éticos y bioéticos que más inciden en el Hospital. A .M.C ., detectándose entre ellos la falta de comunicación, con la consecuente afectación de las relaciones médico – paciente y médico familiares, la violación del secreto médico, la indiscreción y falta de privacidad, así como actitudes paternalistas por exageración de la beneficencia violación del consentimiento informado como respeto a la autonomía del paciente. De igual forma se analizan las causas que motivan dichas violaciones y se ofrecen recomendaciones para dar solución a los problemas detectados.

10

REPORTE DE CASO: ¡SU DEFENSA EN LA CLÍNICA! VILLA CLARA

Msc Dr. Gerardo Álvarez Álvarez.

Hospital universitario Arnaldo Milián Castro. Santa Clara .Villa Clara.

Los autores efectúan un análisis sobre las diferentes manifestaciones clínicas, que pueden acompañar a una misma enfermedad, resaltando la importancia que tiene, en práctica médica, el conocimiento o referencias de casos inusuales o extremos con relación a los cuadros clínicos clásicos y/o habituales. Se enfatiza en el valor del método clínico, en la contradicción dialéctica entre lo singular y lo general, en el método diagnóstico inductivo así como la particularización e individualización que hay que desarrollar en la atención de cada paciente. Dejan constancia los autores, del notable valor que confieren a este tipo de reporte en cuanto a su utilidad en las habilidades diagnosticas médicas

11

POLIMIALGIA REUMÁTICA Y ARTRITIS TEMPORAL EN MIELOMA MULTIPLE CON AMILOIDOSIS. REPORTE DE CASO.

Msc Dr. Álvarez Álvarez Gerardo, Dr. Ruiz Méndez Alejandro.

Hospital universitario Arnaldo Milián Castro. Santa Clara .Villa Clara.

Se presenta un hombre de 63 años con antecedentes de salud, comenzó con cuadro doloroso articular en la cintura escapular y pelviana, con diagnostico de polimialgia reumática, evolutivamente aparece cuadro febril que se hace crónico y se le detecta mediante investigaciones realizadas: anemia, VSG centenaria y doOlor con tortuosidad visible de ambas arterias temporales en estudio biopsico de las arterias temporales se determinó amiloidosis en ambas, no se encontró arteritis de células gigantes. El estudio hematológico por biopsia de médula ósea evidenció displasia de células plasmáticas del tipo mieloma con amiloidosis secundaria. Meses después a pesar del tratamiento el paciente fallece.

12

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE. QUINCE AÑOS DE EXPERIENCIA.

Dr. Ricardo Suárez Martín.

Servicio Nacional de Reumatología.

Se realizó un estudio de 486 casos registrados durante 15 años en el Servicio Nacional de Reumatología, con diagnóstico de Espondilitis Anquilosante. Reportando una mayor incidencia de la enfermedad entre 16-35 años en el momento del diagnóstico, indicando como promedio de edad 24.8 años. Predominando el sexo masculino. El grupo de edad de comienzo de los síntomas fue entre los 16-35 años, con el 71.2% y en menores de 15 años el 20.4%. Se investigó la forma de comienzo de los síntomas, y el tiempo de demora entre el comienzo de los mismos y el diagnóstico de la enfermedad.

13

UTILIDAD DE LOS ESTUDIOS MACRO Y MICROSCOPICOS DE LA SINOVIAL EN EL DIAGNOSTICO DE LAS ARTROPATIAS INFLAMATORIAS

Dra Araceli Chico Capote

Hospital "Hermanos Amejeira"

14

NEFROPATIA LUPICA. CONSIDERACIONES DIAGNOSTICAS Y TERAPÉUTICAS

Dr. Miguel Estévez del Toro

Hospital "Hermanos Amejeira"

15

"EXPERIENCIA Y RESULTADOS CON LA MEDICINA BIOENERGÉTICA Y NATURAL EN LA CLÍNICA DEL DOLOR"

Dra. Fe Bosch Valdés, M^a del Carmen Rabí Martínez, Manuel Hernández Arteaga, Beatriz Garrido Suárez

Clínica del dolor, Hospital C.Q.D. "10 de Octubre"

El primer tratamiento del dolor por medio de bloqueos nerviosos se realizó en Cuba en el Servicio de Anestesiología de la antigua Quinta de Dependientes del Comercio de La Habana (hoy Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre) en el año 1950. A partir de entonces hasta el momento actual, este hospital ha mantenido una trayectoria ascendente en relación con terapias antiálgicas. Posteriormente se creó la "Clínica del Dolor", donde van a confluir distintas especialidades en el estudio y tratamiento del dolor y de diversas enfermedades con métodos de la Medicina Tradicional, Natural y la Académica en el desarrollo de la docencia y la investigación con alumnos de pre y postgrado de Ciencias Médicas y a profesionales de la salud cubano y extranjeros. Objetivos: Evaluar resultados de tratamientos naturales y convencionales realizados en este periodo, así como el desarrollo de docencia e investigación. Método: Se estudiaron 74748 pacientes portadores de dolor y diversas enfermedades atendidas entre enero de 1986 y diciembre de 2004. Se recogieron las técnicas utilizadas en este período, que fueron: Electroacupuntura, Acupuntura, Láser, Faciocibernetoterapia, TENS, Moxibustión, Psicoterapia, Relajación, Auriculoterapia, Masajes, Hipnosis, Magnetoterapia, Medicina Verde, Musicoterapia y Bloqueos Anestésicos. Las variables de respuesta al tratamiento fueron consideradas, según la Escala Analógica de Dolor. Resultados: Se encontró un aumento en la utilización de métodos de Medicina Tradicional y Natural (96.5 %), con elevada efectividad (96.2 %). Conclusiones: Los métodos naturales resultaron altamente eficaces, inoocuos y económicos en el tratamiento del dolor y distintas enfermedades. Desarrollo de la docencia e investigación nacional e internacional, multiplicación de los recursos humanos en el país e internacional

16

"TÉCNICA DE HIPNORELAJACIÓN (FDR EN PACIENTES CON PATOLOGÍA DE HOMBRO.)"

Lic. José Carlos García Jacobino, Dra. Fe Bosch Valdés, M^a del Carmen Rabí Martínez, Manuel Hernández Arteaga, Beatriz Garrido Suárez, Silvia Ferreira.

Clínica del dolor, Hospital C.Q.D. "10 de Octubre"

Durante los últimos 10 años hemos venido aplicando de manera sistemática la técnica de Hipnorelajación, FRD, diseñada por nuestro equipo de trabajo (JC García, M Martín, F Bosch, y col, 1994-2004). La misma ha permitido lograr alivio del dolor, así como la reducción de síntomas psíquicos como ansiedad y depresión situacionales acompañantes de la crisis dolorosa en el paciente con dolor crónico agudizado la mayoría de origen osteomioarticular. En el presente trabajo, mostramos los resultados de la aplicación de la técnica FRD de hipnorelajación, en pacientes con diversas patologías de hombro (predominio de la s bursitis), que acudieron a tratamiento en nuestro centro Clínica del Dolor del HDCQ 10 de Octubre, combinándose el tratamiento con Medicina Tradicional y Natural. Se estudiaron 60 casos con hipnorelajación FRD y se utilizó un grupo control con características similares. La mayoría fueron mujeres con edades entre 20 y 70 años, con nivel secundario y medio de escolaridad. Se realizó evaluación psicológica y médica antes y después del tratamiento con escalas de dolor. Se logró alivio en la mayoría.

17

UVEÍTIS Y ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO EN LA INFANCIA

Dra Melba de las M. Méndez Méndez, Dr. Víctor Hernández González, Dra. Elena Joa, Dra. Cecilia Coto Hermosilla, Dra. Dolores Cantera Ocegüera, Dra. Gloria Varela Puente

Servicio Nacional de Reumatología Pediátrica.

Hospital Pediátrico Universitario Pedro Borrás Astorga

Realizamos un estudio descriptivo prospectivo con una muestra de 16 pacientes pertenecientes a nuestro Servicio, portadores de algunas de las entidades del tejido conectivo, que presentaron uveítis en algún momento de la evolución de su enfermedad. Encontramos igual número de casos para ambos sexos y el 50% era menor de 5 años. La mayoría tenía diagnóstico de Artritis Idiopática Juvenil. Las manifestaciones oftalmológicas más frecuentes fueron el enrojecimiento ocular y la fotofobia. Los hallazgos más relevantes en la lámpara de hendidura fueron la presencia de pigmentos y las sinequias. Todos los casos recibieron tratamiento local, asociado o no a tratamiento sistémico (esteroide y/o inmunosupresor). La evolución fue satisfactoria en la mayoría de los pacientes.

18

MANIFESTACIONES OSTEOMIOARTICULARES COMO DEBUT DE LAS LEUCEMIAS EN EDAD PEDIÁTRICA. ESTUDIO DE 15 AÑOS.

Dra Melba de las M. Méndez Méndez, Dr. Víctor Hernández González, Dra. Cecilia Coto Hermosilla, Dra. Gloria Varela Puente

Servicio Nacional de Reumatología Pediátrica.

Hospital Pediátrico Universitario Pedro Borrás Astorga

Realizamos una revisión de 16 Historias Clínicas de pacientes atendidos en el Servicio Nacional de Reumatología Pediátrica en un periodo de 15 años, que presentaron síntomas osteomioarticulares como expresión inicial de dicha entidad. La mayoría eran del sexo femenino, menores de 5 años y de la raza blanca. Algunos de los pacientes habían sido erróneamente clasificados con patologías del tejido conectivo y cinco habían recibido tratamiento previo con esteroides. La artritis fue el síntoma más frecuente, así como la fiebre y los síntomas constitucionales. La articulación más afectada fue la rodilla. La presencia de cifras bajas de hemoglobina y de plaquetas, la eritrosedimentación globular acelerada y la linfocitosis fueron los hallazgos más importantes en las investigaciones de laboratorio. El medulograma concluyó todos los casos como Leucemia Linfoide Aguda. El uso de esteroides retrasó el diagnóstico en aquellos que lo utilizaron.

19

ARTRITIS PSORIÁSICA JUVENIL CON UVEÍTIS. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Dra Melba de las M. Méndez Méndez, Dr. Víctor Hernández González, Dra. Elena Joa, Dra. Ma. Del Carmen Seijas, Dra. Cecilia Coto Hermosilla, Dra. Gloria Varela Puente.

Servicio Nacional de Reumatología Pediátrica.

Hospital Pediátrico Universitario Pedro Borrás Astorga

Se presentan dos pacientes del sexo masculino remitidos al Servicio Nacional de Reumatología Pediátrica con el diagnóstico de posible Artritis Psoriásica.. Ambos habían expresado lesiones de piel y/o uñas compatibles con Psoriasis dérmica antes de presentar las alteraciones osteomioarticulares y las manifestaciones oculares. Se diagnosticó uveítis en uno de ellos desde muy pequeño, que se mantuvo activa a pesar del tratamiento local. Uno desarrolló un patrón inflamatorio oligoarticular y la otra afectación del eje axial. El tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos fue suspendido al confirmarse el diagnóstico de Psoriasis y se indicaron inmunosupresores asociados al tratamiento local y/o esteroideo sistémico. Los dos pacientes evolucionaron satisfactoriamente, aunque uno de ellos presenta daño ocular irreversible.

20

ESCLERODERMIA COMPLICADA CON MIASTENIA SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON D-PENICILAMINA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Dr. Víctor Hernández González, Dra Melba de las M. Méndez Méndez, Dr. Jesús Pérez Nellar, Dra. Cecilia Coto Hermosilla, Dra. Gloria Varela Puente

Servicio Nacional de Reumatología Pediátrica.

Hospital Pediátrico Universitario Pedro Borrás Astorga

Presentamos una paciente de 10 años con el diagnóstico de Esclerodermia Localizada, de la variedad morfea generalizada, que después de 2½ años de tratamiento con la D-penicilamina comienza a presentar disminución generalizada de la fuerza muscular así como dificultad para el acto de la masticación y la deglución de los alimentos y alteraciones de la voz. Al examen físico se evidencia debilidad muscular ligera en las cuatro extremidades, disminución de la movilidad del maxilar inferior además de las lesiones de piel propias de su enfermedad de base. El estudio hematológico, hemoquímico y de las enzimas musculares fueron normales. El electroencefalograma y el electromiograma estaban dentro de parámetros normales..Es valorada por Neurología, planteándose el diagnóstico de una Miastenia secundaria al uso de la D-penicilamina. Se indica Mestinón y Prednisona a altas dosis. La evolución fue satisfactoria, llegando a encontrarse sintomática dos meses después de iniciado el tratamiento.

21

GOTA JUVENIL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Dr. Víctor M. Hernández González, Dra. Melba de las M. Méndez Méndez, Dra. Gloria Varela Puente, Dra. Cecilia Coto Hermosilla

Servicio Nacional de Reumatología Pediátrica.

Hospital Pediátrico Universitario Pedro Borrás Astorga.

Paciente D. N. B de 11 años de edad, femenina, blanca, con historia de buena salud hasta los 8 años que padeció de dolores abdominales, detectándose por ultrasonografía litiasis en ambos riñones e hiperuricemia de 510 mmol/l, siendo atendida por nefrología. A los 9 años presentó artritis aguda en la articulación metatarsofalángica del primer dedo del pie derecho. Desde entonces lleva tratamiento con Alopurinol 200mg diario sin lograr normalizar la uricemia. La remiten a nuestro Servicio de Reumatología con cifras de ácido úrico en 470mm/l. Madre y tía materna padecen de litiasis renal En su exploración física no encontramos alteraciones. Con lo referido en la remisión médica hacemos el diagnóstico de gota juvenil. Mantenemos igual el Alopurinol y se indica dieta rigurosamente hipoproteica. Dos meses después la niña continúa asintomática y la uricemia se normalizó. Así se ha mantenido durante 6 meses con el mismo tratamiento.

22

ENFERMEDAD DE BEHÇET. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Dra Melba de las M. Méndez Méndez, Dr. Víctor Hernández González, Dra. Cecilia Coto Hermosilla, Dra. Gloria Varela Puente

Servicio Nacional de Reumatología Pediátrica.

Hospital Pediátrico Universitario Pedro Borrás Astorga

Presentamos una paciente de 9 años de edad que desde los 6 años de edad comienza a presentar signos inflamatorios de tobillo izquierdo y posteriormente aftas en la mucosa oral,

carrillos, encías y lengua asociadas a lesiones de aspecto vasculítico en la piel de los muslos, manos, antebrazo y codos. Se plantea una Vasculitis y se trata con esteroides. Se reactiva clínicamente siempre que se disminuye dosis de Prednisona. Es planteada una enfermedad de Behçet y se descartan otras entidades. Se introduce la Colchicina en el tratamiento sin obtenerse el efecto deseado y se sustituye por Azatioprina, lográndose remisión; aunque no se puede suspender el esteroide.

23

"AMENAZA OCULTA. UN ESTUDIO DE PREVENCIÓN COMUNITARIA

Dr. Alexei A. Suardía Dorta., Dr. Lorenzo Toriza Sanchez, Est. Yankiel Garcia Gutierrez.

ISCM-VC

La osteoporosis es la enfermedad metabólica ósea más frecuente y se caracteriza por una disminución de la masa ósea. Consecuentemente existe un incremento de riesgo para el desarrollo de fracturas óseas frente a un mínimo de traumatismos. El problema socioeconómico derivado de estas fracturas es muy importante. En la comunidad se estila muy baja la prevención de estas enfermedades. El objetivo de nuestro trabajo está encaminado a determinar los factores de riesgos poco conocidos de esta enfermedad, señalada como amenaza oculta, cuando apocalípticamente que la osteoporosis será la epidemia del siglo XXI se quiere decir que lo serán las fracturas, cuya prevención en la especie humana debe comenzar desde el mismo vientre materno y extenderse a lo largo de la vida para lograr una calidad de vida mejor, con una esperanza de vida al nacer cada vez mayor. Se concluye que el sedentarismo y el café fueron los factores de riesgos de mayor incidencia en los pacientes. Fue un logro elevar el conocimiento sobre osteoporosis en la intervención comunitaria.

24

ZALAZOPIRINA, UN ESTUDIO DE SU EFICACIA.

Dr. Alexei A. Suardía Dorta, Dra. Margarita Hernández García, Est. Yankiel García Gutiérrez

Se realizó un estudio en pacientes con artritis reumatoide, entidad clínica con elevada frecuencia entre las diferentes poblaciones reumáticas del mundo. Sus enfoques terapéuticos aplicados y resultados avalan por una búsqueda inquietante de fármacos ideales en el arsenal terapéutico. La zalazopirina sintetizada en la década de los cuarentas, droga de segunda línea modificadora de la enfermedad, fue aplicada por dos años en el tratamiento de 56 pacientes con AR para demostrar su eficacia. Mejoría clínica y en valores de laboratorio fueron resultados significativos del trabajo de eficacia con la droga, unido a pocos efectos adversos conocidos del medicamento.

25

TERAPIA ULTRASÓNICA EN LA FASCITIS PLANTAR

Est Néstor Mora Casares, Est. Susel León Lima.

El talón doloroso es una condición común que causa frustración tanto al paciente como a cada profesional de la salud a cargo del caso y puede llegar a ser un dilema su diagnóstico debido a la gran cantidad de causas posibles. Teniendo en cuenta la alta incidencia de pacientes en nuestra área de rehabilitación afectados de Síndrome doloroso subcalcáneo (Fascitis Plantar), y lo limitante e insidioso que puede llegar a ser esta patología, puesto que afecta directamente la marcha nos dimos a la tarea de analizar la efectividad de la terapia ultrasónica, en el tratamiento de la misma. Para ello seleccionamos una muestra aleatoria de 30 pacientes diagnosticados de fascitis plantar, a los que valoramos mediante una ficha recolectora que registraba variables como sexo, edad y ocupación; las características del pie si era normal o poseía alguna afectación biomecánica (cavus, plano, equino, etc.) Además de contar en la ficha con una escala analógica del dolor, variable del 0 al 10 donde el cero representaba la ausencia de dolor y el diez un dolor máximo, lo que nos permitió poder medir la influencia del ultrasonido en el curso del dolor, antes y después del tratamiento así como la cantidad de sesiones para cumplir con los objetivos terapéuticos. Al analizar e interpretar los datos encontramos una relación entre los pacientes afectados por fascitis plantar y la edad, puesto

que la mayoría superaban los 40 años, y el sexo más perjudicado resulto ser el femenino; en coincidencia con la bibliografía encontrada que reflejó resultados similares. Este trabajo nos permitió definir a la ultrasonoterapia como una estrategia muy efectiva en el tratamiento de la fascitis plantar, dado por la efectividad global de un 86,6%, para cumplir con los objetivos terapéuticos en un promedio de 11,8 sesiones.

26

PEZQUIZAJE CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE PATOLOGÍAS REUMÁTICAS EN ESTUDIANTES DE 3ER AÑO DE MEDICINA. FILIAL BAYAMO.

1-Mahe Fonseca Gómez-Estudiante de 3er Año de Medicina, 2- Jose Alberto Turruelles Ramírez-- Estudiante de 3er Año de Medicina, 3-Marién Pantoja Blanco-Estudiante de 3er Año de Medicina Asesores: 1-Dr. Pedro Surós Díaz- Esp 1er grado en Reumatología, 2- Dr. Ramón Juan Surós Lamela Esp 1er grado en Medicina interna verticalizado en cuidados intensivos del adulto.

Se realiza un estudio descriptivo longitudinal de los 140 > estudiantes de medicina de la filial de ciencias medicas de Bayamo en el periodo comprendido de 1 de septiembre al 30 de noviembre del año 2005, a los cuales se les aplico una encuesta diseñada para tal efecto, donde se hacen énfasis en los aspectos clínico-epidemiológicos de las patologías reumáticas, cuyos resultados se expresan en tablas y gráficos, haciéndose conclusiones y recomendaciones.

27

SEGUIMIENTO DE LA MEDICACIÓN EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA Lic. Evelyn Toledo Jiménez, Mcs. Rosa Areces Hernández, Lic. Néstor Fernández Díaz

Cualquier suceso indeseable que experimente un paciente relacionado con la medicación y que interfiere o puede interferir con los resultados deseados en el paciente constituye un problema relacionado con los medicamentos (PRM). Actualmente, existe un consenso en clasificar los PRM en cuatro categorías (*indicación, efectividad, seguridad y adherencia*). Nuestro trabajo va encaminado a detectar problemas de indicación de tratamientos en pacientes con Artritis Reumatoide ingresado en el servicio de reumatología en el mes de mayo de 2005. **MATERIALES Y METODOS.** Se incluyeron todos los pacientes con Artritis Reumatoide ingresado en el servicio de Reumatología en el mes de mayo de 2005 donde se identificaron problemas de indicación de tratamientos, para los cuales se realizaron pases de visitas y se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes confeccionando luego fichas farmacológicas según guía de Clemente y colaboradores. **CONCLUSIONES:** El 37.5% de los pacientes ingresados consumían medicamento innecesariamente. De los pacientes con necesidad de medicación la causa más frecuente fue la continuación de los tratamientos. Se encontró elevada frecuencia de sinergismo en los tratamientos farmacológicos (36%). La mayor incidencia de medicación innecesaria está en la duplicidad terapéutica (30,6%) seguido de la automedicación.

28

EVALUACION ECOGRAFICA EN PACIENTES CON ESPONDILOARTROPATIAS EN EL SERVICIO NACIONAL DE REUMATOLOGIA. INTEGRANTES:

Dra. Ana Marta López Mantecón., Dra. Ester Duarte Pérez, Dr. Alejandro. Fidel Valmaña Sánchez

Hosp. Clínico Quirúrgico Docente "10 de Octubre". Servicio Nacional de Reumatología.

Se presenta una correlación clínico radiológica, donde se hace uso de la ecografía de partes blandas en el diagnostico y manejo en general de las espondiloartropatías en el servicio nacional de reumatología. A partir de el cual se le realizo a los casos clínicos de espondiloartropatias una ecografía de sacro iliaca y de diferentes articulaciones entre las cuales se encuentran caderas, rodillas, hombro, tobillo, codos. Esto fue de gran valor para el diagnostico detección de entensopatias y otros procesos inflamatorios de las partes blandas frecuentes en estos pacientes, además que sirvió de apoyo a la radiografía convencional que solo se limita a la valoración de los huesos. Por lo cual, se presentan cinco casos estudiados de espondiloartropatias entre las cuales se encuentran una de cada tipo, donde se expresara

desde la clínica hasta la utilidad y valor que represento en el diagnóstico y seguimiento de estos casos la ecografía de partes blandas.

29

IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO FISIÁTRICO DE LA ESCLERODERMIA. ESTUDIO DE 10 AÑOS DE TRABAJO EN EL DEPARTAMENTO DE REHABILITACIÓN DEL SNR.

Annia Rodríguez García

Hosp. Clínico Quirúrgico Docente "10 de Octubre". Servicio Nacional de Reumatología.

La Esclerodermia, es una enfermedad reumática crónica, de etiología desconocida, la que provoca lesiones cutáneas y afectación a diferentes órganos, como el corazón y los pulmones. También genera debilidad muscular, disminución del peso corporal y toma del estado en general. Realizamos este estudio retrospectivo en el período de Septiembre/95 a Septiembre/2005, con todos los pacientes atendidos en el Departamento de Fisioterapia del SNR. De un total de 10 pacientes, de ellos 6 mujeres y 4 hombres, a los que se les aplicó, 20 sesiones del siguiente Esquema de Tratamiento: Calor Infrarrojo en zonas afectadas. Masajes Terapéuticos con Petrolato Sódico, en todo el cuerpo. Ejercicios Generales, combinados con Ejercicios Respiratorios. Algunas recomendaciones para mejorar la calidad de vida. La evaluación de la eficacia del Tratamiento Rehabilitador, se realizó mediante la Escala Análogo – Visual (dolor) de 0 a 10, (siendo 10 la mejor evaluación), y mediante la comparación de los síntomas objetivos y subjetivos, al inicio y al finalizar el tratamiento, resultando que el 100% de los pacientes evolucionaron de forma satisfactoria, demostrando así la eficacia de la rehabilitación, incorporando al paciente a su vida social y laboral con el mínimo de limitaciones, tanto físicas como psicológicas.

30

BLOQUEO EPIDURAL PARA EL TRATAMIENTO DEL DOLOR POR APLASTAMIENTO VERTEBRAL

Dr. Ariel Domech García, Dr. Bárbaro Taylor.

Hospital Clínico Quirúrgico Comandante Faustino Pérez de Matanzas.

Objetivo: Demostrar la efectividad de la anestesia epidural con esteroides para el tratamiento del dolor dorso lumbar por aplastamiento vertebral. **Material y método:** Se realizó un estudio prospectivo en 30 pacientes adultos de ambos sexos, ASA II y III, alternativos para el tratamiento del dolor dorso lumbar por aplastamiento vertebral en Hospital Clínico Quirúrgico " Comandante Faustino Pérez " de Matanzas, en un periodo comprendido de enero a septiembre del 2005. La muestra se seleccionó al azar quedando integrada por pacientes portadores del síndrome doloroso dorso lumbar que no respondían satisfactoriamente al tratamiento tradicional impuesto y no tenían contraindicación para la realización de esta técnica. La muestra se dividió en dos grupos de igual número de integrantes. Al Grupo A se le administró el tratamiento convencional con analgésicos (Dipirona 600 mg cada 8 horas) anti inflamatorios no esteroideos, antidepresivos tricíclicos (Amitriptilina, ¼ de tableta cada 12 horas) y anticonvulsivantes (Carbamazepina, ¼ de tableta cada 12 horas). El Grupo B (estudio) se le administró el mismo tratamiento convencional y además el bloqueo epidural con Lidocaina al 2% 40 mg, Betametazona 4 mg y Metilprednisolona de depósito 80 mg. Posteriormente se determinó la necesidad de repetir el tratamiento a través de evaluaciones realizadas cada 7 días posteriores a los bloqueos. Se determinó la calidad de la analgesia a través de la escala visual análoga, necesidad de administrar analgésicos adicionales y presencia de complicaciones. **Resultados:** El bloqueo epidural con esteroides para el tratamiento del dolor dorso lumbar por aplastamiento vertebral fue efectivo con una disminución significativa de la dolencia y de la necesidad de administrar analgésicos adicionales. Los pacientes del Grupo B tuvieron un alivio del dolor significativamente superior a los del Grupo A. No se presentaron complicaciones durante la realización del bloqueo epidural. **Conclusiones:** Quedó demostrada la efectividad del bloqueo epidural para el alivio del dolor dorso lumbar por aplastamiento vertebral en combinación con métodos analgésicos tradicionales.

31

DESARROLLO EN LA ATENCIÓN DE LAS AFECCIONES REUMÁTICAS EN LA ASISTENCIA PRIMARIA DE LA COMUNIDAD, NUEVO LOGRO DE JUSTICIA

MACRODISTRIBUTIVA EN SALUD DE LA ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGÍA EN CUBA
Dr. José Pedro Martínez Larrarte, Dra. Yusimí Reyes Pineda, Dra. Keyla Suárez Carcasés, Dr. Didier Rodríguez Matanzas, Dra. Carmen Fanny Perdices García de Santamarina, Dra. Giselle Mena

Hosp. Clínico Quirúrgico Docente "10 de Octubre". Servicio Nacional de Reumatología

La atención de los pacientes con enfermedades reumáticas en Cuba, ha alcanzado grandes logros en los últimos años desde el punto de vista bioético en cuanto a los valores macro distributivo en estos servicios especializados de salud, entre los que se encuentran la presencia de especialistas de reumatología en la asistencia hospitalaria de todas las provincias del país protegiendo a esta población de enfermos de la morbilidad que se puede presentar cuando se retrasa el diagnóstico de estas entidades y no se establece una terapéutica temprana y oportuna. Un hecho palpable de los últimos años es la introducción y el desarrollo de la asistencia reumatológica especializada en la atención primaria de salud como un elemento fundamental de justicia sanitaria presente en nuestro sistema nacional de salud. En este trabajo desarrollamos aspectos fundamentales en cuanto a los pasos que se han dado en la asistencia docente e investigación de las afecciones reumáticas en los centros de atención comunitaria.

32

INTRODUCCIÓN Y DESARROLLO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES EN LA ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGÍA EN CUBA

Dr. José Pedro Martínez Larrarte, Dra. Yusimí Reyes Pineda

Hosp. Clínico Quirúrgico Docente "10 de Octubre". Servicio Nacional de Reumatología

La introducción de las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones en toda empresa que se proponga altos índices de eficiencia en su labor diaria es un hecho que se impone en la actualidad, para poder llegar a alcanzar el dominio y divulgación de la información que se genera en cada momento a nivel mundial y de esta forma mantener los conocimientos actualizados de todo el personal que en ella labore, este proceso es una alta prioridad que se planteó a la Sociedad Cubana de Reumatología con el objetivo de mantener a todos sus miembros a la vanguardia en cuanto al dominio y desarrollo de estas ciencias aplicadas, empleando los servicios que facilita la red de información salud de Cuba Infomed. Abordaremos todos los pasos que se han realizado en esta dirección y los logros alcanzados en los últimos años puestos al alcance de todos los reumatólogos y especialistas afines que forman parte de la SCUR

33

ENFERMEDAD REUMATOIDEA, REPERCUSIÓN EN LA MORBILIDAD DEL PACIENTE

Dra. Yusimí Reyes Pineda, Dr. José Pedro Martínez Larrarte

Hosp. Clínico Quirúrgico Docente "10 de Octubre". Servicio Nacional de Reumatología

Estudio y presentación del cuadro clínico de 3 pacientes egresados del Servicio Nacional de Reumatología durante el año 2005 con el diagnóstico de Artritis reumatoide agresiva, que en el curso de la lesión articular desarrollaron severos daños en otros órganos y sistemas, que llegaron a predominar sobre el cuadro articular y comprometer severamente la morbilidad de paciente, definido al egreso hospitalario como Enfermedad Reumatoidea

34

Plica sinovial: EXPERIENCIA EN SANTIAGO DE CUBA

Dres. Caliste Manzano .Morasen Cuevas, Fresneda. J. R. Matamoros .A Jorge Fonseca

La plica sinovial resultó ser la patología más frecuente encontrada en 663 rodillas operadas por artroscopia en el servicio de reumatología de Santiago de Cuba 208 rodillas para un 31%. Además fue la principal causa de reintervención por fibrosis en la zona de plica, el 30% de los operados por esta patología oscilaban entre 46 y 55 años de edad el total de los casos con menos de 16 años, 11 en total tenían el único diagnóstico de plica sinovial existió una buena relación clínico artroscópica. La patología asociadas como hubo de esperar por el daño directo

de la plica mediopatelar fueron: condromalacia de rotula, de cóndilo interno e hipertrofia de la grasa de Hoffa en este mismo orden. El tipo de anestesia local fue aplicado al 68% de estos pacientes

35

REPORTE DE ECTASIA DURAL EN UN PACIENTE CON SÍNDROME DE MARFAN.

Dres. Jeanette Hernández Llanes, Milene Vázquez Martínez, Carmen Remuñán, Leonel López Granda, Silvia Almaguer, Nibaldo Hernández Mesa.

El Síndrome Marfán (SM), es una conectivopatía en la que se evidencia el efecto pleioitrópico del gen de la FBN 1. Diferentes sistemas se afectan. El dolor de espalda es muy frecuente en estos pacientes. Este dolor puede ser debido a manifestaciones de escoliosis, espondilolistesis, cifosis, osteoporosis y la ectasia dural. La ectasia dural constituye un criterio mayor de Marfan para la región lumbosacra que ha cobrado importancia desde la aplicación de RMN a los pacientes. En nuestro medio no contamos con estudios de este tipo para todos los pacientes con síndrome de Marfán. No obstante es un elemento a tomar en cuenta ya que la dilatación ocurre por igual mecanismo que en la aorta (Peyeritz y Gasner, 1994). Con esas ideas ante un paciente que no cumpla los criterios mayores de los sistemas clásicos (cardiológicos y oftalmológicos) nos decidimos aplicar la RMN en busca de un criterio mayor para el diagnóstico de SM. Para ello se realizó un estudio clínico integral en un paciente de 18 años masculino con dudas diagnósticas del SM y finalmente una RMN lumbosacra. El paciente cumplía los criterios músculo esqueléticos mayores y menores como se refiere en otros trabajos (National Marfan Foundation, 1990). Se cumplió sólo un criterio menor de Ghent para el sistema cardiovascular (prolapso válvula mitral con regurgitación). En cuanto a la piel e intertegumentos sólo cumplía un criterio menor (estrías cutáneas). En sistema oftalmológico (miopía). La RMN demostró discreto aumento de la intensidad de señal de la duramadre que provoca un aumento de la presión, el líquido en exceso ocupa la cavidad peridural y comprime las estructuras de la región. Esto hace que sea más frecuente en los cuerpos vertebrales con saco dural prominente. El paciente presentó otras enfermedades asociadas. El mecanismo de la ectasia dural lumbosacra resulta del crecimiento de la mujer la sintomatología como dolor abdominal bajo al avanzar la ectasia comprometiendo uretra, vejiga y recto. Se concluye que la ectasia dural lumbosacra como criterio mayor de SM no se diagnostica en nuestro país ya que los pacientes en los que se supone SM se les priorizan otras pruebas oftalmológicas y cardiovasculares. La ectasia dural lumbosacra es un criterio mayor que ante dudas diagnósticas es necesario tenerla en cuenta.

36

CRITERIOS CARDIOVASCULARES EN PACIENTES CON SÍNDROME MARFÁN.

Dres. Jeanette Hernández Llanes, Manuel Amador Antuña, Amaury Flores, Aracelys Lantigua Cruz, Carlos Quintana Setién Alina González-Quevedo Monteagudo.

El Síndrome Marfán (SM), es una conectivopatía de causa hereditaria por mutación del gen FBN 1 (fibrilina 1) (Peyeritz y Gasner, 1999). Esta proteína tiene una distribución casi universal, afectándose en el síndrome diferentes sistemas (Mc Kusick, 1998). Es el sistema cardiovascular el que compromete la vida de los pacientes, que presentan muy frecuentemente aneurismas disecantes de la aorta, lesiones valvulares e insuficiencia cardíaca, entre otras (Gelehrter et al, 1997). Un estudio de 51 pacientes adultos nos aproximó al conocimiento de estas alteraciones cardiovasculares siguiendo los criterios de Ghent. Se realizó un estudio transversal desde sept / 2000 hasta sept / 2003 en el Hosp. Gral. "Calixto García". 51 pacientes con síndrome de Marfán diagnosticados fueron registrados. Se confeccionó la historia clínica y se realizaron exámenes cardiovasculares. Se realizaron además de estudios clínicos ECO DOPPLER, EKG, RX de torax. Los criterios de Ghent para el sistema cardiovascular, fueron los siguientes: Criterios Mayores; la dilatación de la aorta ascendente con regurgitación aórtica se encontró en el 28% y sin regurgitación aórtica en el 36 % de los pacientes. El análisis estadístico se realizó mediante el paquete Estadística de Windows. Las formas clínicas predominantes coinciden con los signos mayores cardiovasculares para el grupo de pacientes analizados, siendo significativo, por análisis de varianza (ANOVA) para una $F= 16.69$; $p = 0.0006$. No hubo ningún paciente con disección de la aorta ascendente. Criterios Menores; el prolapso de la válvula Mitral (PVM) con regurgitación presentó una prevalencia del 24 %, mientras los que no presentaron regurgitación representaron un 20%. La dilatación de la arteria

pulmonar en menores de 40 años, se presentó en el 2 % de los pacientes. No se encontró calcificación del anillo Mitral en menores de 40 años. Hubo un paciente (2 %), con dilatación de la aorta torácica descendente o de la aorta abdominal en menores de 50 años. Se aclara que n=50 pues un paciente no se realizó ecocardiograma. Al 19.6 % de los pacientes no fue posible realizarle la totalidad de las mediciones estandarizadas por presentar deformidades torácicas severas. Las media del DmAo fue 35.6+- 5.2 mm (valor normal 28.1+- 3.3 mm). Siendo este el hallazgo más significativo. Se observó un incremento de las insuficiencias valvulares izquierdas (IVI) en los pacientes de edad mayor de 25 años (63 %) y en los menores de 25 años el comportamiento de la IVI fue de un 26.1 %, por lo que la IVI en los mayores de 25 años es significativamente más frecuente que en los menores de esta edad (chi cuadrado = 6.800; p = 0.009). Hubo un 44 % de paciente con PVM y de estos un 24 % presentaba regurgitación. El número de pacientes con dilatación de la raíz aórtica fue significativo y de estos una proporción importante tuvo regurgitación. Se observa que las formas clínicas predominantes que incluyen las formas cardiológicas, tenían un incremento del diámetro de la raíz aórtica, pero también hubo un mayor diámetro en las formas que involucraban los tres sistemas respecto a los que solo tenían ME y CV. En relación con los criterios menores fue significativo el PVM, existe correlación con la literatura respecto a la prevalencia del PVM (Prohías y colaboradores, 1998) con regurgitación (29 %). Las mayores manifestaciones del SM son dependientes de la edad y se hacen evidentes con el transcurso de los años.

37

CRITERIOS MUSCULOESQUELETICOS EN 51 PACIENTES CON SINDROME DE MARFAN.
Dres. Jeanette Hernández Llanes, Aracelys Lantigua Cruz, Carlos Quintana Setién. Alina González-Quevedo Monteagudo.

El Síndrome Marfán (SM), es una afección hereditaria con patrón autosómico dominante (Estivel y colaboradores, vol 1 1997; Robins, 1999) que afecta diferentes sistemas (National Marfan Foundation, 1997). El sistema músculo esquelético distingue fenotípicamente a estos pacientes (Pyeritz y Gasner, 1994). La variabilidad intra e intrafamiliar hace que pacientes se manifiesten con alteraciones típicas y otros con pocas manifestaciones. Tomando en cuenta este problema decidimos profundizar en la búsqueda de criterios musculoesqueléticos mayores y menores en un grupo de 51 pacientes entre 15 y 68 años se realizó un estudio descriptivo transversal durante 3 años. Se utilizó el mismo tallímetro para todos los pacientes y se estableció la medición en centímetros. Para la relación brazada talla se midió del dedo del medio de una mano al otro con los brazos extendidos. La relación segmento superior-segmento inferior se midió desde el borde superior de la sínfisis del pubis hasta el piso en relación con la altura del paciente. El signo del pulgar se consideró cuando la uña del pulgar sobrepasaba el borde ulnar de la mano. Se aplicó el sistema Statistica para Window. La talla alta, la brazada mayor que la talla y el segmento inferior mayor que el superior se encontró en la totalidad de los pacientes. Los dimorfismos craneofaciales se encontraron en un 96%. La hiper movilidad articular en un 76.4% y el paladar alto y apiñamiento de los dientes y escoliosis en el 74%. El signo de muñeca pulgar en 68.6 %. El pectus carinatum en 43.1 %. El pectum excavatum en 19.6%. El pie plano en 23.5 %. Reducción de la extensión del codo en el 21.5%. La protrusión del acetábulo en 17.7%. Dentro de los dimorfismos craneofaciales fueron mas frecuentes en orden decreciente: Globos oculares grandes (74.5%), Enoftalmo (47 %) Orejas grandes y retrognatia (43.1%); Hipoplasia malar (37.3%); Dolicocefalia (17.6%); Mentón grande (7,8 %). Los criterios mayores se cumplieron para todos los pacientes. La mayor frecuencia del pectus carinatum respecto al excavatum se corresponde con estudios recientes del hospital pediátrico de Matanzas, 2000. El paladar alto y apiñamiento de los dientes tuvo un % significativo. (Pyeritz y Gasner, 1994). Las alteraciones más frecuentes fueron alta talla, brazada mayor que la talla y los dimorfismos craneofaciales. Los datos en cuanto a criterios mayores y menores s son muy parecidos a los reportados en la literatura aunque se hallaron otros rasgos dimórficos.

38

EL PACIENTE TESTIGO DE JEHOVÁ. UN RETO BIOÉTICO PARA EL MEDICO?
Dr. Luís Verges Callard, Dra. Belkis Rodríguez Rizo, Lic. Fadela Verges León, Dr. Osvaldo Caliste Manzano. , Dr. Ricardo Moracén Cuevas., Dra Maritza Alcaraz Aguerro.

Se hace un estudio de los basamentos para la no realización de la transfusión sanguínea por los pacientes testigos de Jehová: 1_ Argumento bíblico. 2-Argumento médico. 3- Argumento

organizacional. Se analizan y refutan las opciones que ellos dan como alternativa de sustitutos de la sangre y se hace una encuesta anónima a 20 médicos para saber lo que ellos conocen sobre esta religión y como explicarles a los pacientes de esta religión que las alternativa para la sangre que ellos recomiendan no son efectiva en caso de urgencia por shock hipovolémico y también se le hizo e encuesta a 10 pacientes testigos de Jehová para saber cuanto saben ellos sobre el por que de la negativa de la sangre y que hacer antes un familiar que necesite de urgencia una transfusión. Los objetivos propuestos fueron: 1 Identificar el conocimiento que tienen algunos médicos sobre esta religión. 2 Determinar las causas para no transfundirse en un grupo de pacientes testigos de Jehová. 3 Determinar las complicaciones más frecuentes de las transfusiones sanguíneas. 4 Determinar si nuestro manejo médico a estos pacientes coincide con los principios postulados por la bioética. Se obtienen resultados y se sacan conclusiones y recomendaciones

39

ALTERACIONES OFTALMOLÓGICAS EN EL SÍNDROME MARFÁN.

Dres. Jeanette Hernández Llanes, Annette Machado, Aracelys Lantigua.

Facultad de Ciencias Médicas "Calixto García". Centro Nacional de Genética

Entre las alteraciones oculares más características del Síndrome de Marfán (SM) se reportan defectos en la refracción, subluxación del cristalino, córnea plana, glaucoma y desprendimiento de retina. En los casos más severos de esta entidad se reporta, la debilidad visual o ceguera (Kanski, 1995). Sobre la base de esa consideración decidimos realizar un estudio de estas alteraciones en un grupo de 51 pacientes, entre 15 y 68 años de edad del Hospital Calixto García, mediante un estudio descriptivo transversal desde sept / 2000 hasta sept / 2003 en el Hosp. Gral. Se siguieron los criterios de Ghent para el sistema oftalmológico. Se confeccionó la historia clínica y se realizaron los exámenes siguientes: a) Fondo de ojo, b) Reflejo oculomotor directo e indirecto; c) Examen por lámpara de hendidura, d) Queratometría, e) Ultrasonido ocular, f) Biometría. El análisis estadística se realizó mediante el método STATISTICA para Windows. La muestra fue reducida de 51 a 43 debido a que 8 pacientes presentaban cataratas. En 32 pacientes (62.7 %) encontramos subluxación del cristalino hacia arriba, así como la córnea plana e hipoplasia del Iris. El incremento de la longitud axial del globo ocular se encontró en 38 (74.5 %) de ellos. En 26 pacientes (50.9 %) hubo estrabismo, en 11 (21.5 %) cataratas, en 8 (15.6 %) escleróticas azules, en 18 (36 %) desprendimiento de retina y en 32 (62.7 %) Iridodonesis. La prevalencia de ectopia lentis (EL), según Pyeritz y Gasner (1999) es del 60 al 70 % en los pacientes con SM. En nuestra muestra se obtuvo una frecuencia similar. También encontramos predominio de Iridodonesis y el desprendimiento de retina y en menor grado el glaucoma. La presencia de estrabismo en nuestros pacientes está asociada al defecto visual, así como al exoftalmo discreto, por aumento del globo ocular como causa de miopía. Las escleróticas azules fueron encontradas y se explica por la delgadez del tejido conjuntivo de la esclerótica, a través de la cual se observa el tinte azulado correspondiente a la coroides. Esta alteración es más frecuente en la osteogénesis imperfecta que en el SM. En nuestro estudio el 15.6 % la presentó. Es posible que esto sea una evidencia clínica de la interacción de gen de la fibrilina con otros genes del tejido conectivo (estado heterocigótico compuesto). El desarrollo de cataratas entre 30 y 50 años distinguen al SM de la población normal, esta última con aparición más tardía. La miopía fue más frecuente con respecto al 31.2% planteado por Lantigua en 1981. Se concluye que predominó la subluxación del cristalino, córnea plana, hipoplasia del Iris, defectos refractarios, Iridodonesis y desprendimiento de retina. Nuestras conclusiones confirman los reportes de la literatura en cuanto a la Iridodonesis y desprendimiento de retina y en menor grado el glaucoma.

40

CONSIDERACIONES DEL MANEJO CLÍNICO INTEGRAL EN EL SÍNDROME MARFÁN.

Dres. Jeanette Hernández Llanes; Aracelys Lantigua Cruz; Carlos Quintana Setién; Alina González-Quevedo Monteagudo; Manuel Amador Antuña.

El Síndrome Marfán (SM), es un trastorno hereditario del tejido conectivo que sigue un patrón Mendeliano autosómico dominante (AD), causado por la mutación del Gen de la Fibrilina FBN 1 (Pyeritz y Gasner, 1994). En la edad pediátrica no se encuentran las principales afectaciones, sin embargo existe un mejor seguimiento multidisciplinario en esta etapa; respecto a la edad adulta que es donde sobrevienen las complicaciones mayores e incluso la muerte, de no

tratarse debidamente las manifestaciones en los diversos sistemas (cardiológicos, oftalmológicos, musculo esqueléticos) (National Marfan Foundation, 1997) , el efecto pleiotrópico del gen afectado, así como una correlación clínico-molecular que apoya una lógica propuesta de control clínico integral para una entidad cuya esperanza de vida era de 32 años y actualmente se ha podido alcanzar los 70 años, a partir del seguimiento adecuado de las manifestaciones del SM. Sobre la base de los datos señalados y que no se conocen (en nuestro medio) estudios con la perspectiva de manejo clínico integral del SM en etapa adulta. Se establecieron las características del manejo clínico integral del SM por un período de tres años en un grupo de 51 pacientes, además se identificaron la cantidad de pacientes que no tenían seguimiento integral antes del período evaluado con vistas a modificar la situación. Se realizó un estudio transversal desde sept / 2000 hasta sept / 2003 en el Hosp. Gral. "Calixto García". Nos apoyamos en los criterios de Ghent y las historias clínicas para la identificación de las características propias del SM. Se realizaron complementarios y estudios específicos en los sistemas involucrados. Se utilizó el programa Statistica para window. En el 70.6 % de los pacientes no existía con anterioridad un seguimiento integral, ni tenían conocimiento de las implicaciones de la enfermedad. Más del 50% de ellos llevaban más de 3 años sin ser atendidos siquiera por consultas aisladas, incluso en el 39.2% de los casos no tenían tratamiento alguno antes del estudio. Durante la pesquisa fueron hallados y diagnosticados 4 pacientes que no conocían su padecimiento. Se encontró que las formas clásicas del SM: ME, OFT y CV, predominaron en frecuencia al igual que lo reportado en la literatura. Los aspectos a considerar en cuanto a falta de seguimiento integral son: Desconocimiento de los pacientes de su estado de enfermedad, incluso algunos con sintomatología severa negaban la necesidad de atención médica; las limitaciones físicas, visuales y CV que obligan a que estos pacientes dependan de transporte para su traslado a las instituciones hospitalarias. La expresividad variable inter e intra familiar hace que existan un grupo de pacientes que, aparentemente no están afectados hasta las formas clásicas del SM. Todos los pacientes y sus familiares deben ser estudiados rigurosamente. Este seguimiento integral define estratégicamente la prevención y el tratamiento y es el pilar fundamental en la garantía de la supervivencia del SM (National Marfan Foundation. Pittsburgh, 1999). Los pacientes fueron seguidos por consultas de las diferentes especialidades. Este estudio de carácter multidisciplinario tiene la novedad de haber sido realizado en pacientes con SM de edad adulta. En este periodo es donde suceden con mayor frecuencia la complicaciones, la mayoría dependientes de la edad

41

TROMBOSIS ARTERIAL Y VENOSA, ULCERAS CUTÁNEAS Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

Dr. Eddy Silverio Martínez, Dr. José Francisco Martínez Delgado, Dra. Marta Pérez de Alejo Rodríguez

Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Villa Clara

El Lupus Eritematoso Sistémico es una enfermedad inflamatoria del tejido conectivo con variadas manifestaciones que puede afectar varios sistemas de órganos a través de complejos inmunes y auto anticuerpos, particularmente los anticuerpos antinucleares (ANA). El presente trabajo realizado en el Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro de Villa Clara se estudiaron un total de 183 pacientes diagnosticados con LES desde enero 1991 a diciembre 2004. Con los datos obtenidos de los expedientes clínicos se elaboraron tablas y gráficos, se aplicó como método estadístico fundamental el estudio porcentual. El sexo femenino predominó, 170 casos (92.9%), sobre el masculino, 13 casos (7,1%), con una razón 13:1. La mayoría de los pacientes se encontraron en las edades comprendidas entre los 26 y 35 años. Del total de casos se realizó el diagnóstico de Síndrome Antifosfolípido Secundario en 20 (10.9%) de los cuales 7 fallecieron lo que representa el 35 % de los pacientes portadores del Síndrome. La presencia de úlceras cutáneas se evidenció en 21 pacientes, el ACL fue positivo en 10, de los 12 pacientes que padecieron de TVP en 7 el ACL resultó positivo, al igual que en 5 de los afectados por TEP y en 9 de los 15 que sufrieron Infartos cerebrales, fallecieron 12 pacientes por esta última causa. En la muestra analizada existió coincidencia de varios fenómenos tromboticos, 2 presentaron Trombosis Cerebral y TVP, y 1 presento TEP y Trombosis Cerebral. Los resultados expuestos denotan los complejos mecanismos fisiopatogénicos involucrados en estos casos y las dificultades existentes actualmente en manejo terapéutico, al coincidir en un mismo paciente fenómenos tromboticos y vasculíticos. En la última tabla se exponen las principales causas de muerte por necropsia

42

ALTERACIONES DEL TIROIDES EN EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO.

Dra. Marta Pérez de Alejo Rodríguez, Dr. José Francisco Martínez Delgado., Dr. Eddy Silverio Martínez, Dra. María Isabel Marimón Carrazana.

Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Villa Clara

El Lupus Eritematoso Sistémico tiene manifestaciones en diferentes órganos y sistémicas. Las alteraciones del tiroides pueden estar presentes en los pacientes con lupus, especialmente el hipotiroidismo. Se realizó un estudio en el Hospital Arnaldo Milián Castro, de Santa Clara, provincia de Villa Clara, durante el período entre abril de 2004 y abril de 2005, para determinar el comportamiento de las enfermedades del tiroides en estas pacientes con el fin de brindarles un tratamiento más integral. Treinta y siete pacientes con diagnóstico de LES del sexo femenino y edades entre 20 y 60 años fueron incluidas en nuestra muestra. A todas se les realizó un interrogatorio dirigido sobre tiempo de evolución del lupus, síntomas del tiroides, examen físico general y específico del tiroides, además ultrasonido de tiroides y TSH en caso necesario. Las alteraciones del tiroides por ultrasonido fueron encontradas en un (54,1%) de la muestra. Predominó el estadio II de alteraciones sonográficas: glándula de tamaño normal con nódulos. Las alteraciones clínicas y sonográficas coincidieron en 12 pacientes. Fue detectado un hipotiroidismo subclínico en 3 pacientes con LES.

43

COMPORTAMIENTO DE LA VASCULITIS PRIMARIA EN LA EDAD PEDIÁTRICA.

Dra. García Hernández Margarita, Dr. Suardía Dorta Alexai, Dra. Gómez Conde Santa, Dra. González Otero Zoe A.

Hospital José Luís Miranda Santa Clara Villa Clara.

Se estudiaron 28 pacientes que ingresaron en la sala de reumatología del Hospital Pediátrico, José Luís Miranda de Villa Clara en un periodo comprendido de noviembre del 2003 -2005, con diagnóstico definitivo de vasculitis. La edad de inicio correspondió entre 3 -5 años(42.8%) y de 10-15 años(38.4%);predominio del sexo femenino(57.14%) y la raza blanca con un 78.5%.La más representativa de la inflamación vascular fue la vasculitis de pequeños vasos Sholein Henoch CON UN 71.4%, enfermedad de Kawasaki (14.2%),vasculitis leucocito clástica cutánea (10.7%), el (3.5%) le correspondió a la Poliarteritis Nudosa y la Vasculitis aislada del Sistema Nervioso Central. Las complicaciones más frecuente fue la causa renal (14.2%); digestiva (melena) 3.5%.y una hemorragia testicular en un paciente todas en el Sholein Henoch. en el resto después de las complicaciones establecidas no han presentado complicaciones.

44

ESTUDIO DE LA FIEBRE REUMÁTICA EN UN PERÍODO DE 2 AÑOS. 2003- 2005.

Dra. Hernández García Margarita., Dr. Suardía Dorta Alexei, Dra. Gómez Conde Santa Y, Dr. Borges López José Alberto.

Hospital José Luís Miranda Santa Clara Villa Clara.

Se realizó un estudio de 16 pacientes con diagnóstico de fiebre reumática, la edad de comienzo más frecuente fue en niños mayores de 10 años de edad y sexo masculino. La artralgia y la artritis migratoria se observó en el 75 % de los pacientes, la carditis ligera moderada en el 37.5 %, la corea de Sydenham como forma de presentación aislada en el 25 % de los pacientes y el 12 % de los afectados con corea eran del sexo femenino. De los exámenes complementarios realizados la reactante de fase aguda (VSG-PCR) fueron las más representativas en el 75 %, la pericarditis y el prolapso de la válvula mitral fueron las alteraciones que predominaron por el estudio del Ecocardiograma, el antígeno estreptocócico B Hemolítico del grupo A se demostró en el 62,5 %. En el 75 % de los pacientes se utilizó como tratamiento la penicilina benzatínica, la evolución ha sido buena en todos los casos