

**Revista
Cubana de**



REUMATOLOGIA

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

INDICE

Director

Dr. Alfredo Hernández Martínez

Editor

Dr. Gil A. Reyes Llerena

Comité Editorial

Dr. Roberto Torres Moya
Dra. Concepción Castell Pérez
Dra. Gloria Varela Puentes

Dr. Gilberto López Cabreja
Dra. Marlene Guibert Toledano
Dr. Angel Checa González
Dr. Roberto Torres Carballeira
Dr. Frank Menéndez
Dr. Víctor Hernández González
Dr. Jorge Félix Rodríguez Hdez.
Dra. Dolores Cantera Ocegüera
Dr. Javier Porro Novo
Dra. Zoe A. González Otero
Dr. Claudino Molinero Rodríguez

Comité Científico Nacional

Dra. Gloria Varela Puentes
Dra. Concepción Castell Pérez
Dr. Alfredo Hernández Martínez
Dr. Roberto Torres Moya
Dr. Gil A. Reyes Llerena
Dra. Marlene Guibert Toledano
Dr. Gilberto López Cabreja
Dra. Cecilia Coto Hermosillo
Dr. Miguel Estevez del Toro

Comisión Científica Internacional

Dr. Jorge Alcocer Varela
Dr. Alberto Palacios Boix
Dr. Rafael Valle
Dr. Oswaldo Castañeda
Dr. Luis Vidal Neira

EDITORIAL

¿ POR QUÉ EVALUAR EL RIESGO- BENEFICIO EN LA PRESCRIPCIÓN DE LAS NUEVAS TERAPIAS CONSTITUYE UN NUEVO RETO PARA LOS REUMATÓLOGOS? / 3

DESCOMPRESIÓN CÉRVICO-CEFÁLICA EN LA NECROSIS ASÉPTICA DE LA CABEZA FEMORAL. / 7

ENFERMEDAD DE KAWASAKI. / 15

MANIFESTACIONES ARTICULARES DE LAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO. / 20

CONDUCTA DE ENFRENTAMIENTO Y DEMANDA DE AYUDA ANTE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS EN LA COMUNIDAD. EVIDENCIAS DE LOS ESTUDIOS PRELIMINARES COPCORD. / 28

PROGRAMA CIENTÍFICO DEL VIII CONGRESO DE REUMATOLOGIA. / 38

RESUMEN CIENTÍFICO DEL CONGRESO. / 51

RESÚMENES DE CARTELES DEL VIII CONGRESO DE REUMATOLOGIA. 52

FOTORREPORTAJE DEL VI CONGRESO / 82

La Revista Cubana de Reumatología es el Organó oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y del Grupo Nacional de Reumatología, tendrá una periodicidad semestral de 500 ejemplares con un formato de 18,5 x 25,0 cms. Todos los derechos reservados. Los materiales publicados en esta revista son propiedad de la Editorial CIMEQ y no pueden ser reproducidos, almacenados o transmitidos en ninguna forma o por ningún medio sin la autorización expresa de esta. Al someter su manuscrito a la consideración del Consejo Editor, los autores aceptan transferir sus derechos sobre sus artículos a la Editorial, una vez que el artículo sea aprobado para su publicación. Los puntos de vista expresados en la revista son responsabilidad exclusiva de los autores

Diseño y Maquetación:
Alexander Blanca

Mecacopía
Alina Díaz
y Autores

Impreso en:
Editorial CIMEQ

Editorial

¿ Por qué evaluar el Riesgo- Beneficio en la prescripción de las Nuevas Terapias constituye un nuevo reto para los reumatólogos?

A finales del siglo pasado resultaron impactantes los avances obtenidos en las estrategias terapéuticas de una serie de afecciones de índole reumática entre las cuales destacan el Lupus E. Sistémico, y la Artritis Reumatoide.

El Lupus, representa al prototipo de enfermedad inflamatoria crónica autoinmune, cuyo curso está marcado por exacerbaciones y remisiones, e incluye en su espectro clínico, un amplio rango que va desde una enfermedad relativamente benigna, con rash en piel, artritis y fatiga, hasta una severa afección renal, del sistema nervioso central u otro órgano o sistema con peligro para la vida.(1-4)

La terapéutica estándar ha estado sustentada en el uso de antiinflamatorios no esteroideos, corticosteroideos, hidroxicloroquina, azatioprina y ciclofosfamida sola o en combinaciones (4)(5).

Aunque este tratamiento ha sido relativamente seguro, en ocasiones no es tolerado o no resulta efectivo, de manera que entre el 40-50% de los pacientes con este tipo de tratamiento se les suele suspender debido a efectos adversos.

El Metotrexate, la Ciclosporina, el Micofenolato mofetil, Tacrolimus, Cladribine, Vincristina, Gammaglobulina hiperinmune y Globulina antitimocítica, más recientemente han sido usadas con diversos grados de aceptación y resultados en series de pacientes con Lupus. De igual modo la terapia hormonal en lupus ha mostrado eficacia pero no ha sido corroborada su capacidad en largos estudios. (6)

No obstante existen hoy una serie de nuevos agentes biológicos que han tenido poca divulgación en la literatura médica, y escasa disponibilidad lo cual ha impedido se logre demostrar sus potencialidades y evidenciar su eficacia en la práctica clínica. Constituyen ejemplos la utilización de anticuerpos monoclonales dirigidos contra linfoquinas, como la Il-6. Il-10. IFN α , e ICAM los cuales han demostrado su capacidad de alterar el curso clínico del Lupus murino. Otros aún en fase pre-clínica muestran potencialidades para el tratamiento del lupus.(7)

El trasplante de células potenciales, de médula ósea también se ha usado exitosamente para controlar la actividad de la enfermedad. No obstante los precios prohibitivos, y los elevados riesgos de morbilidad, han determinado que sea evaluada muy bien su indicación y se use en casos muy severos.

Los minitransplantes de médula ofrecen ventajas sobre los trasplantes tradicionales en cuanto a costos y morbilidad. (8) La tolerización de células B, mediante el uso de nóveles agentes también está en el foco de atención de los investigadores.

Los tratamientos para estas entidades han evolucionado en el tiempo, de manera que la supervivencia se ha duplicado y hoy día la supervivencia es superior al 90% a los diez años.(1) (3) En este sentido han influido un mejor conocimiento por parte de los reumatólogos acerca de los mecanismos

etiopatogénicos que obran en su génesis, y la antes mencionada terapéutica actual. Sin embargo los efectos adversos e indeseables así como la posibilidad de infecciones siempre está presente, y constituye un reto para los especialistas encargados de la atención a estos pacientes.

En el caso de la A.R. ha sido colosal el salto cualitativo dado en el orden terapéutico. El interés ha estado centrado en evitar que se produzcan las erosiones y el daño articular al cartílago resultante en parte de la invasión de este, y el hueso subcondral por el pannus proliferante (9), la acción de citokinas (9)(10) (11) así como la participación ofensiva directa de células, particularmente los osteoclastos.

Durante años el tratamiento piramidal y otros paradigmas llenaron el horizonte de tratamiento de la A.R. Hoy sin embargo nuevos productos ocupan la atención de los reumatólogos en el mundo.

La Leflunomida ha mostrado eficacia y seguridad sobre todo cuando se utiliza asociada al metotrexate. (12)

Los agentes biológicos al parecer han cubierto gran parte de las expectativas que tenían los científicos para alcanzar resultados significativos en el tratamiento de pacientes no sólo con A. R, sino también con artropatía psoriática. dada la capacidad de estos agentes de neutralizar al factor de Necrosis tumoral.(13) Hoy día el uso de anti TNF, ha sido aprobado para otras afecciones como Espondilitis anquilopoyética, otras espondiloartropatías, Behcet, Uveitis, Wegener, Takayasu, y Síndrome de Sjogren entre otras.

La introducción en 1999, luego de su aprobación por la FDA, del Infliximab ha mostrado gran eficacia en largas series de pacientes. Sin embargo serias infecciones incluyendo la tuberculosis diseminada e infecciones oportunistas han sido reportadas señalándose de forma adicional el empeoramiento del fallo congestivo subyacente y la mortalidad relacionada.

La utilización del infliximab mostró una franca mejoría de la sintomatología clínica del 50% de los pacientes con A.R tratados en las primeras dos semanas de su administración. (14)

Catherine y Moreland (14) concluyen el estudio abierto que realizaron señalando al monoclonal como bien tolerado y con no más del 10% de efectos adversos generados por el tratamiento. En tanto en el estudio ATTRACT, las reacciones por la infusión fueron más comunes con el 16-20% de los casos.(15)

El uso de estas drogas precisa de experiencia en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con A.R, y existen observaciones y reportes publicados acerca de su eficacia y su capacidad de enlentecer la progresión radiológica de la enfermedad. (13)(14)

Las precauciones fundamentales a considerar son los pacientes con Artritis séptica y TB antigua la cual puede reactivarse . Debemos tener en cuenta que no se ha establecido claramente aún su comportamiento en cuanto a pacientes con neoplasias, linfomas, infecciones crónicas como VIH y Hepatitis B. Se desconoce que ocurre durante la lactancia y cuando se asocia a bloqueadores de IL-1. en cuyo caso el riesgo de infecciones aumenta notablemente de igual modo que cuando se usa en sujetos vacunados con virus atenuados. Estas situaciones constituyen un gran reto y una honda preocupación para los reumatólogos.(15)(16)

En mayo del 2001, post marketing de los bloqueadores del TNF, 70 casos de TB fueron reportados luego de tratamiento con infliximab por la “Med Watch spontaneous adverse event reporting system de la US, Food and Drugs Administration (FDA)” Hasta el 2001, 147,000 pacientes del mundo incluyendo 121, 000 de E. U habían desarrollado este tipo de infección. Los investigadores señalaron que en más del 79% de los casos, estos tenían asociada otra droga que afectaba al sistema inmune, generalmente Corticoides o MTX y se constató que la enfermedad infecciosa adoptaba

diversas formas de expresión.

Hubo TB diseminada, ganglionar, pleural meningoencefalitis, TB paravertebral, genital y de la vejiga. Los datos sugieren que el tratamiento, se asocia a una reactivación de la TB(16)(17)(18)

En el caso del Etanercept solo 9 pacientes tenían reporte de TB. Se ha postulado que probablemente la causa para que exista un comportamiento diferente en cuanto al índice de infecciones determinadas por diferentes agentes biológicos puede ser la vía mediante la cual cada agente bloquea o neutraliza al Factor de Necrosis Tumoral. (19)

Esta valiosa información nos sirve de herramienta para estar preparados y asumir el reto de tratar con este tipo de terapia cuya eficacia clínica ha sido probada a nuestros pacientes reumáticos teniendo en consideración los efectos deletéreos que imponen y la posibilidad real de graves infecciones.(20)

Probablemente se precise de la aplicación de novedosas guías terapéuticas para realizar una buena selección primero y luego aplicar correctamente los esquemas terapéuticos sugeridos en los diferentes Consensos que a nivel mundial se han realizado con el fin de minimizar el impacto negativo que se deriva de estas positivas opciones de tratamiento.

Bibliografía.

- 1-Michele Petri. La cohorte de lupus de Hopkins: puesta al día 1999. *Rheumatic diseases Clinics of North America*. 2002; Vol 2; 829 203-219
- 2-Guibert Toledano M, Reyes Llerena Gil A, Hernández Martínez A. y cols. Lupus neuro-psiquiátrico. Resultados de 10 años de trabajo en el Servicio Nacional de Reumatología. *Rev Cubana de Reumatología* 1999; (1): 10-14.
- 3-Ginzler E M, Diamond H S, Weiner M, et al. A multicenter study of outcome in systemic lupus erythematosus 1. Entry variables as predictors of prognosis. *Arthritis Rheum* 1982; 25: 601-611.
- 4-Klippel JH. Indications for , and use of, cytotoxic agents in Lupus . *Balliere's clinical rheumatology* 1998; 12 (3): 511-24
- 5- Mc Murray R. Nonstandard and adjunctive medical therapies for systemic lupus Erythematosus. *Arthritis and Care Research* 2001; 45: 86-100.
- 6-Cordera F, Soto ME, Carip J, Reyes P.A. Dehidroepiandrosterona en el manejo del lupus eritematoso sistémico. *Rev Mexicana de Reumatol* 2000; 15: (1): 46-50.
- 7-Hitoaki Okazaki, Daisuke Hirata, Takeshi Kamimura, Hidemoto Sato, Masahiro Iwamoto. Et al: Effects of FTY20 in MRL-lpr/lpr Mice: Therapeutic potencial in systemic lupus erythematosus. 2002; 29: 707-16
- 8-Ruiz-Arguelles G, Gómez-Almaguer D, López Martínez B. Por qué se están haciendo los minitransplantes de médula ósea ? (edit) *Rev Invest Clin* 2001; 53(2): 110-111.
- 9-Meter Tak P, Bresnihan B. The pathogenesis and prevention of joint damage in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 2000; 43; 12: 2619-2633.
- 10-Arend P.W. Physiology of citokine pathways in rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Research* 2001; 45: 101-106
- 11-Koch A E, Kunkel S L, Streiter S L. Cytokines in rheumatoid arthritis. *J Invest Med* 1995; 43; 28-38
- 12-Kremer JM, Genovesse M C, Cannon G W, Cadwell R J. et al. Concomitant Leflunomide therapy in patients with active rheumatoid arthritis despite stable doses of methotrexate. *Ann Intern Med* 2002;

137: 726-733.

13-Mease P J. Tumour necrosis factor (TNF) in psoriatic arthritis: pathophysiology and treatment with TNF inhibitors. *Ann Rheum Dis* 2002; 61: 298-304.

14-Catherine L D, Moreland L W. Infliximab: additional safety data from an open label study. (edit), *Journal of Rheumatol* 2002; 29(4): 647-649

15-Maini R, St. Clair E W, Breedveld F. et al. Infliximab (chimeric anti-tumour necrosis factor-(Monoclonal antibody) versus placebo in rheumatoid arthritis patients receiving concomitant methotrexate: a randomized phase III trial. ATTRACT Study Group. *Lancet* 1999; 354: 1932-1939.

16-Weisman Michael H. What are the risk of biologic therapy in rheumatoid arthritis; update on safety. *J Rheumatol* 2002; 29(65): 33-3

17-Concensus Statement . update concensus statement on TNF blocking agents for the treatment of rheumatoid arthritis and others rheumatic diseases (april200) *Ann Rheum Dis* 2001(60).102-105

18-Furst D E, Bredveld F C, Kalden J R. et al. Concensus statement. Update concensus statement on biological agents for the treatment of rheumatoid arthritis and others rheumatic diseases. (may2002) *Ann Rheum Dis* 2002; 61(suplIII) 2-7

19-Richard Day. Commentary: Adverse reactions to TNF-a inhibitors in rheumatoid arthritis. *The Lancet* 2002; 16: 540-542.

20-Paul Emery. Is it time for a European Consensus on the pharmacological management of early Rheumatoid arthritis? *The Journal of Rheumatology* 2002; (29): 1-2 suppl.

Prof. Gil A. Reyes Llerena.

Especialista de Segundo grado Prof. E Investigador Auxiliar del Instituto de Ciencias Médicas.
Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas de Cuba.
CIMEQ.

Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas
Servicio Ortopedia y Traumatología

Descompresión cervico-cefálica en la necrosis aséptica de la cabeza femoral

*Dr.Sc. Alfredo Ceballos Mesa **, *Dr.CM. Roberto Balmaseda Manet ***, *Dr. Mario Pedroso Canto ****, *Dr. Roberto Puente Rodríguez *****

* *Profesor Consultante, Académico Titular.*

** *Profesor Asistente.*

*** *Especialista 1er. Grado Ortopedia-Traumatología*

**** *Especialista 2do. Grado Ortopedia Traumatología.*

RESUMEN

La necrosis aséptica de la cabeza femoral que reconoce variadas etiologías provoca el deterioro del cartílago hialino y la coxoartrosis. Mostramos los resultados de la descompresión quirúrgica cervico-cefálica femoral por perforaciones con barrenos de hasta 9 mm de grosor. El acto operatorio se realizó en 33 caderas de 24 pacientes con edades entre 31 y 67, años de ellos 11 mujeres y 13 hombres, que fueron operados entre los años 1995-2000. Según la severidad de la afección los pacientes fueron clasificados de acuerdo a Ficat (J.Bone Joint Surg. Br., 1985) en :

Estadio 0 = 2, Estadio I = 2 Estadio II = 6

Estadio III = 14 Estadio IV = 7 Estadio V = 2

De los Estadios III., IV, V, 15 pacientes recibieron tratamiento con Oxigenación Hiperbárica (20 sesiones) en el post-operatorio inmediato. Luego de 3,5 años de seguimiento promedio, 25 caderas se mantuvieron asintomáticas, mientras que 8 se deterioraron y fue necesario colocarle Prótesis Total de Cadera, para un 75 % de buenos resultados con la descompresión. Concluimos que: Este proceder, que realizamos por Cirugía Ambulatoria, posterga, y en un alto porcentaje evita la Artroplastia Total, siempre que no existan cambios quísticos o hundimiento de la cabeza femoral.

Introducción

La Osteonecrósis es un proceso patológico debido a la muerte de elementos vivos del hueso (osteocitos, células grasas de la médula ósea) provocado por varias enfermedades, ciertos medicamentos y lesiones o agresiones específicas.¹

Constituye un reto en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes que consultan por

dolor de cadera por las siguientes razones:

1. Mayor incidencia en varones entre 4ª y 5ª década de vida.
2. Bilateralidad en el 50 % de los casos.
3. Progresión de la lesión desde la instauración de la necrosis celular a la alteración de la biomecánica y la coxoartrosis.

En su etiología cuando no existe un antecedente traumático se reconocen una serie

de causales, desde afecciones sistémicas, abuso de esteroides, alcohol, citostáticos hasta las llamadas idiopáticas, las recogemos en la Tabla I.

Tabla N°1
Etiología de la Necrosis Aséptica Femoral.

Traumáticas	Traumas no bien valorados
	Fracturas y luxaciones cadera
	Defectos de osteosíntesis
Embólicas	Drepanocitos - Sicklemia
	Grasa
	Disbárica
	Post-infecciones.
Invasión de la Médula Osea	Edema transitorio de esponjosa
	Aumento de presión
	Enfermedades Gaucher
	Afección celular: (Alcohol, Esteroides, Drogas, Irradiación)
Distrofia simpático-refleja	
Idiopática	



Fig.1



Fig.2

Acerca de la Patogenia de las no traumáticas, Curtis y Kinkaid en 1959 describieron el cuadro de la Osteoporosis transitoria, frecuente en las mujeres embarazadas o post-parto, que conducía al cuadro isquémico.²

En 1971 Arlet y Ficat³ la describieron como un incremento de la presión intraósea, con dificultad al vaciado venoso del extremo superior del fémur, lo que Hugenford y Lenox un 1985 compararon con un Síndrome Compartimental.⁴

En el 2000 Hoffman y Schneider describieron esta afección como un edema transitorio de la médula ósea cervico-cefálica femoral en el adulto, similar en sus primeros estadios a la Sinovitis transitoria de cadera que se observa en los niños.⁵

De una u otra forma, se producen una serie de fenómenos debido al tromboembolismo, la vasculitis y la disminución de la fibrinolisis, que conducen al aumento de la presión intraósea, necrosis celular, lesión subcondral y del cartílago hialino, que mostramos en la Tabla II.

Clínicamente se caracteriza por dolor

agudo, referido a una actividad mínima, con una marcada incapacidad a la deambulacion e incluso dolor en reposo que se confunde con otras afecciones de la cadera y que no se alivia con los procedimientos habituales, llevando al paciente a una incapacidad progresiva.

En los exámenes radiográficos simples podemos encontrarnos desde una difusa porosis, la presencia de áreas escleróticas y quísticas hasta colapso subcondral, con irregularidad de la cabeza y artrosis.⁶

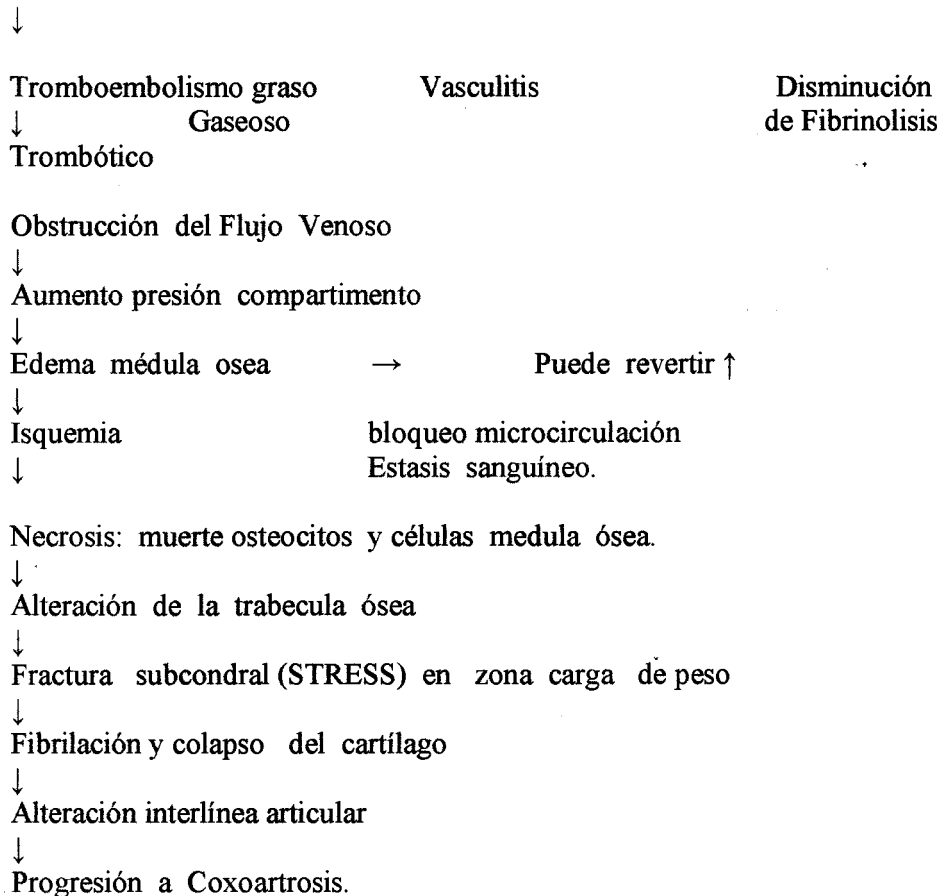
La tomografía axial computarizada no resulta de gran valor y más bien ayuda a descartar otras afecciones.⁷ (Fig.1)

Significativa resulta la Gammagrafía con tecnecio 99, que nos mostrará en primera instancia un incremento en la captación de la cabeza y cuello y más tarde, la presencia de áreas afotónicas (defecto frío), por la no captación debido a la isquemia.⁸ (Fig.2)

En la actualidad la Resonancia Magnética Nuclear, resulta ser la más específica incluso en periodos pre-radiológicos, mostrándonos en T1 la reducción de la intensidad de la señal en la cabeza y, a medida que progresa la

Tabla N°2
Patogénesis de la Necrosis Aséptica Cadera

Enfermedades – Medicamentos-Lesiones y agresiones.
Provocan



afección se observarán fracturas del tejido de granulación y en T2, aumento de la señal y derrame articular.⁹

Con estos elementos clínicos e imagenológicos surgieron distintas clasificaciones en relación con los momentos por los que se va desencadenando la historia natural de esta afección. La primera se debe a Ficat en 1985, la cual fue luego modificada por Hugenford y Lennox en 1990 y que en la actualidad ha sido recopilada y aceptada por la Association Research Circulation Osseus (ARCO) y que mostramos en la Tabla III.^{10,11.}

Su tratamiento ha sido enfocado, por algunos, de manera conservadora: medicamen-

tos (Aines - Nifedipina – Prostaciclina) asociadas a procedimientos fisiátricos, campo electromagnético, bloqueos simpáticos y uso de la Oxigenación Hiperbárica entre otros procedimientos.^{12,13}

Quirúrgicamente : el forage, core decompression, o perforaciones, fue preconizado por Ficat y Arlet desde 1964, otros plantean las distintas osteotomías varizantes o valguzantes, así como la de rotación de Sugioka, los injertos óseos libres (esponjosa) o vascularizados, el uso de omentum para incrementar el aporte sanguíneo, las Artroplastias parciales o totales de cadera y también la artrodesis.^{14,15,16,17,18.}

Tabla N°3
CLASIFICACIÓN DE LA NECROSIS ASÉPTICA FEMORAL.

Estadios	O Preclínico	Edema transitorio de médula ósea. RMN- Reducción de señal.
I.	Preradiográfico	Rx. Discreta porosidad. Gamma :Captación – vacíos. RMN reduce señal.
II.	Rx Osteopenia – Necrosis- espacio conservado.	Gamma: Incremento captación – vacíos. TAC : esclerosis en esponjosa. RMN: aumenta señal.
III.	Rx. Cartilago alterado, espacio reducido.	Gamma : aumento captación, áreas frías TAC imagen de fracturas en esponjosas. RMN aumenta señal.
IV.	Rx. Osteofitos, quistes, cabeza aplanada estrechamiento articular.	Gamma igual.
V.	Artrosis post-necrosis, destrucción articular.	

Ficat 1985 - Hugesford 1990- ARCO 2000.

Como objetivo general de este trabajo nos planteamos evaluar los resultados obtenidos por descompresión 19 cérvico cefálica femoral llamado también forage o Core descompresión a largo plazo, como objetivos específicos el papel de la oxigenación hiperbárica como coadyuvante en pacientes en estadios avanzados de la enfermedad y saber cuanto puede esta operación evitar o postergar la necesidad de la artroplastia total de cadera.

Material y Método.

En el Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ) la Descompresión Cérvico-Cefálica femoral en pacientes con necrosis aséptica de cadera en distintos estadios fue realizada en 24 pacientes para un total de 33 caderas entre 1995-2000. Para los marcos de este trabajo no se aplicaron criterios de inclusión o exclusión, ni se establecieron grupos de control.

Cada paciente fue estudiado en sus antecedentes, cuadro clínico, por exámenes radiográficos simples, gammagrafia con tecnecio 99 y tomografía axial computarizada,

no les fue realizada resonancia magnética nuclear por no disponer en ese tiempo del equipamiento necesario, no realizamos venografía , ni biopsias. Todos aceptaron el proceder operatorio que se les ofertaba, luego de haberseles explicado sus posibilidades en especial el postergar la prótesis total de cadera.

De estos pacientes 13 fueron hombres y 11 mujeres.

Las edades al momento del acto quirúrgico fueron:

30-40 años	6
41-50 años	9
51-60 años	5
más de 60	4

El de menor edad fue de 31 y el de mayor edad de 67 para un promedio de 52 años.

La afección estuvo únicamente localizada en el lado derecho en 7 pacientes, en el izquierdo en 8 y fue bilateral en 9.

De acuerdo a la clasificación de Ficat 2 caderas se encontraron en el estadio preclínico , 2 se encontraban en el estadio I (Preradiológico), 6 caderas se clasificaron en el estadio II, en tanto que 14 la ubicamos en el

estadio III, 7 en el IV y 2 en el V.

Los diagnósticos que en nuestro criterio llevaron a la necrosis de la cabeza femoral por distintos mecanismos fueron: como factor de riesgo el consumo excesivo de alcohol en 4 caderas, por abuso de esteroides en 6 pacientes, en tres caderas se atribuyó al uso continuado de citostáticos post-transplantes, por artritis reactiva en 3 caderas, en 2 caderas se debió a Asimetría en la longitud de los miembros con marcada sobrecarga articular, 1 cadera post-fractura, 1 post-luxo-fractura y una por acceso quirúrgico deficiente, tuvimos además 1 paciente con sickleimia y 1 con artritis reumatoidea, las restantes 10 caderas fueron clasificadas como ideopáticas al no encontrarse un factor específico que las explicara

Técnica quirúrgica

Anestesia general o raquídea.

Cefazolina 2 gm EV previo al acto quirúrgico. Colocación en mesa de fractura la cadera en abducción de 40° y rotación interna máxima posible para horizontalizar el cuello femoral.

Colocación del intensificador de imagen o aparato de Rayos X en vista antero-posterior de la cadera. Se marca sobre la piel el trayecto de la perforación por medio de un alambre de Kirschner o Steimann. Incisión medio lateral longitudinal de 2 cm. lo que se profundiza hasta tocar hueso en la base del trocante mayor. (Fig.3)

Introducción de barreno de Kuntscher de 6 mm hasta contacto con hueso, bajo control radiográfico se hace penetrar a golpe de martillo hasta encontrarse en la esponjosa trocantera. Se continua por perforación rotativa manual, avanzado por el cuello hasta la zona esclerótica de la cabeza, allí en muchas ocasiones hay que aplicar de nuevo golpes de martillo para rebazarla. Por el control de la imagen evitamos penetrar en la articulación,



Fig. 3

se desplaza entonces el aparato para hacer vista lateral confirmando que estamos en el cuello femoral.

Se retira ese barreno y se introduce otro de 9 mm aprovechando el canal creado penetrando por rotación en tres direcciones hacia el borde superior, en el inferior y en el Centro de cuello y cabeza. (Fig.4)

Es muy importante mantener siempre el barreno paralelo al piso y con los ángulos de

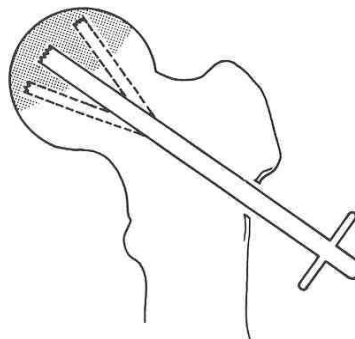


Fig. 4

inclinación adecuados para llegar a todas las partes de la cabeza y el cuello.

Se retira el barreno y se sutura con dos puntos la piel.

En el post-operatorio, se les permite caminar con muletas y apoyo parcial al cabo de 15 días en que tomamos vista radiográfica en AP y autorizamos la deambulacion progresiva el control de la imagen gammagrafia lo hacemos a las 6 semanas.

En 7 pacientes del estadio III de Ficat, 7 del estadio IV y 1 del estadio V se les realizó tratamiento post-operatorio con oxigenación hiperbárica a 2 atmósferas durante 20

sesiones, de ellos a 5 se les hizo otro curso de OHB luego de un mes de reposo.

Ozonoterapia por vía endovenosa se aplicó a 3 pacientes del estadio II de Ficat.

Aditamentos para corregir asimetría de los miembros fue necesaria en 2 pacientes, distintas formas de ayuda fisiátrica fueron utilizados.

Todos los pacientes fueron seguidos por un mínimo de tres años en Consulta Externa, en 6 pacientes fue necesario repetir el proceder operatorio en dicho período de tiempo, dos volvieron a operarse pasados 5 años de su primera operación.

Resultados

Para evaluar los resultados de la descompresión cerviceal – cefálica femoral, no elaboramos ninguna tabla o grupos de parámetros imagenológicos, a veces de difícil interpretación, solo nos remitimos a la propia evaluación que en el seguimiento de Consulta externa nos brindaba el paciente, en cuanto al grado de dolor y su capacidad para reincorporarse a sus actividades y muy en especial cuando se evita o posterga la necesidad de artroplastia total de la cadera, dado que todos nuestros esfuerzos estuvieron dedicado a ello.

Como dato general luego de un seguimiento de 3,2 años de esta serie 25 caderas que representan el 75 %, decursaron con ausencia o marcada reducción del dolor y pudieron incorporarse a su labor anterior o similar, en tanto que en 8 caderas se agravaron de manera progresiva (24,2 %) del grupo) y fue necesaria la artroplastia total por Prótesis.

En ningún paciente hubo que lamentar fractura en el orificio de penetración o del barreno o en el cuello femoral, ni la presencia de tromboembolismo.

Los resultados variaron de acuerdo a período o estadía de la cadera antes de la operación según la clasificación de Ficat, siendo

satisfactorios al 100 % en los estadios 0-I-II para un total de 10 caderas.

En el estadio III de Ficat pre-operatorio 12 pacientes de los 14 de este grupo evolucionaron adecuadamente para el 85 %, de los 7 pacientes que estaban en el estadio IV solo 3 se reportaron como bien para el 43 %, en las dos caderas que se incluyeron en el estadio V los resultados fueron malos.

Al final del período de evolución en 25 caderas no fue necesario realizar Artroplastia total lo que se corresponde con el 75,7 % de las operadas por descompresión.

El grupo de pacientes que recibió tratamiento asociado por oxigenación hiperbárica estuvo formado por 15 caderas que recibieron 20 sesiones post-operatorias y de ellas 5 recibieron un segundo período de tratamiento hiperbárico.

En este grupo 10 caderas clasificadas en el pre-operatorio como Ficat III evolucionaron satisfactoriamente. En 3 caderas del estadio IV y en 2 de estadio V de Ficat a pesar de haberse realizado un doble ciclo de OHB no se obtuvo beneficio alguno con este tratamiento coadyuvante.

Es decir el 66 % se vio beneficiada con esa terapia coadyuvante.

Discusión

El extremo superior del fémur conforma un compartimento cerrado envuelto en una fuerte cápsula articular donde su irrigación puede comprometerse por compresión de las arterias circunflejas y la del ligamento redondo a ello se suma la acción de los distintos grupos musculares que provocan que la resultante de la acción de la gravedad más la carga de peso impacte en el cuadrante superior extremo de la cabeza femoral.²⁰

Esto explica las necrosis asépticas de etiologías traumática por fracturas, luxaciones, etc, pero no la subsiguiente a afecciones sistémicas donde distintos mecanismos conducen al

edema inicial de la médula ósea y los cambios ulteriores que conducen a trastornos del vaciado venoso, alteración de la estructura de la esponjosa y colapsos que señalamos en la Tabla I. De ahí que hacer permeable este comportamiento constituye el primer paso en el manejo de esta afección.

Es fundamental el diagnóstico precoz dado que la historia natural de la enfermedad es hacia la progresión, en general la mayoría de los estudios han demostrado que el tratamiento conservador no impide el colapso de la cabeza femoral en más del 85 % de los casos entre ellos los más utilizados han sido:

La observación y descarga de la articulación solo la evitó en el 26 %.

El uso de elementos farmacológicos y agentes vaso-activos y lipoactivos no ha dado resultados específicos.

La estimulación electromagnética solo mejoró al 20 % de los casos seguidos en centros especializados.²¹

De ahí que desde los primeros estadios se imponga el tratamiento quirúrgico que permite el empleo de técnicas quirúrgicas menos agresivas de la cabeza femoral, como la de del forage o descompresión que preconizamos.

Al respecto algunos autores señalaban resultados decepcionantes cuando se trata de lesiones avanzadas como Warner y Camp que encuentran empeoramiento en el 17 % de caderas en estadio I y hasta 82% en estadios II y III.²²

Nuestros resultados están avalados por la serie de Ficat en 1985²³ que de 133 pacientes reporta el 94 % de éxito en estadio I y 87% en el estadio II y por Fairbank en 1995 quien siguiendo 128 caderas operadas durante 1 años reporta que no fueron necesarias nuevas operaciones en 88 % de estadio I y en el 72 % de estadias II y de Aigner²⁴ quien en el 2001 asevera tener un 96 % de éxitos en estadio I y el 44 % en estadio II y concluye que los resultados de los tratamientos

conservadores son peores que los peores resultados obtenidos con la técnica de descompresión, a lo cual nos adherimos porque evitamos la necesidad del uso de Prótesis Total de cadera en el 75 % de nuestros pacientes luego de 3 años y medio de seguimiento promedio.

Conclusiones

Cada paciente debe ser evaluado y clasificado de manera personalizada. El dolor asociado a incremento del aumento de tecnecio en la cabeza femoral es la indicación impostergable para la descompresión.

La presencia de cambios quísticos y el colapso de la cabeza femoral muestran los peores resultados al igual que los pacientes que consumen esteroides.

El uso de la OHB como tratamiento coadyuvante está indicado en el post-operatorio y no antes.

Bibliografía

1. Merle d'Abignat et AL. Idiopathic necrosis of the femoral head in adults. *J. Bone Joint Surg. (Br.)* 428 ; 612-33 , 1965
2. Curtis Ph Kinkaid M. Transitory demineralization of the hip in pregnancy. *J. Bone Joint Surg.* 41 A: 1327-1332, 1959
3. Arlet J. Ficat P. Biopsy drilling as a means of early diagnosis in Idiopathic ischemic necrosis of the femoral head in adults. Baltimore Univ. Park Press: 14-80, 1971.
4. Hungerford D.S. Lennox DW. The importance of increased intraosseous Pressure in the development of osteonecrosis of the femoral head: Implications for treatment. *Orthop. Clin. North. Am.* 16: 635-652, 1985.
5. Hoffman S. Schneider W. Transient osteoporosis as a special reversible form of femur head necrosis. *Orthopade* 29: 411-419, 2000.
6. Schels J. P Transient osteoporosis of the Hip Clinical and Imaging features. *Cleveland Clin J.*

- Med; 59:483-488, 1992.
7. Steinberg M, E. Hayken G, D. A quantitative system for staging avascular necrosis. *J. Bone Joint Surg. (Br)* 17; 34-41, 1995.
 8. Alavi A. Steinberg M. Early detection of avascular necrosis of the femoral head by ^{99m}Tc diphosphonate bone scan. *Clin Orthop.* 127: 13, 1997.
 9. Kim Y. Oh H. The pattern of bone marrow oedema on or MRI in osteonecrosis of the femoral head. *J. Bone Joint Surg.* Vol 82 B No. 6: 837-841, 2000.
 10. Ficat R, P. Idiopathic bone necrosis of the femoral head, early diagnosis and treatment. *J. Bone Joint Surg. (Br)* 67: 3-9, 1985.
 11. ARCO (Association Research Circulation Osseous). Committee on terminology and classification. *Arco News.* 5: 79-82, 1993.
 12. Bradway J, K. The natural history of the silent hip in bilateral atraumatic osteonecrosis. *J. Arthroplasty* 8: 383-387, 1983.
 13. Musso E, S. Mitchell S, N. Results of conservative management of osteonecrosis of the femoral head a retrospective review. *Clin Orthop.* 207: 209-215, 1986.
 14. Jacobs M. Intertrochanteric osteotomy for avascular necrosis of the femoral head. *J. Bone Joint Surg. (Br)* 71B: 200-4, 1989.
 15. Sugioka – Y. Katsuki I. Trochanteric rotational osteotomy of the femoral head for the treatment of osteonecrosis, follow – up statistics. *Clin. Orthop.* 169: 115-26, 1982.
 16. Grifka J. Tratamiento de la necrosis avascular de la cabeza femoral mediante fresado e injerto invertido de esponjosa. *Tec. Qui. Ortop. Traumatol.* Vol 9 No.3: 42-52, 2000.
 17. Ishizaka M. Sofirre M. Vascularised bone graft for avascular necrosis of the femoral head. *Clin. Orth. Rel. Res.* 323: 140-148, 1997.
 18. Ceballos A. Balmaseda R. Revascularización de la cabeza femoral. *Rev. Invest. Med. Quirug.* Vol 1 – Año 1: 56-58, 1997.
 19. Kerboul J. Et Al. Conservative surgical treatment of idiopathic aseptic necrosis of femoral head. *J. Bone Joint Surg. Br* 56B: 291-6, 1974.
 20. Trueta J, Harrison M. The normal vascular anatomy of the femoral head in adult man. *J. Bone Joint Surg. (Br)* 35: 442, 1953.
 21. Basset Cal. Mitchell SN. Treatment of femoral head osteonecrosis with pulsed electromagnetic fields. In *Bone Circulation.* Williams Wilkins: 343-354, 1983.
 22. Warner J, P. The rule of core decompression in the treatment of non traumatic osteonecrosis of the femoral head. *Clin. Orthop.* 255: 104-127, 1987.
 23. Fairbank A, C. Bhatia D. Long-term results of core decompression for ischemic necrosis of the femoral head. *J. Bone Joint Surg. (Br)* 77: 42-49, 1995.
 24. Aigner N. – Schneider W. Core decompression in early stages of femoral head osteonecrosis, an MRI controlled study. *Int. Orthop. (SICOT)* 26: 31-35, 2002.

Hospital Pediátrico Provincial Docente" José Luis Miranda"
Santa Clara Villa Clara

Enfermedad de Kawasaki

*Dra. Santa Y. Gómez Conde **, *Dr. Guillermo González Ojeda ***, *Dr. Ariel Moya Machado ***, *Dra. María del Carmen Saura Hernández ***

*Especialista en 1er Grado Reumatología

**Especialista en 1er Grado Pediatría

Resumen :

Se desarrollo un estudio prospectivo que incluyó 10 pacientes pediátricos de ambos sexos, procedentes de varios municipios de la provincia de Villa Clara egresados del Hospital Pediátrico José Luis Miranda de la ciudad de Santa Clara desde 1995 y que cumplieron con los criterios establecidos para el diagnóstico de enfermedad de Kawasaki. El 70 % de los niños tenían una edad inferior a los 5 años, predominando los menores de 3 años. La fiebre, los cambios de la mucosa oro faríngea y la descamación de la piel fueron criterios constantes en nuestra serie, las manifestaciones articulares constituyeron en nuestro reporte las de mayor incidencia, asociados a los criterios clínicos clásicos establecidos ,en 5 pacientes se realizó un diagnóstico tardío. De los exámenes complementarios, la eritrosedimentación fue un parámetro que se alteró en el 100 % de los pacientes, la ecocardiografía se realizó uniformemente a todos los niños mostrándose alteraciones coronarias en tres de ellos (30%).La respuesta fue satisfactoria en el 100 % de los pacientes al tratamiento con ASA e Intacglobin con caída de los picos febriles a las pocas horas después de iniciado el tratamiento en la totalidad de los enfermos.

Introducción

La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis multisistémica aguda, de etiología no conocida, que afecta preferentemente vasos de mediano calibre según la clasificación de Chapel Hill^{1,2}. Considerada por muchos como la Poliarteritis Nudosa Infantil, es de carácter autolimitada y afecta casi exclusivamente a niños menores de 12 años^{3,4}.

Esta enfermedad; descrita inicialmente en Japón en el año 1967 por el Dr. Tomisaku Kawasaki⁵, fue originalmente denominada Síndrome Linfoganglionar Mucocutáneo. Tiene una amplia distribución mundial con un marcado predominio en Japón, donde la prevalencia es 10 veces superior a la del hemisferio occidental, y se ha

presentado de forma epidémica en los años 1979,1982 y 1986⁶.

Aunque las características epidemiológicas y las manifestaciones clínicas sugieren para muchos una etiología infecciosa , implicando a virus (Ebstein-Barr, Retrovirus), Bacterias (Streptococos pyogenes, Streptococos viridans, Staphylococos, Chlamydia Propionibacterium y Pseudomonas), estos resultados no han sido confirmatorios^{7,8}.

Una hipótesis actual es que la enfermedad es causada por un agente infeccioso ubicuo, que afecta a individuos genéticamente predispuestos especialmente niños Japoneses y Coreanos. Existen hallazgos que han inducido a la búsqueda de súper antígenos tales como la toxina-1 del síndro-

me de Shock tóxico (TSST-1) producida por el *Staphylococcus aureus* como una posible causa de la enfermedad^{8,9}.

Las determinaciones inmunohistoquímicas muestran un infiltrado inflamatorio predominantemente de CD4+ (Auxiliadores), linfocitos T y macrófagos CD13, pero no de células B CD 20. Incrementos del Factor de Necrosis Tumoral Alfa se han encontrado en la epidermis y en las paredes de los vasos sanguíneos, mientras moléculas de clase II DR del SMH (MHC) son expresadas por los Queratinocitos y las Células Endoteliales⁸. Estos hallazgos conducen a la hipótesis de reacciones inmunes mediadas por células pro inflamatorias disparadas por un súperantígeno o un antígeno convencional⁹.

Realizamos el presente trabajo con el objetivo de determinar las principales características clínicas, de laboratorio así como la evolución de los pacientes egresados de nuestro hospital con el diagnóstico de enfermedad de Kawasaki.

Material y Métodos

Desarrollamos un estudio prospectivo que incluyó 10 pacientes pediátricos de ambos sexos, procedentes de varios municipios de la provincia de Villa Clara egresados del Hospital Pediátrico José Luis Miranda de la ciudad de Santa Clara desde 1995 y que cumplieron con los criterios establecidos para el diagnóstico de enfermedad de Kawasaki^{2,3,5,10}. Se le indicaron complementarios que permitieron descartar otras entidades¹¹.

A estos pacientes se le impuso tratamiento con ASA (100 mg /Kg./ día) en los primeros 15 días de realizado el diagnóstico más Intacglobin (2 g / Kg. / dosis única). Todos los pacientes fueron hospitalizados utilizándose como criterio de egreso, la desaparición de la fiebre por más de 72 horas y la remisión del cortejo sintomático. Los mismos tuvieron un seguimiento trimestral por un año durante el primer año y posteriormente cada 6 meses, el cual fue realizado en la consulta de Reumatología Pediátrica de dicho hospital.

Se realizó para el control evolutivo el re-

cuento de plaquetas y la Eritrosedimentación a los 15 días del diagnóstico y al día 30. A todos los pacientes se les realizó al diagnóstico de la enfermedad ecocardiografía doppler para visualizar arterias coronarias y este se le repitió al año del debut o siempre que se consideró necesario. A los pacientes mayores de 6 años se les realizó exámenes ergométricos a los 12 meses de evolución.

Se analizaron las manifestaciones clínicas al debut, el intervalo entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico, las complicaciones, los resultados de los complementarios indicados (Hemograma, Conteo de Plaquetas, Eritrosedimentación) e Imagenológicos que incluyeron radiografías habituales Ecocardiografía y Ultrasonido abdominal. Los resultados se exponen en forma de tablas.

Resultados y discusión

En nuestro trabajo se incluyeron 10 pacientes con diagnóstico de enfermedad de Kawasaki, atendidos en el Hospital Pediátrico José Luis Miranda de la ciudad de Santa Clara.

Como muestra la tabla #1 el 70 % de los niños presentaban una edad inferior a los 5 años, predominando los menores de 3 años, estos resultados revelan que esta es una enfermedad del niño de la primera infancia lo que concuerda con reportes de muchos autores^{1,3,7}. No existió predominio en cuanto al sexo.

En la tabla # 2 se refleja el porcentaje de niños según los criterios establecidos para el diagnóstico. La fiebre, los cambios de la mucosa oro faríngea y la descamación de la piel fueron criterios constantes en nuestra serie. El resto de los criterios estuvieron presentes por encima de un 60 %, aspecto el cual es valorado altamente confirmatorio del diagnóstico para evitar errores médicos^{6,10}.

Sin embargo, la presencia de fiebre y rash cutáneo sobre todo en el niño menor de un año, constituye un serio problema diagnóstico, máxime cuando a esta edad se puede presentar la enfermedad de forma atípica^{7,8,9} y teniendo en cuenta

Tabla N° 1
Distribución por edad y sexo .Enfermedad de Kawasaki.
Hosp. Ped Prov. Doc. José Luis Miranda Santa Clara

Edad (años)	Masculino		Femenino		Total	
	#	%	#	%	#	%
0-1 años	0	0	0	0	0	0
1-4 años	4	40	3	30	7	70
≥5 años	1	10	2	20	3	30
Total	5	50	5	50	10	100
Edad (Años)	Min.		Máx.		Media (SD)	
	1		12		4.9± 3.9	

Fuente Historias Clínicas

Tabla # 2 Criterios presentes al diagnóstico.
Enfermedad de Kawasaki
Hosp. Ped Prov. Doc. José Luis Miranda Santa Clara

Criterio clínicos	#	%
Fiebre de más de 5 días	10	100
Hiperemia conjuntival	9	90
Alteraciones de las extremidades	10	100
Edema	7	70
Eritema	8	80
Descamación	10	100
Eritema polimorfo	10	100
Lesiones de mucosa oral	10	100
Adenopatías cervicales	9	90

Fuente Historias Clínicas

Tabla # 3 Manifestaciones clínicas asociadas.
Enfermedad de Kawasaki.
Hosp. Ped. Prov. Doc. José Luis Miranda Santa Clara

Otras Manifestaciones asociadas	#	%
Artralgias	6	60
Irritabilidad extrema	6	60
Artritis	4	40
HTA	2	20
Isquemia Periférica	2	20
Ictero	2	20
Dolor con empastamiento en Hipocondrio Derecho	2	20
Afectación bilateral del pulso radial	1	10
Hidrops de vesícula biliar	1	10
Ritmo de galope	1	10
Pericarditis	1	10

Fuente Historias Clínicas

que se trata de una afección que solo se confirma por la exclusión de otras entidades clínicas generalmente de etiología infecciosa^{4,7}.

Las manifestaciones articulares constituyeron en nuestro reporte las de mayor incidencia, asociados a los criterios clínicos clásicos establecidos, así también ha sido reportado en otras series^{3,6,7}. Otras manifestaciones clínicas que no constituyeron criterios diagnósticos no dejan de ser menos importantes por la repercusión visceral y sistémica en esta enfermedad^{8,11}. Se muestra la incidencia en esta serie en la tabla # 3.

En el análisis de nuestros casos se encontró que en 5 pacientes se realizó un diagnóstico tardío (después del décimo día de iniciado el cuadro febril) (ver Tabla # 4), de ellos 3 (60%) mostraron en su evolución dilataciones coronarias. En uno de esos pacientes caso (1) se presentó además una pericarditis con derrame que le provocó una severa afectación de la función cardiaca y desarrolló también signos de insuficiencia vascular periférica relacionados con afectación de arterias periféricas dejando como secuela la ausencia de pulsos radiales permanentes.

Este mismo paciente presentó otras complicaciones poco frecuentes como un hidrops biliar y se mantuvo con dilatación coronaria por espacio de un año, sin desarrollar signos clínicos o de laboratorio de isquemia miocárdica.

Tabla # 4 Intervalo entre el diagnóstico y las complicaciones cardiovasculares

Caso	Intervalo entre el inicio de síntomas y diagnóstico (días)	Complicaciones cardiovasculares
1	15	Sí
2	16	Sí
3	8	No
4	13	No
5	14	Sí
6	17	No
7	7	No
8	5	No
9	9	No
10	7	No

Fuente Historias Clínicas

Tabla # 5 Principales hallazgos de laboratorio. Enfermedad de Kawasaki Hosp. Ped. Prov. Doc. José Luis Miranda Santa Clara

Principales Hallazgos en Exámenes complementarios	#	%
Anemia	8	80
Trombocitosis	2	20
Leucocitosis	8	80
VSG acelerada	10	100
Bilirrubina Total elevada	3	30
Transaminazas elevadas	4	100
Ecocardiograma		
Dilatación coronaria	3	30
Pericarditis con derrame	1	10
Ag _s VB positivo	1	10
Alteraciones en flujometría arterial	1	10

Fuente Historias Clínicas

Se reconoce como un criterio importante para un mejor pronóstico entre otras, el sexo masculino, el diagnóstico precoz con imposición de tratamiento antiinflamatorio antes del 10^{mo} día, la ausencia de dilataciones de menos de 8 mm y la ausencia de trombocitopenia^{12,13,14}

De los exámenes complementarios (tablas # 5), la eritrosedimentación fue un parámetro que se alteró en el 100 % de los pacientes, la presencia de anemia ligera se encontró en el 80% de los casos. La ecocardiografía se realizó uniformemente a to-

dos los niños mostrándose alteraciones coronarias en tres de ellos (30%).

Este resultado nos revela el riesgo y secuelas que la enfermedad puede causar, valoramos como muchos autores como obligatorio realizar este examen a todo paciente con diagnóstico de enfermedad de Kawasaki y también estamos de acuerdo con el seguimiento por medio de este examen a largo plazo de estos pacientes^{13,14}.

La respuesta fue satisfactoria en el 100 % de los pacientes al tratamiento con ASA e Intacglobin con caída de los picos febriles a las pocas horas después de iniciado el tratamiento en la totalidad de los enfermos^{15,16,17}.

Conclusiones

- 1.- La rigurosidad en la aplicación de los criterios establecidos, permitió hacer un diagnóstico de certeza en la totalidad de los pacientes.
- 2.- La enfermedad de Kawasaki en nuestra serie se presentó predominantemente en niños menores de 5 años.
- 3.- El diagnóstico temprano de la enfermedad de Kawasaki es fundamental para la prevención de las complicaciones cardiovasculares.
- 4.- El tratamiento combinado con salicilatos e intacglobin fue eficaz en el 100 % de nuestros pacientes.
- 5.- La VSG acelerada asociada con anemia normocítica ligera y Trombocitosis fueron las principales alteraciones de laboratorio encontradas.

Referencias bibliográficas

- 1-Ball GV, Gay RM: Vasculitis. in: Koopman's Textbook of Arthritis and Allied Health Conditions, 14th Edition, Lippincott, Williams, & Wilkins, Philadelphia; 2001: 1655-95.
- 2- Jennette JC, Falk RJ: Small-vessel Vasculitis. N Eng J Med 1997; 337: 1512-1523.
- 3- Kawasaki T. Kawasaki disease : a new disease? Acta Pediatr Taiwan, 42(1) :8-10 Jan – Feb 2001.
- 4-Tanaka N: Kawasaki disease (acute febrile

- infantile muco-cutaneous lymph node syndrome) in Japan; relationship with infantile periarteritis nodosa. *Pathol Microbiol (Basel)* 1975; 43(2-O): 204-18.
- 5-Kawasaki T: [Acute febrile mucocutaneous syndrome with lymphoid involvement with specific desquamation of the fingers and toes in children]. *Aerugi* 1967 Mar; 16(3): 178-222.
- 6-Yanagawa H, Nakamura Y, Yashiro M: Results of the nationwide epidemiologic survey of Kawasaki disease in 1995 and 1996 in Japan. *Pediatrics* 1998 Dec; 102(6): E65.
- 7-Stockhein JA, Innocentini ,Shulman ST. Kawasaki disease in older children and adolescents *J Pediatric* 137(2): 250-2 Aug 2000.
- 8-Nars I, Tometski AJ. Kawasaki disease an update. *Clin. Exp. Dermatol.* Jan; 26(1) 2001.
- 9-Abe J, Kotzin BL, Jujo K: Selective expansion of T cells expressing T-cell receptor variable regions V beta 2 and V beta 8 in Kawasaki disease. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1992 May 1; 89(9): 4066-70.
- 10-Morens DM, Melish ME: Unclassified Infectious Diseases: Kawasaki Disease. In: *Textbook of Pediatric Infectious Diseases*. 4th ed. 1998; 995-1014
- 11 -Marian E. Melish MD Síndrome de Kawasaki Pediatrics in Review Vol 17 No 6 Agosto 1996
- 12-Silva AA, Maeno Y, Hashmi A , et colb Cardiovascular risk factors after Kawasaki disease: A case control study . *J Pediatr* 138(3): 400-5 Mar 2001.
- 13-Pahl E: Kawasaki disease: cardiac sequelae and management. *Pediatr Ann* 1997 Feb; 26(2): 112-5
- 14-Rowley AH, Shulman ST: Kawasaki syndrome. *Pediatr Clin North Am* 1999 Apr; (2): 313-29.
- 15-One K .Comparative epidemiology of the rheumatic disease in children .*Curr Opin Rheumatol* 12(5) :410-4 Sep 2000
- 16-Kucinska B, Wroblewska-Kaluzewska M. What do we know about Kawasaki disease ? *Med Sci Monit* Nov – Dec ;1227 –31 2000
- 17-Newburger JW, Takahashi M, Burns JC: The treatment of Kawasaki syndrome with intravenous gamma globulin. *N Engl J Med* 1986 Aug 7; 315(6): 341-7.

Instituto Cubano de Gastroenterología

Manifestaciones Articulares de las Enfermedades Inflamatorias del Intestino

*Dr. Miguel González-Carbajal Pascual**, *Dra. Ludmila Concepción Izaguirre***, *Dr. Ernesto Acosta Acosta****

* *Especialista de 2^{do} Grado en Gastroenterología, Profesor Auxiliar de Gastroenterología de la Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García, Investigador Auxiliar, Jefe del Departamento de Endoscopia del Instituto Cubano de Gastroenterología*

** *Especialista de 1^{er} Grado en Medicina Interna, Instructora de Medicina Interna de la Facultad de Ciencias Médicas Calixto García*

*** *Especialista de 1^{er} Grado en Gastroenterología, Instituto Cubano de Gastroenterología*

RESUMEN

Las alteraciones articulares constituyen una de las más frecuentes manifestaciones sistémicas las enfermedades inflamatorias del intestino. Entre ellas se encuentran: la artritis periférica, la espondilitis anquilosante, la sacroileitis y la osteoartropatía hipertrófica. La artritis periférica es la más común de las manifestaciones sistémicas de la enfermedad inflamatoria intestinal. La espondilitis anquilosante ocurre en el 2-7% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. El reconocimiento de las manifestaciones articulares es de gran valor para el diagnóstico precoz tanto de la enfermedad de Crohn como de la colitis ulcerativa idiopática, especialmente, cuando se instauran antes de que se produzcan los síntomas intestinales de esas enfermedades. En el Instituto Cubano de Gastroenterología hubo un total de 373 pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, de ellos 183 tenía una enfermedad de Crohn y 190 una colitis ulcerativa idiopática. Solo se encontraron manifestaciones articulares en 24 (13,1%) pacientes. De aquellos con manifestaciones articulares 10 (5,4%) tenían una enfermedad de Crohn y 14 (7,6%) una colitis ulcerativa idiopática. No hubo ninguno con espondilitis anquilosante ni sacroileitis. En 1 paciente con enfermedad de Crohn y en 2 con colitis ulcerativa las manifestaciones articulares precedieron a las propiamente digestivas.

Introducción

La colitis ulcerativa idiopática y la enfermedad de Crohn son enfermedades inflamatorias crónicas del intestino (1). Este término abarca, fundamentalmente, estas dos entidades, que aunque relacionadas etiopatogénicamente entre sí, están separadas por sus características clínicas,

endoscópicas e histológicas; su evolución y pronóstico, son también diferentes (2). Ambas entidades nosológicas son de etiología desconocida y carácter sistémico con expresión anatomoclínica predominante del tracto gastrointestinal. Desde el punto de vista clínico se caracterizan por un cuadro digestivo crónico e inespecífico de diarrea,

dolor abdominal y rectorragia, que evoluciona en brotes de agudización que tienen una duración e intensidad impredecibles y que pueden acompañarse de diversas manifestaciones extraintestinales (3).

En estos pacientes tales complicaciones pueden ocurrir en diferentes puntos de la economía y abarcar gran número de órganos, muchas veces lejanos del tractus gastrointestinal —en este caso estas complicaciones extraintestinales se conocen como manifestaciones sistémicas o generales de las enfermedades inflamatorias del intestino (4) (5).

Existe otro tipo de complicaciones extraintestinales de las enfermedades inflamatorias del intestino, que tienen lugar en órganos cercanos al tractus intestinal y que, por lo general, están ocasionadas por los efectos que ejerce por contigüidad, el proceso inflamatorio intestinal $\frac{3}{4}$ casi siempre muy severo en estos casos— localizado en la vecindad anatómica del lugar donde se produce la complicación; éstas se presentan con menor frecuencia y son menos heterogéneas que las que describimos primero.

Se calcula que entre el 25 y el 36% de los pacientes con una enfermedad inflamatoria del intestino presenta alguna de estas complicaciones, ya sea de uno u otro tipo (6) y se han descrito más de 100 trastornos de esta índole. Sin embargo, en algunos países como Corea, China y la Península Arábiga, se han encontrado con muy poca frecuencia, que alcanza apenas un 6,6% de los casos diagnosticados con enfermedad inflamatoria intestinal (7) (8) (9). En los reportes de estos países, también se ha señalado una baja incidencia de la enfermedad inflamatoria intestinal, y la artritis fue en uno de los estudios, la única complicación sistémica encontrada (7).

Las manifestaciones extraintestinales pueden constituir, en algunos casos, la forma de inicio de la enfermedad, mientras en otras ocasiones, se asocian a los períodos de agudización del proceso patológico de base. Unas veces estas manifestaciones ocurren aisladamente, y en otras, concurren más de una al mismo tiempo, en un mismo

paciente. Ocasionalmente, su gravedad -como en el caso de la espondilitis anquilosante o la colangitis esclerosante primaria- hace que se conviertan, para el enfermo, en un ‘problema más grave que la enfermedad intestinal subyacente (10). Sin duda, de una u otra forma, contribuyen, de manera importante, a la morbilidad y mortalidad asociadas a la enfermedad de base (11), y comprometen la calidad de vida del enfermo (12). La importancia de las lesiones de tipo articular y el dolor en los pacientes con artritis fue reconocida por los médicos de nuestro país desde fecha tan remota como la primera mitad del siglo XIX (13). En niños con espondiloartropatías se ha señalado que hasta un 7,7% de ellos presentan una enfermedad inflamatoria intestinal asociada (14).

Un conocimiento profundo de las complicaciones extraintestinales de las enfermedades inflamatorias del intestino, es un elemento trascendental para disminuir el tiempo transcurrido entre la aparición de los primeros síntomas y el diagnóstico de la enfermedad, ya que, estas manifestaciones pueden constituir el debut de la enfermedad inflamatoria intestinal y pueden dominar el cuadro clínico en un momento determinado.

La patogenia de las manifestaciones extraintestinales sistémicas o generales de la enfermedad inflamatoria intestinal -a diferencia de las otras manifestaciones extraintestinales- es actualmente, especulativa y compatible con el concepto de una vulnerabilidad tisular generalizada, en una enfermedad que, según algunos autores, no se limita al intestino, cuya etiopatogenia es todavía ignorada, aunque se invoca la influencia de profundos trastornos de tipo inmunológico, entre otros motivos, porque se ha reportado que muchos de estos pacientes, tienen complejos inmunes circulantes en el suero, después de una intervención quirúrgica de derivación. También se ha señalado la ruptura de la barrera constituida por la pared intestinal producto del proceso inflamatorio, lo que permite el paso de material antigénico al torrente sanguíneo, como factor desencadenante de los procesos inmunes.

CLASIFICACIÓN DE LAS MANIFESTACIONES SISTÉMICAS DE LAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO.

Se han tratado de clasificar estas manifestaciones, de muchas formas. Un abordaje razonable del problema, fue el realizado por Greenstein y cols. y este será, por tanto, en líneas generales, el que emplearemos en este trabajo.

Estos autores desarrollaron un esquema basado en 700 pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas del intestino, en los que clasificaron todas las manifestaciones extraintestinales que parecían tener aspectos etiológicos, patogénicos y pronósticos diferentes y de este modo se conformaron tres grupos de pacientes:

1.- El primer grupo estuvo constituido por aquellos con manifestaciones que afectaban articulaciones, piel ojos y boca y se encontraban relacionadas con la inflamación intestinal subyacente. Las complicaciones de estos pacientes, frecuentemente, responden de manera favorable al tratamiento médico y quirúrgico dirigido a la enfermedad intestinal. En un buen número de casos, la localización intestinal compromete el colon.

2.- El segundo grupo quedó integrado por los pacientes con manifestaciones relacionadas con el intestino delgado, como la malabsorción, cálculos renales, cálculos biliares e hidronefrosis obstructiva no calculosa.

3.- Las manifestaciones del tercer grupo consistían en complicaciones inespecíficas como osteoporosis y la amiloidosis (10). Esta última agrupación se ha ampliado para incluir en ella las complicaciones hepáticas, cardiovasculares, pulmonares, hematológicas, vasculares y neurológicas (15).

ALTERACIONES ARTICULARES DE LAS ENFERMEDADES INFLAMATORIAS DEL INTESTINO

Los trastornos musculoesqueléticos son manifestaciones comunes extraintestinales de las enfermedades inflamatorias del intestino (16). En el

caso de la colitis ulcerativa los síntomas usualmente desaparecen después de la proctocolectomía (17). En este trabajo vamos a referirnos, específicamente, a las manifestaciones articulares de las enfermedades inflamatorias del intestino. Entre ellas se incluyen las siguientes:

- ARTRITIS PERIFÉRICA
- ESPONDILITIS ANQUILOSANTE
- SACROILEITIS
- OSTEOARTROPATÍA HIPERTRÓFICA (PERIOSTOSIS, SINOVITIS E HIPOCRATISMO DIGITAL)
- ARTRITIS PERIFÉRICA.

También se le conoce como «artritis colítica», «artropatía colítica» y «artritis o artropatía enteropática». Sin embargo, estos términos han sido utilizados también, para denominar, de manera más amplia, a otras alteraciones musculoesqueléticas que se asocian a enfermedades intestinales, por ejemplo, la artritis aguda estéril que, infrecuentemente, sigue a la infección del tracto intestinal por Salmonella, Shigella o Yersinia, (18) y la que puede verse en otras enfermedades intestinales como la diverticulitis y la enfermedad de Whipple (19) (20).

La artritis periférica es la más común de las manifestaciones sistémicas de la enfermedad inflamatoria intestinal (21) y reportes de la asociación entre ambas aparecen, bien documentados, desde hace algún tiempo (22). Tiene lugar en aproximadamente el 20% de los pacientes con enfermedad inflamatoria del intestino (23) y se presenta en un considerable número de pacientes durante el primer año después del diagnóstico de la enfermedad inflamatoria intestinal (24).

La artritis suele aparecer, comúnmente, con el primer ataque de la enfermedad intestinal y los ataques agudos suelen asociarse a exacerbaciones de la enfermedad intestinal; con cierta frecuencia, los síntomas articulares son el heraldo de los síntomas intestinales. Tiene, por lo general, un inicio brusco, en grandes articulaciones, casi siempre de las extremidades inferiores, puede ser poliarticular o monoarticular -lo que ocurre ocasionalmente- y

con carácter migratorio, es típicamente asimétrica, no destructiva y seronegativa para factor reumatoideo (25). Las articulaciones más dañadas son las rodillas y le siguen con frecuencia decreciente caderas, tobillos, muñecas y codos, (Figura 1). La afectación de las articulaciones pequeñas de las manos y pies es menos frecuente (Figura 2). La deformidad articular es rara y cuando existe derrame articular es de características inflamatorias y cultivo negativo -aunque la artritis séptica puede ocurrir, usualmente, en la cadera, a donde puede extenderse por contigüidad, desde un absceso del psoas o procedente de una fistula intestinal-. En algunos pacientes, la artralgia puede ser el único síntoma. La radiología ósea suele ser, en un inicio, negativa al igual que el factor reumatoideo $\frac{3}{4}$ que está ausente en el suero y en el líquido sinovial $\frac{3}{4}$ y los anticuerpos antinucleares. La tipificación del antígeno de leucocitos humanos, fenotipo HLA-B27, guarda una frecuencia semejante a la encontrada en la población general. Infrecuentemente, la artritis precede a los síntomas intestinales y es independiente del curso de la enfermedad de base (26).

La artropatía enteropática periférica ha sido subdividida, por algunos autores, en: pauciarticular,



Fig. 1
Dentro del círculo puede verse el aumento de volumen que ocasiona una artritis de grandes articulaciones en una de nuestras pacientes con enfermedad de Crohn.

artropatía de las grandes articulaciones y poliartropatía simétrica bilateral, formas clínicas que se distinguen entre sí, por la distribución de la afectación articular de cada una. En la colitis ulcerativa idiopática la artritis usualmente es pauciarticular, generalmente asimétrica y no destructiva; sin embargo, la artritis periférica, en algunos casos, puede ser crónica y destructiva (27).

Se ha reportado inflamación granulomatosa de la membrana sinovial y del hueso, así como miositis granulomatosa (28).

Un éxito en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal resulta en una mejoría de la artritis, en la mayoría de los pacientes. Se ha observado una buena respuesta de este tipo de artritis a los corticoides. La artritis colítica se ve, con cierta frecuencia, asociada a la uveítis (29) y al eritema nudoso.

Este tipo de artritis puede ocurrir en la infancia, donde también, se ha señalado su asociación con derrame pleuropericárdico y taponamiento cardíaco (30).

También se ha señalado que la artritis relacionada con pouchitis ileal después de una proctocolectomía total por colitis ulcerativa

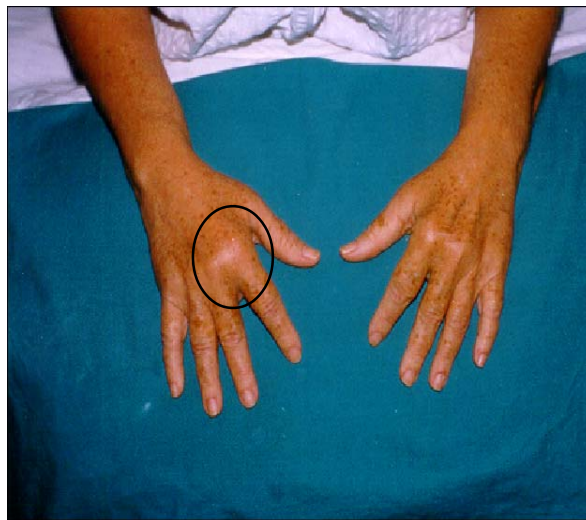


Fig. 2
Artritis de pequeñas articulaciones en una paciente con colitis ulcerativa idiopática que es atendida en el Instituto de Gastroenterología. En el círculo amarillo aparece la lesión.

idiopática tiene mucha similitud con las artritis asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal, por lo que debe ser agregada a la lista de artropatías enteropáticas (31).

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE Y SACROILEITIS

Ocurre en el 2-7% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal, aunque algunos informes indican hasta un 20%. Se manifiesta, con igual frecuencia, en casos de colitis ulcerativa idiopática que en pacientes con enfermedad de Crohn. Los síntomas y signos de esta afección son semejantes a los que se presentan en los casos de espondilitis anquilosante idiopática y se caracterizan por dolor en la parte baja de la espalda, de iniciación insidiosa -que puede ser muy ligero al inicio-, y rigidez matutina importante; el dolor suele aliviarse con el ejercicio, empeora con el reposo y afecta toda la parte baja de la espalda. Puede encontrarse artritis de caderas, hombros y rodillas, simultáneamente con la espondilitis.

Esta afección se asocia con una frecuencia aumentada de antígeno HLA-B27 (32). Por otro lado, en el 15 al 20% de los casos se comprueba sacroileitis radiológica asintomática, que suele constituir un hallazgo al realizar los estudios radiológicos y no parece guardar relación, con el desarrollo posterior de espondilitis anquilosante; en estos pacientes el HLA-B27 es negativo. El Rx de la columna vertebral en la espondilitis anquilosante, muestra una imagen de rectificación de la columna, lo que le confiere un aspecto de «espinas de bambú».

La sacroileitis sola, es más frecuente, que su asociación a espondilitis anquilosante y está presente, en forma asintomática en aproximadamente el 24% de los pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (33). La espondilitis anquilosante puede diagnosticarse antes, después o en el curso de la enfermedad inflamatoria del intestino y es independiente de la severidad, la extensión, la localización y la duración de ésta, es decir, a diferencia de la artritis periférica, guarda

poca relación, en su evolución, con la enfermedad inflamatoria del intestino subyacente (17).

En contraste con la colitis artrítica, que no es deformante, la espondilitis anquilosante suele ser lentamente progresiva e invalidante. El tratamiento medicamentoso es sintomático y redundante en resultados favorables. Los esteroides y los antiinflamatorios no esteroideos disminuyen la inflamación, pero no la progresión de la enfermedad. Por otra parte, se ha mencionado la posibilidad, de que estas drogas pudieran agravar la severidad del proceso inflamatorio intestinal. Tampoco la colectomía ha sido útil.

Se ha señalado el valor de la fisioterapia y la realización de ejercicios apropiados, para prevenir deformidades y anquilosis articulares.

OSTEOARTROPATÍA HIPERTRÓFICA

Se ha informado una incidencia de un 15% en la colitis ulcerativa idiopática y de hasta un 33% en la enfermedad de Crohn.

Consiste en: A) periostitis con dolor y neoformación ósea, B) sinovitis y C) hipocratismo digital.

Se presenta, clínicamente, con dolor en las grandes articulaciones y desde el punto de vista radiológico, presencia de hueso perióstico de neoformación, sin evidencia de anomalías articulares. Puede asociarse a hipocratismo digital y espondilitis. La diseminación granulomatosa, puede afectar el periostio y remedar una osteoartropatía hipertrófica (34).

El hipocratismo digital es un signo del examen físico, también conocido como «dedos en palillo de tambor»; no es exclusivo de la enfermedad de Crohn, se puede encontrar en el curso de las enfermedades crónicas de los órganos torácicos y puede, incluso, no existir una patología subyacente que lo origine y ser idiopático, pero se ha registrado en alrededor del 55% de los pacientes con enfermedad de Crohn (35). Su presencia, se correlaciona bien con la actividad inflamatoria en el ámbito intestinal y tiende a regresar, después de las resecciones quirúrgicas de las zonas afecta-

das. Se ha referido, que suele aparecer cuando están afectadas por la enfermedad de Crohn, las áreas intestinales inervadas por el vago, pero su patogenia, en realidad, no es bien conocida.

NUESTRA EXPERIENCIA

En el Instituto Cubano de Gastroenterología se pudo revisar la casuística de los últimos 10 años constituida por los pacientes con enfermedades inflamatorias del intestino. Hubo un total de 373 pacientes, de ellos 183 tenía una enfermedad de Crohn y 190 una colitis ulcerativa idiopática.

Solo se encontraron manifestaciones articulares en 24 (13,1%) pacientes. Cuando hacemos referencia al término de manifestación articular nos referimos a pacientes que además del dolor tenían signos de tipo inflamatorio mínimos, con al menos, discreto aumento de volumen y dolor.

Estos datos aparecen reflejados en la tabla No 1, donde puede verse, además, que de aquellos con manifestaciones articulares 10 (5,4%) tenían una enfermedad de Crohn y 14 (7,6%) una colitis ulcerativa idiopática. Hubo un paciente que presentó afectación de la rodilla y la muñeca al mismo tiempo. Este enfermo tenía una colitis ulcerativa idiopática.

En ninguno de nuestros pacientes se encontró una espondilitis anquilosante o sacroileitis. Solamente se presentaron, las manifestaciones articulares, en forma de artritis periféricas.

En la tabla No 2 se puede apreciar que de los 10 pacientes con enfermedad de Crohn que presentaron manifestaciones articulares 3 (30%) tuvieron lesiones en grandes articulaciones (rodillas, tobillos y muñecas) y 7 (70%) en las pequeñas articulaciones de las manos.

La situación encontrada en la colitis ulcerativa idiopática se ilustra en la tabla No 3 donde puede verse que hubo 11 (78,5%) pacientes con manifestaciones articulares en las grandes articulaciones y 4 (28,5%) en las pequeñas articulaciones de las manos.

De las grandes articulaciones la más afectada fue la articulación de la rodilla, cuyo compro-

Tabla 1

Pacientes del Instituto de Gastroenterología con Enfermedades Inflamatorias del Intestino y Manifestaciones Articulares.

E.I.I	PACIENTES SEGÚN ENFERMEDAD	PACIENTES CON MANIFESTACIONES ARTICULARES	
		Nº	%
CROHN	183	10	5,4
CUI	190	14	7,6
TOTAL	373	24*	13,1

*Un paciente con colitis ulcerativa idiopática tenía manifestaciones en rodillas y muñecas al mismo tiempo.

Tabla 2

Distribución de las manifestaciones articulares de los pacientes con enfermedad de Crohn según su localización en grandes y pequeñas articulaciones.

DISTRIBUCIÓN DE LA ARTRITIS PERIFÉRICA	Nº	%
GRANDES ARTICULACIONES	3	30
PEQUEÑAS ARTICULACIONES	7	70
TOTAL	10	100

miso se vio en 10 pacientes, 8 de ellos con colitis ulcerativa idiopática.

Hubo presencia de manifestaciones articulares en 2 pacientes con enfermedad de Crohn y en 3 pacientes con colitis ulcerativa idiopática en momentos en que no existía actividad de la enfermedad inflamatoria intestinal.

En 1 paciente con enfermedad de Crohn se recogió la referencia de afectación articular en las manos que antecedió en 14 meses a las manifes-

Tabla 3

Distribución de las manifestaciones articulares de los pacientes con colitis ulcerativa idiopática según su localización en grandes y pequeñas articulaciones.

DISTRIBUCIÓN DE LA ARTRITIS PERIFÉRICA	Nº	%
GRANDES ARTICULACIONES	11	78,5
PEQUEÑAS ARTICULACIONES	4	28,5
TOTAL	15	100

taciones clínicas digestivas y a la realización del diagnóstico de la enfermedad inflamatoria. Hubo 2 pacientes con colitis ulcerativa idiopática en los que la afectación de la articulación de la rodilla precedió a las manifestaciones clínicas digestivas en 6 y 8 meses respectivamente. Este dato es importante porque son pacientes en que el debut de la enfermedad tuvo lugar por la manifestación articular sistémica y no por los síntomas propiamente digestivos.

Estos datos coinciden, de manera general, con lo que se ha reportado en la literatura. De todas formas somos de la opinión que es necesario seguir insistiendo en la profundización de la toma de los datos que son posteriormente reflejados en las historias clínicas para lograr registros más pormenorizados.

CONCLUSIONES

Las alteraciones articulares constituyen una de las más frecuentes manifestaciones sistémicas las enfermedades inflamatorias del intestino. Su reconocimiento es de valor para el diagnóstico precoz tanto de la enfermedad de Crohn como de la colitis ulcerativa idiopática, especialmente cuando se instauran antes de que se produzcan los síntomas intestinales de esas enfermedades.

BIBLIOGRAFÍA

1. Haubrich W. et al. Bockus Gastroenterology 5ta Ed. Vol II W.B. Saunders Company. 1995, pag. 1398
2. Leach M. W. et al The role of IL-10 in inflammatory bowel disease: "of mice and men". Toxicol. Pathol. 1999 Jan-Feb;27(1): pag. 123-33
3. García de Tena J, Manzano L, Prieto A, Leal JC, Alvarez-Mon M Etiopatogenia de la Enfermedad Inflamatoria del Tubo Digestivo. Medicine; 2001; 4 (6ta Serie): 7-14
4. Barnes J. and Barnes N.: Extraintestinal disease may be associated with Crohn's disease. BMJ 1998 Jul. 25:317 (7153): 282
5. Tromm A, May D, Almus E, Voigt E, Greving I, Schwegler U, et al Cutaneous manifesttion in inflammatory bowel disease. Gastroenterol 2001; 39 (2): 137-44 Farreras y Rozman: Medicina Interna. Ediciones Doyma. Duodécima Edición. Vol 1. 1993 pag: 173-74
6. Swartz M.L. *Beyond the scope: a nursing view of the extraintestinal manifestations of inflammatory bowel disease.* Gastroenterol Nurs 1989 Summer;12(1):3-9
7. Yoon C.M. et al. Clinical features of Crohn's disease in Korea. Gastroenterol Jpn 1988 Oct; 23(5):556-81
8. Sung J.J. et al. Cronh's disease in the Chinese population. An experience from Hong Kong. Dis Colon Rectum 1994 Dec; 37 (12): 1307-9
9. Isbistser W.H. and Huber M: Inflammatory bowel disease in Saudi Arabia: presentation and initial management. J Gastroenterol Hepatol 1998 Nov; 13(11): 1119-24
10. Yamada: Textbook of Gastroenterology, 2nd ed., Lippincott-Raven Publishers Copyright © 1995 pag 1758
11. Feczko P.J. Intestinal and extraintestinal complications of inflammatory bowel disease. Radiol Clin North Am 1987 Jan;25(1):145-6
12. Raath H. C. et al. Initial symptoms, extra-intestinal manifestations and course of pregnancy in

- chronic inflammatory bowel diseases. *Med Klin* 1998 Jul; 15;93(7):395-400
13. Le Riverand JJ. Método Curativo de las Artralgias. *El Observador Habanero. Periódico de Medicina, Cirugía y Farmacia Práctica* 1844; Tomo II. Undécima Entrega: 339
 14. Faustino PC, Terreri MT, Andrade CT, Len C, Hilario MO. Clinical features of spondyloarthropathies in childhood: analysis of 26 patients. *Rev Assoc Med Bras* 2001 Jul-Sep;47(3):216-20
 15. Marvisi M, Fornasari G. Is the lung a target organ in inflammatory bowel disease? *Recenti Prog Med* 2001; 92 (12):774-7
 16. Salvarani C, Vlachonikolis IG, van der Heijde DM, Fornaciari G, Macchioni PM, Olivieri I et al. Musculoskeletal manifestations in a population-based cohort of inflammatory bowel disease patients. *Scand J Gastroenterol* 2001; 36 (12):1307-13.
 17. Fornaciari G, Salvarani C, Beltrami M, Macchioni P, Stockbrugger RW, Russel MG. Musculoskeletal manifestations in inflammatory bowel disease. *Can J Gastroenterol* 2001 Jun;15(6):399-403.
 18. Ramer S. and Bluestone R: Colitic arthropathies. *Postgrad Med* 1977 Jan; 61 (1):141-7
 19. Bjorkengren AG et al. Enteropathic arthropathies. *Radiol Clin North Am* 1987 Jan; 25(1):189-98
 20. Klein S. et al. Extraintestinal manifestations in patients with diverticulitis. *Ann. Intern. Med.* 1988 May; 108(5):700-2
 21. Greenstein. A.J. et al. The extraintestinal manifestations of Crohn's disease and ulcerative colitis: A study of 700 patients. *Medicine* 1976; 55: 401
 22. Soren A.: Joint inflammations as complications in intestinal inflammations. *Z Rheumatol* 1981 Jan-Feb; 40(1):1-5
 23. Miller M.M. Ankylosing spondylitis, Reiter's syndrome, psoriatic arthritis and arthritis of inflammatory bowel disease. *Prim Care* 1984;11:271
 24. Palm O, Moum B, Jahnsen J, Gran JT. The prevalence and incidence of peripheral arthritis in patients with inflammatory bowel disease, a prospective population-based study (the IBSEN study). *Rheumatology (Oxford)* 2001; 40(11): 1256-61
 25. Rowe WA, Vasudeva R, Talavera F, Braun OS, Mechaber AJ, Katz J. Inflammatory Bowel. *EMedicine Journal* 2002; 3 (1): 1-11
 26. Orchard T.R.: Peripheral arthropathies in inflammatory bowel disease: their articular distribution and natural history *Gut.* 1998 Mar; 42(3):387-91
 27. Momohara S. Arthritic manifestations in ulcerative colitis. *Nippon Rinsho* 1999; 57 (11): 2566-70
 28. Menard DB et al. Granulomatous myositis and myopathy associated with Crohn's colitis. *N Engl J Med* 1976; 295:818-819
 29. Harada T. Ocular complications in ulcerative colitis. *Nippon Rinsho* 1999; 57 (11): 2775-9
 30. Van Gundy et al. Chronic monoarticular arthritis and acute pericardial tamponade in a child with Crohn's disease. *J Rheumatol* 1993 Dec; 20 (12):2140-L2
 31. Balbir-Gurman A, Schapira D, Nahir M. Arthritis related to ileal pouchitis following total proctocolectomy for ulcerative colitis. *Semin Arthritis Rheum* 2001; 30 (4): 242-8
 32. Purman J. et al. HLA antigens in ankylosing spondylitis associated with Crohn's disease. Increased frequency of the HLA phenotype B27,B44. *J Rheumatol* 1988;15:1658-1661
 33. Queiro R, Maiz O, Intxausti J, de Dios JR, Belzunegui J, Gonzalez C, et al Subclinical sacroiliitis in inflammatory bowel disease: a clinical and follow-up study. *Clin Rheumatol* 2000;19(6):445-9
 34. Bookman A.A. et al. Periosteal new bone formation and disseminated granulomatosis in a patient with Crohn's disease. *Am J Med* 1988; 85:330-332
 35. Kitis G. et al. Finger clubbing in inflammatory bowel disease: its prevalence and pathogenesis. *Br. Med. J.* 1979;2:825-828

Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas
Policlínico Docente Lawton
Servicio Nacional de Reumatología.
La Habana, Cuba.

Conducta de enfrentamiento y demanda de ayuda ante las enfermedades reumáticas en la comunidad. Evidencias de los estudios preliminares COPCORD.

Reyes Llerena Gil A, Penedo Coello A,**, Guibert Toledano M, ***López Cabreja G,**** Puerto Noda I.**** Adelaida García Stevens*****Niurka Ramírez*****Hernández Martínez A.******

- * *Especialista de Primer grado en Medicina Interna, Segundo en Reumatología. Profesor e Investigador Auxiliar del ISCM-H. Jefe del Servicio de Reumatología CIMEQ.*
- ** *Especialista en Medicina General Integral. Policlínico Docente Lawton.*
- *** *Especialista de Segundo grado en Reumatología. Profesor Auxiliar de ISCM-H*
- **** *Especialista de primer grado en Reumatología. Profesor Asistente del ISCM-H*
- ***** *Especialista de primer grado en Reumatología.*
- ***** *Especialista de Primer Grado en Medicina Interna. Segundo Grado en Reumatología. Profesor e Investigador Auxiliar del ISCM-H*

RESUMEN:

El comportamiento comunitario en la demanda de ayuda en nuestro medio fue analizado mediante los resultados obtenidos en la encuesta comunitaria COPCORD desarrollada en el municipio Lawton. Los datos sociodemográficos resultaron similares a los de la población general. La prevalencia de afecciones reumáticas pesquisada alcanzó el 43,9% de la serie, con la osteoartritis como la más prevalente afección y los niveles de discapacidad elevados. Los pacientes orientan su demandada de atención hacia el facultativo principalmente médico familiar, . acude también al hospital donde Ortopédicos, Fisiatras y Reumatólogos le brindan atención. La medicina tradicional es frecuentemente utilizada con el 18.1% de la serie y no entraña abandono del tratamiento convencionalmente aprobado. La automedicación como práctica desaconsejada resultó frecuente en la población estudiada.

INTRODUCCIÓN.

Las enfermedades reumáticas clasifican entre las de mayor prevalencia dentro de las crónicas no transmisibles, y comprenden más de doscientos padecimientos específicos.(1-2) La cronicidad de estos padecimientos determina que

su desenlace, esté en gran medida determinado por que se efectúe un diagnóstico temprano y se instaure un tratamiento eficaz, y se evalúe con periodicidad al paciente. De esta manera se puedan controlar los brotes, fenómenos intercurrentes, y la toxicidad que determinan las drogas utilizadas

en su tratamiento. La discapacidad probablemente sea el desenlace más importante y probablemente todas las acciones deben estar encaminadas a minimizar su impacto y evitar los daños sobre la calidad de vida.(3-4)

Los pacientes con este tipo de afecciones con frecuencia no tienen una definición objetivamente clara acerca de su enfermedad en la cual factores educacionales y socio-culturales juegan un papel determinante.

Está demostrado que los pacientes con menor apego a las consultas tienen un desenlace peor que otros. De igual modo el nivel educacional consideramos que influye en gran medida en el comportamiento terapéutico a seguir y en el desenlace. Paradojicamente con lo esperado en los países industrializados con un mayor desarrollo, existe una fuerte tendencia al uso de medicina no convencional o tradicional (5), y los sujetos que con mayor frecuencia utilizan estas formas de tratamiento tienen un mayor nivel educacional, son de la raza blanca y cuentan con elevados ingresos. Los costos generados por este concepto son millonarios.(6)

Se ha demostrado que cada vez es mayor el número de personas que hacen uso de esta medicina alternativa o complementaria como en la actualidad se le ha dado en llamar. En 1977 un survey realizado entre pacientes de habla Inglesa halló que el 42.1% usó al menos una de las 16 terapias alternativas específicas por espacio de al menos 12 meses. (7) Más del 59% de estos tenían una enfermedad reumática principalmente artritis, dolor lumbar y de cuello. Los costos totales se sitúan en cifras billonarias similares a todos los costos de los servicios de salud de los Estados Unidos. El estudio arroja que la mayor parte de las terapias probablemente se usan en conjunto con la terapéutica convencional.(7)

En un estudio que realizamos en 1999, establecimos algunos conceptos acerca del comportamiento comunitario en la búsqueda de ayuda y uso de terapia no convencional a partir de un estudio de pilotaje realizado en una comunidad ur-

baña de Cuba.(8)

Hoy hemos acumulado una mayor experiencia en cuanto a la aplicación de Cuestionarios de pesquiasaje comunitario capaces de revelar datos epidemiológicos de sumo interés. Este trabajo lo desarrollamos con el objetivo de evaluar la conducta de enfrentamiento, demanda de ayuda comunitaria ante las enfermedades reumáticas, así como el uso de terapia complementaria ante el impacto que determinan estas enfermedades mediante la aplicación del Instrumento COPCORD.

MATERIAL Y METODO.

Realizamos un estudio descriptivo de corte transversal que analiza evalúa y resume los resultados obtenidos en tres estudios comunitarios realizados en los Municipios del Cerro, Lawton y Palmira en Cuba en los cuales se aplicó el Instrumento COPCORD.

Revisamos todos los datos recogidos en el cuestionario referentes a variables sociodemográficas relacionadas con el dolor reumático, prevalencia de las principales afecciones reumáticas, demanda de ayuda, y uso de terapia no convencional o complementaria así como el nivel de adaptabilidad ante el problema que representa el proceso de la enfermedad.

Se utilizaron los paquetes estadísticos SPSS, se realizaron análisis estadísticos simples con evaluación de porcentajes, test de Chi cuadrado para el análisis de proporciones, se estableció en 95% el intervalo de confianza, desviaciones estándar y se estableció una $P < 0.05$ como nivel de significación estadístico.

Se utilizó como instrumento de pesquiasaje el COPCORD, El instrumento fue diseñado a partir de directrices de la Organización Mundial de la Salud y la Liga Internacional de Asociaciones de Reumatología (OMS/ILAR), y está orientado al conocimiento y control de la carga que imponen a la comunidad las enfermedades reumáticas.(10-14)

Se analizan los datos del estudio de 300 pacientes escogidos al azar en poblaciones urbanas

y rural a los cuales mediante una entrevista individual en sus casas se les aplicó el cuestionario, y corroboró por examen físico el diagnóstico presuntivo. En los casos necesarios se les realizaron exámenes complementarios y estudios imagenológicos.

RESULTADOS.

El universo en todos los trabajos fue de 300 pacientes. El estudio inicial se efectuó en el Cerro a modo de Pilotaje.

Los resultados sociodemográficos son similares a los datos reportados en el Censo Nacional de Cuba. Edad promedio de 46 años, Predominio del sexo femenino, de la población blanca, y con un nivel educacional mínimo de 6to grado. En las zonas urbanas el nivel educacional promedio está sobre el 9no grado. En la zona rural predominaron los obreros agrícolas, en tanto en la ciudad, las amas de casa, obreros, técnicos y profesionales.

El dolor reumático se comportó de forma general muy similar en los tres de referencia revisados. El Cerro halló un 58% de dolor, Lawton 40.3%, y el Palmira población rural un 43.6%. La toma articular en todos los estudios interesó de forma predominante las rodillas, columna lumbar baja, columna cervical y hombros entre otras. La prevalencia puntual para los diagnósticos más frecuentemente realizados fueron los de Osteoartritis que alcanzó en la series urbanas 19.3%, 22.7% (en el Cerro y Lawton respectivamente) y 17%

en Palmira. Los datos de frecuencia de Osteoartritis en nuestra población resultaron muy similares sin diferencias estadísticas. La Artritis Reumatoide alcanzó una prevalencia en el estudio urbano de 2,7% en el Cerro cifra que consideramos elevada, 1.33 % en Lawton y 0.6% en la zona rural de Palmira en Cienfuegos. Algunos estudios señalan que existe la posibilidad no confirmada, de que hayan diferencias en cuanto a la prevalencia de la Artritis Reumatoide entre la ciudad y el medio rural.(15)(16)(17). El estudio EPISER(18) de alcance nacional desarrollado en España, mostró sustanciales diferencias cuando arrojó una prevalencia del 0.61 en la ciudad y 0.16 en el campo.

Entre nuestros pacientes el análisis de la demanda de ayuda mostró una elevada tendencia a la búsqueda de ayuda médica para el manejo y tratamiento de sus dolencias reumáticas. En todos los estudios que realizamos, más del 80% de los pacientes que tenían síntomas y afecciones de índole reumática acudieron al facultativo para obtener atención médica profesional, predominando la búsqueda de asistencia en los niveles primarios de atención asumidos por el médico familiar aunque asisten también al medio hospitalario donde se desempeñan Internistas, Ortopedistas, Fisiatras, y Reumatólogos. El Cerro reportó el 95.4% de demanda en tanto el municipio rural el 84.6%. Otros estudios recientemente realizados señalan que entre el 15-65% de las personas con padecimientos músculo-esqueléticos buscan ayuda médica.(19)

Tabla 1.
Prevalencia de las enfermedades reumáticas en la comunidad:
(Diagnósticos más frecuentemente efectuados en área rural)

DIAGNÓSTICOS	Masc.	%	Fem.	%	Total	%
Osteoartritis	17	5.6	34	11.3	51	17.0
Sacrolumbalgia	19	6.3	15	5.0	34	11.3
Reumatismos de Partes blandas	7	2.3	9	3.0	16	5.3
Artritis Reumatoide	0	0	2	0.6	2	0.6

Tabla 2.
Demanda de ayuda en muestreos comunitarios.
(Cerro-Lawton-Palmira)

Búsqueda de ayuda	Masc. No	%	Fem. No	%	Total No	%
Médico Familiar	29	21.1	51	37.2	80	58.3
Atención hospitalaria	18	13.1	22	16	40	29.1
Reumatólogo	2	1.4	7	5.1	9	6.5%
No adaptados	45	15	56	18.6%	101	33.8%
Automedicación	30	21.8	14	10.2	44	32.1
Tratamiento no Convencional	24	17.5	40	29.1	64	46.7
Curandero	3	1.0	4	1.33	4	2.33
Remedios Herbolaria Megavitaminas Ungüentos Cartílago de Tiburón. Brazaletes de cobre	4	2.9%	10	7.2	14	10.2%
Curandero					8	2.9%

En la ciudad un 62 (35.6%) de los casos acudió a un hospital donde el 20.6% se atiende con un Ortopédico y 56 (32.1%) demanda la atención de un Reumatólogo. Solamente 9 pacientes (6.5%) $P < 0.05$, de las áreas rurales se atienden con un Especialista en Reumatología.

La automedicación como práctica ocurre en el 6.8% de los pacientes del Cerro, en tanto cifras tan elevadas como el 32.1% son reportadas en la zona rural. ($P < 0.05$)

La terapéutica no convencional también alcanza cifras significativas en la zona rural con relación a la ciudad con el 46.7% versus el 6.8% ($p < 0.05$) y la demanda de atención por curanderos resultó discretamente superior en la ciudad 3.4% que en las áreas rurales 2.9%. El uso de esta forma de tratamiento no convencional se ha señalado como un factor contribuyente al aumento de la mortalidad en pacientes reumáticos. (20-21). En patologías como el Lupus E. Sistémico

los pacientes en ocasiones descontinúan su tratamiento formal y esta practica ha sido identificada como contribuyente causa de mortalidad.(22)

El uso de remedios, cartílago de tiburón, megavitaminas, aplicación tópica de linimentos, y ungüentos entre otras formulaciones no convencionales alcanzó una frecuencia del 2.6% de demanda en la serie.

En todos los estudios la mayor parte de los pacientes (85%) reportan mejoría con la terapéutica recibida sin entrar en disquisiciones en cuanto a la efectividad de los métodos convencionales o tradicionales utilizados.

En relación con la conducta de enfrentamiento ante las enfermedades reumáticas, tanto en la ciudad como en la zona rural, el status adaptativo de los pacientes refleja que el 33.8% de ellos no tiene aceptación del problema y no han logrado adaptarse a la carga que representa y le impone la enfermedad reumática.

DISCUSIÓN

La evaluación de la población estudiada tanto a nivel urbano como rural está en correspondencia con las características generales de la población cubana atendiendo a datos del Censo Nacional. El nivel educacional en general es elevado y los pacientes tienen la posibilidad y acuden en la demanda de atención a ser evaluados por alguno de los más de 70,000 médicos con que cuenta el Sistema Nacional de Salud Cubano incluyendo 120 Reumatólogos cifra considerada como óptima por la Organización Mundial de la Salud y la ILAR (23)

Nuestro estudio demostró la tendencia real de nuestros pacientes reumáticos de demandar la ayuda de un facultativo particularmente el médico familiar como primera opción, y en otros casos acudir al medio hospitalario donde son evaluados por Ortopedistas, Fisiatras y Reumatólogos aunque en menor medida. Internacionalmente se ha reportado que los pacientes reumáticos no suelen estar bajo los cuidados de los reumatólogos. (24-25) Esto determina que afecciones graves potencialmente mortales o discapacitantes en ocasiones no sean evaluados y tratadas con el rigor científico y profesional que ameritan. Entre nuestros pacientes la tendencia inicialmente resulta similar. No obstante los pacientes con afecciones graves son racionalmente referidos luego de la evaluación inicial, a centros de atención secundaria con reumatólogos disponibles tanto en la ciudad como en zonas rurales en el interior del país (26)

El estudio de pesquiasaje COPCORD, propició determinar la frecuencia del síntoma dolor a nivel comunitario, la prevalencia de las principales enfermedades reumáticas que quedó establecida en un nivel que consideramos representativo de la realidad de nuestro país. La realización de estudios COPCORD con un mayor tamaño muestral arrojaron datos más concluyentes.

El comportamiento en la demanda de ayuda entre nuestra población incluye el uso de terapia no convencional sobre todo en las personas de edades más avanzadas. Eisemberg señaló que el

34% de sus pacientes utilizaba la terapia no convencional (7) Probablemente esta forma de tratamiento en Cuba aunque frecuente sobre todo en el medio rural no se asocia al abandono de la terapéutica convencional estandarizada e internacionalmente aceptada(27)

El uso de esta forma de tratamiento constituye un problema de salud y riesgos para la vida según se ha reportado en muchos países, y el monto global socioeconómico que comporta alcanza cifras millonarias. Se ha estimado sobre los 950 millones de dólares (28-29)

La demanda terapéutica de fisioterapia, es elevada entre los pacientes reumáticos. El uso de calor superficial y profundo, Láser de baja potencia, electroterapia, Magnetoterapia entre otras resulta de aceptación popular. El 12.3% de los pacientes utiliza este recurso terapéutico no convencional.

Entre las formas más socorridas de tratamiento no convencional las cuales han sido aplicadas a nuestros pacientes se han incluido entre otras: Los ejercicios de estiramiento y fuerza los cuales están indicados en algunas formas de artritis incluyendo la Osteoartritis de caderas y rodillas (30) Este ensayo randomizado y controlado mostró una mejoría clínica significativamente estadística cuando enroló a pacientes con Osteoartritis en programas de ejercicios. El Tai-Chi como modalidad ha sido recomendado para reducir el riesgo de caídas en los ancianos (31) (Fig. 1)



Apuntamos que entre nuestros pacientes fueron las caídas de sus pies las causas fundamentales de fractura por Osteoporosis y determinantes de elevados niveles de discapacidad residual, invalidez total, y dependencia social, económica y una mortalidad incrementada.

La Acupuntura basada en la creencia de que hay patrones de energía que fluyen lo cual es esencial para la salud, puede conducir a la corrección de desbalances y tratar el dolor en diversas condiciones patológicas como la Osteoartritis, Fibromialgia, y Dolor Lumbar Bajo (32) Esta técnica milenaria cuya eficacia se ha considerado elevada y de gran importancia real, ha sido también ampliamente utilizada entre nuestros encuestados con resultados satisfactorios en el alivio de los síntomas reumáticos, pero sin embargo las evidencias demuestran que adolece de estudios controlados que corroboren su efectividad.

El uso y aplicación de estímulos nerviosos eléctricos transcutáneos (TENS), mostró disminución de factores como la fatiga, el insomnio, la ansiedad, depresión y aumento de los niveles de cortisol en personas con Fibromialgia.(33)

Ya señalamos que entre nuestros pacientes constatamos el uso de ungüentos, linimentos brazaletes de cobre, remedios y herbolarias.

Los remedios herbales en E. Unidos, tienen un uso creciente dada su valoración como 'naturales y seguros' sin embargo sus potenciales beneficios se han conjugado con efectos dañinos por interacciones con los medicamentos prescritos a los pacientes, contaminantes o constituyentes ilícitos. Han sido hallados contaminantes arsenicales, anti-inflamatorios no esteroideos y sustancias esteroideas en las preparaciones herbales. Ninguna de estas preparaciones ha pasado las estrictas inspecciones de calidad desde 1944 en los E. Unidos.

El Condroitin Sulfato y la Glucosamina constituyen el mejor suplemento nutricional cuyas evidencias sugieren un moderado pero definitivo efecto en la reducción del dolor de la Osteoartritis de

rodilla y cuenta con determinado nivel de aceptación para su uso (34) (Fig. 2)



La aplicación de estas formas de terapia en general están basadas en los conocimientos derivados de las experiencias positivas en su aplicación y no en los resultados de estudios controlados que avalen los criterios científicos de estos tratamientos.(35-36)

Al margen de esas consideraciones hay algunos estudios que han sugerido que los pacientes con artritis en el 90% de los casos han usado terapia no convencional incluso en los países más desarrollados. El impacto de estas conductas resultan no solo de índole económica, sino que puede ser determinantes de demoras en el uso de los cuidados de salud apropiados y por consiguiente comportan un peligro y daño potencial (37-38)

Algunas afecciones como la Artritis Reumatoidea, y la Fibromialgia cuya etiología y curso específico no son totalmente conocidos, y se caracterizan por dolor crónico son altamente proclives al uso de terapia no convencional junto con el tratamiento habitual (39). Además entre el 38.5% y 55% de los pacientes no discuten con sus médicos acerca del uso de estas terapias y estos habitualmente no indagan sobre ellas. La comunidad médica está a la espera de más seguras evaluaciones acerca de estas formas de terapia, y por ende deben existir motivaciones para encontrar estas evidencias basados en la

anamnesis y examen a los pacientes en dicho tratamiento. (40)

Una cifra que representa un tercio de los pacientes estudiados en el área rural se automedica, lo cual constituye otra parte de la problemática presente en el tratamiento de las enfermedades reumáticas: el consumo de medicamento no ordenados por el médico. Hemos constatado como ante situaciones de descontrol ante las exacerbaciones de los síntomas dolorosos, y/o una evolución no satisfactoria de su enfermedad, los pacientes se automedican aumentando las dosis que tienen prescritas o introduciendo nuevas drogas que les han sido recomendadas incluyendo fármacos esteroidales, medicamentos del espectro de las herbolarias, u otros enfoques como los espirituales.(40) Esta conducta se aleja del enfoque occidental para el tratamiento de los pacientes aquejados por la artritis ‘basados en las evidencias’(41)

Hoy día en el marco de la economía global en el cual los pacientes son vistos como consumidores erróneamente, se añade un nuevo escenario en la demanda de ayuda y las formas de enfrentamiento ante el problema, pues los pacientes tienen la posibilidad de acceder a Internet y realizar exhaustivas búsquedas de información sobre sus síntomas, signos y enfermedades, así como de recibir orientaciones terapéuticas con la adquisición de productos y servicios a veces ofrecidos sin cumplimentar con toda la veracidad científica necesaria lo cual puede resultar nocivo para la salud y el desenlace de su enfermedad.(42)

En Cuba en general existe un eficiente control sobre estas formas de tratamiento no convencional, se utilizan bajo la orientación de facultativos que han estudiado y evaluado las potencialidades de estas terapias alternativas y sus prescripciones están basadas además en estrategias rigurosamente científicas, orientadas por las autoridades de salud, y no están reñidas con el seguimiento y la aplicación de técnicas y tratamientos convencionales de probada eficacia junto a dicho tratamiento de ser necesario.

En suma resulta evidente que las enfermedades reumáticas constituyen un gran grupo de padecimientos con una elevada prevalencia comunitaria en nuestro medio y la conducta de demanda de ayuda está orientada hacia la búsqueda de un profesional de la salud. Los pacientes suelen ser atendidos inicialmente por los médicos del nivel de atención primaria y evolutivamente son referidos a un centro de atención secundaria o terciaria acorde con las necesidades. No existe la tendencia a ser tratados por curanderos tradicionales obviando el consejo científico, lo cual probablemente esta en dependencia de los niveles educacionales y socioculturales que ostenta la población cubana, y la posibilidad de acceder a todos los niveles de salud sin limitante alguna y ser evaluado por un Reumatólogo que cuenta con el apoyo de un equipo multidisciplinario de salud.(43) La mayoría de los pacientes reumáticos con afecciones más graves o potencialmente discapacitantes, tienen una adecuada conducta de enfrentamiento ante el problema que representa su enfermedad y la carga que le impone en el orden físico, funcional y social. Un tercio aproximadamente sin embargo de universo no han logrado un adecuado nivel adaptativo. Se trata que desde el punto de vista emocional estos pacientes no han logrado aceptar una nueva situación que les impone la enfermedad y adaptarse aprendiendo a convivir con ella. Estos pacientes sufren significativamente pues no logran evitar que la enfermedad y sus consecuencias los sobrepase y arrolle psicológicamente, y por consiguiente no adoptan una postura de enfrentamiento y asumen medidas para superar la situación.

Resulta para esto difícil, desarrollar estrategias de ajuste

Nuevos estudios en este campo aún no completamente explorado están próximos a ser publicados. Consideramos que a partir de esta percepción del fenómeno, se deriven determinadas acciones como respuesta.

BIBLIOGRAFÍA.

- 1-Badley E. M, Thompson R.P, Wood PHN: The prevalence and severity of mayor disabling conditions: a reappraisal of the government social Survey on the handicapped and impaired in Great Britain. *Int J Epidemiol* 1978, 7 : 145-151.
- 2-Citera G, Martínez –Ozuna P, Cuellar M L, Espinosa L R, Clasificación y epidemiología de las enfermedades reumáticas. En Vidal Neira L. et al eds. *Bases y Principios en Reumatología*, 1993: 23-33
- 3-Bell M J, Bombardier C, Tugwell P, Measurement of functional status, quality of life, and utility in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1990; 33(4): 591-600
- 4-Morález Torres J.: Impedimentos a la calidad de vida por enfermedades reumáticas. *Rev Mex Reumat* 1995; 10: 67-68
- 5-Fries J F, Spitz P, Kraines R G, Holman H R. Measurement of patient outcome in arthritis . *Arthritis Rheum* 1980;23: 137-145
- 6-Arteaga B, Martínez Z-Cazares G L, Magaña Aquino M, González-Amaro R, Abud Mendoza C; Calidad de Vida , terapias alternativas y costos de las enfermedades y padecimientos reumatológicos crónicos. *Rev Mex Reumat* 1997; 12: 147-151
- 7-Eisemberg D M, Davis R B, Tegner S L, et al. Trends in alternative medicine used in the United States. 1990-1997. *JAMA*.1998; 280: 1569-1575
- 8-Reyes Llerena Gil A, Hernández Martínez A, Guibert Toledano M, González Otero Z, Méndez J. cols. Comportamiento comunitario en la búsqueda de ayuda y uso de terapia no convencional de afecciones reumáticas *Rev Colombiana de Reumatol* 1997; 6 (1): 23-29
- 9-Bennet K, Cardiel M H, Ferraz Bosi M, Riedeman P. Community screening for rheumatic disorders: Cross cultural adaptation and screening characteristic of the COPCORD Core Questionnaire in Brazil, Chile, and México. *J Rheumatol* 1997; 24(1): 160-168
- 10-Riedeman P: Community studies of rheumatic diseases. *Bridge Summer/Fall*. 1992. Foundation for health services research on Washington DC.
- 11-Muirden K D: The developing relations between the World Health Organization and the International League against rheumatism. *J Rheumatol* 1991; 18: 793-95
- 12-Wigley R, Manahan L, Muirden K D, et al. Rheumatic diseases in Filipine-Village. II a WHO/ILAR/APPLAR –COPCORD Study phase I and III. *Rheumatol Int* 1991; 11: 157-61
- 13-Wigley R: Prevention and rheumatic diseases. *J Rheumatol* 1993; 20: 605-606
- 14-Darmawan J, Muirden K D, Valkenburg H A, Wigley R. The epidemiology of Rheumatoid arthritis in Indonesia. *Br. J Rheumatol* 1993; 32: 537-40
- 15-Ibañez Bosch R, Garcarena Ezquerria L J, Rodríguez Sanz de Galdeano M, Sanduersada M. y cols: Estudio de la prevalencia de la Artritis Reumatoide en la población general del área sanitaria de Tudela. *Rev Esp. Reumatol* 1998; 25: 227-34
- 16-Martínez Sánchez F G, González Domínguez J, Amian M, Puntas M D, Salmoral A, Escudero A. y cols. Estudio de la prevalencia de la Artritis Reumatoide en un área de salud rural. *Rev Esp. Reumatol* 2000; 27: S179
- 17-Carmona L, Villaverde V, Hernández C, Ballina F J., Gabriel R, Laffón A. EPISER Study Group. The prevalence of Rheumatoid Arthritis in Spain *Rheumatol* 2001; 28: 18-25
- 18-Brighton S, W, De la Harpe A L, Van Staden D J, Badenhort J H, Meyers O L,. The prevalence of Rheumatoid arthritis in a rural African Population. *J Rheumatol* 1988; 15: 405-408
- 19-Symmons D. Ed. Epidemiology and health related services. *Current Opin Rheumatol* 2002; 14: (87-88).
- 20-Ernst E, Harmless Herbs. A review of the recent literature. *Am J. Medicine* 1998, 104: 170-178.
- 21-Ramos Remus C, Gutierrez Ureña S, and Davis P. Epidemiology of complementary and alternative practices in rheumatology. *Rheumatic*

- Diseases Clinics of North Am 1999; 25: 789-904
- 22-Ramos Remus C, Gámez Java J I, González López L and Suárez Almazar M E. Use of alternative Medicine in a consecutive sample of patients with Sistemyc Lupus Erythematosus. *J Rheumatol* 1997; 24: 2490-2491
- 23-Adebajo Adewale O, Colin G B, Davis E . C, et al. Rheumatology worldwide. *International Rheumatology*. In Klippel and Dieppe text Boock. London, 1995.
- 24-Liang M H, Larson M G, Cullen K E, Schwartz A: Comparative measurement efficiency and sensitivity of five health status instruments for arthritis research. *Arthritis Rheum* 1985, 28: 542-547
- 25-Riedeman P, Community studies of rheumatic diseases. Bridge Summer/ Fall, 1992. Foundation for health services research on Washington DC.
- 26-Reyes Llerena Gil A, y cols. Panorama actual y perspectivas de la enseñanza reumatológica en Cuba a las puertas del siglo XXI. *Rev Dolor* 1997; 12: 9-13
- 27-Eisemberg D, M, Kessler R C, Foster C, Norlock F E, Carkins D R, Del Banco T L, Unconventional medicine in the United states prevalence, costs, and patterns of use. *N Engl J Med* 1993; 328: 246-52
- 28-Brown J H, Spitz M, Fries J F: Unorthodox treatments in rheumatoid arthritis (abst), *Arthritis Rheum* 1980; 23: 567-568
- 29-Terry A, Croonan , Robert M, Kaplan, Linda Posner, Elaine Plumberg, and Franklin Kazin. Prevalence of the use of conventional remedies for arthritis in a metropolitan community. *Arthritis Rheum* 1989; 32: 12-17
- 30-Jensen G M. Promoting patient cooperation with exercise programs: linking research theory and practice. *Arthritis Care research* 1994; 7: 181-89
- 31-Wolf SL, Barnhart H, Kutner N G, et al. Reducing fragility and falls in older persons: an investigation of Tai-Chi and computerized balancing training. *J Am Geriatr Soc* 1996, 44: 489-97
- 32-Concensus Deveolpment Panel on Acupuncture. N I H. *Acupuncture JAMA* 1998; 280: 1518-1529
- 33-Sunshine W, Field T M, Quintino O. Et al. Fibromyalgia benefits from massage therapy and transcutaneous electrical stimulation. *J Clin Rheumatol* 1996; 2: 18-22
- 34-Mc Alindon T E,: Glucosamine and Chondroitin for treatment of Osteoarthritis : a systematic quality assessment and meta-analysis. *JAMA* 2000, 283: 1469-1475
- 35-Bowster D, Rigge M, and Snopp L. Prevalence of chronic pain in the British population: a telephone survey of 1037 household: *Pain Clin*, 4: 1991; 223.230
- 36-Price J H, Hillman K S, Toral M, E, Newell S: The publics perceptions and misperceptions of arthritis. *Arthritis Rheum* 1983; 26: 1023-1028.
- 37-Koshner I: Unproven remedies and diet treatments for arthritis . New York. Consumers Union 1985
- 38-Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M, Hernández Martínez A; *Dolor Reumático Consideraciones Clínico-terapéuticas* . Ed. CIMEQ, cap.15.1997. C. Habana Cuba.
- 39- -Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M, Hernández Martínez, González Otero Z, Varela Alcocer J, Cardiel M H. Prevalence of musculoskeletal complaints and disability in Cuba. A community study based study using the COPCORDS core questionnaire. *Clin Exp Rheumatol* 2000; 18: 739-742.
- 40—Edworthy S M,: Opportunities challenges and trends. *Lupus*; 1999; 8:596-605
- 41-Rao J K, Mijaliak K, et al., Uses of complementary therapies for arthritis among patients of rheumatologists. *Annals of Internal Medicine* 1999, 131 (6): 409-416
- 42-Edworthy S M, How important is patient self-management ¿ *Balliere's Clinical Rheumatology* 2000; 14: (4), 705-14
- 43—Reyes Llerena Gil A, Guibert Toledano M, Hernández Martínez et al: Rheumatology and care for the rheumatic diseases in cuba. *J Clin Rheumatol* 1999; 5: 289-92