

J

**ALGUNOS ASPECTOS
DE LA ENFERMEDAD REUMATOIDE**

— *Dr. Jesús R. Amado (hijo).*

N. de la R.: Médico recién egresado. Uno de los más brillantes alumnos que ha tenido la Universidad del Zulia.



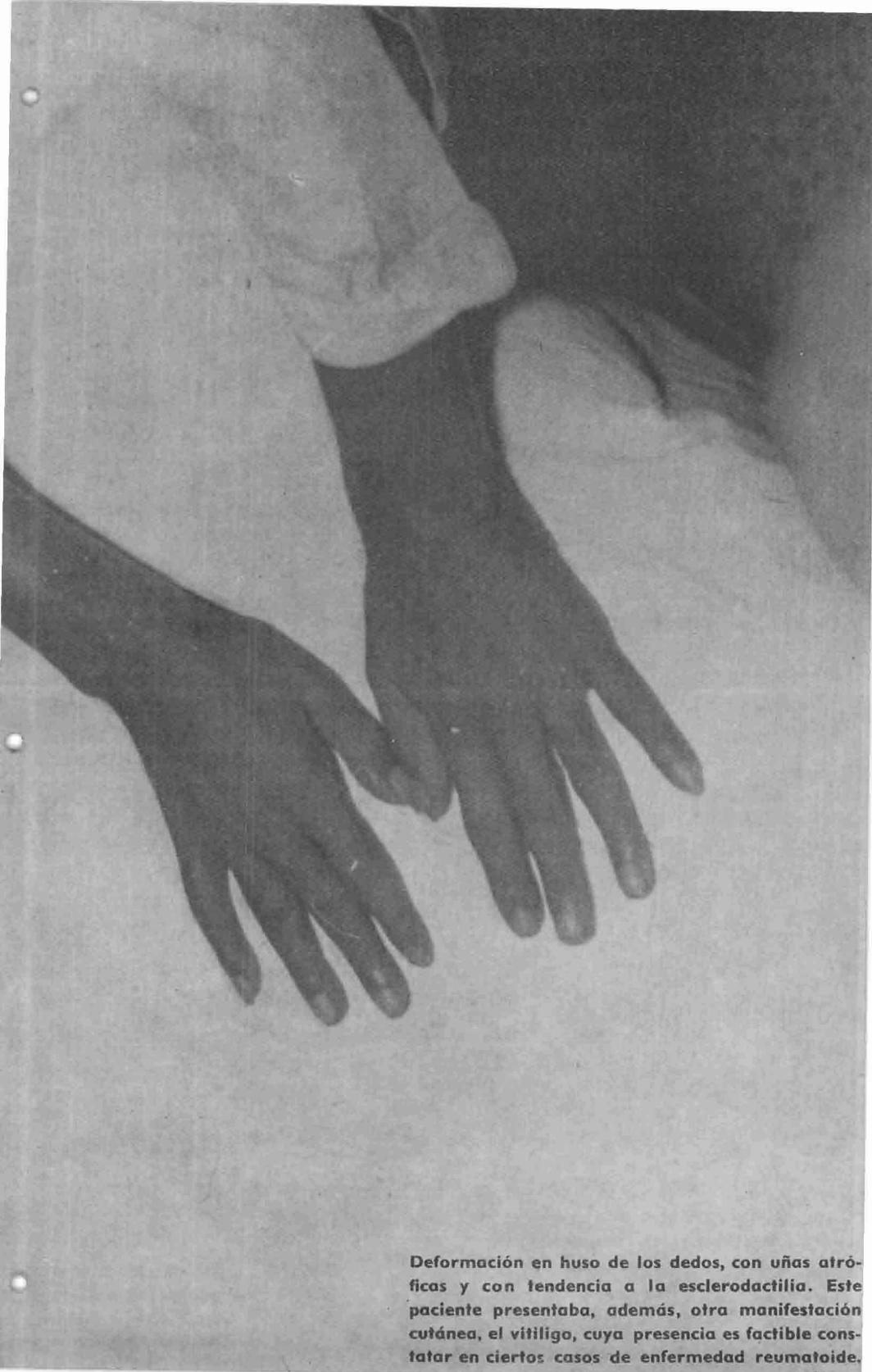
Tumefacción inflamatoria de las articulaciones interfalángicas proximales de la mano derecha.



Tumefacción inflamatoria de la rodilla derecha y de las articulaciones interfalángicas proximales de la mano del mismo lado.



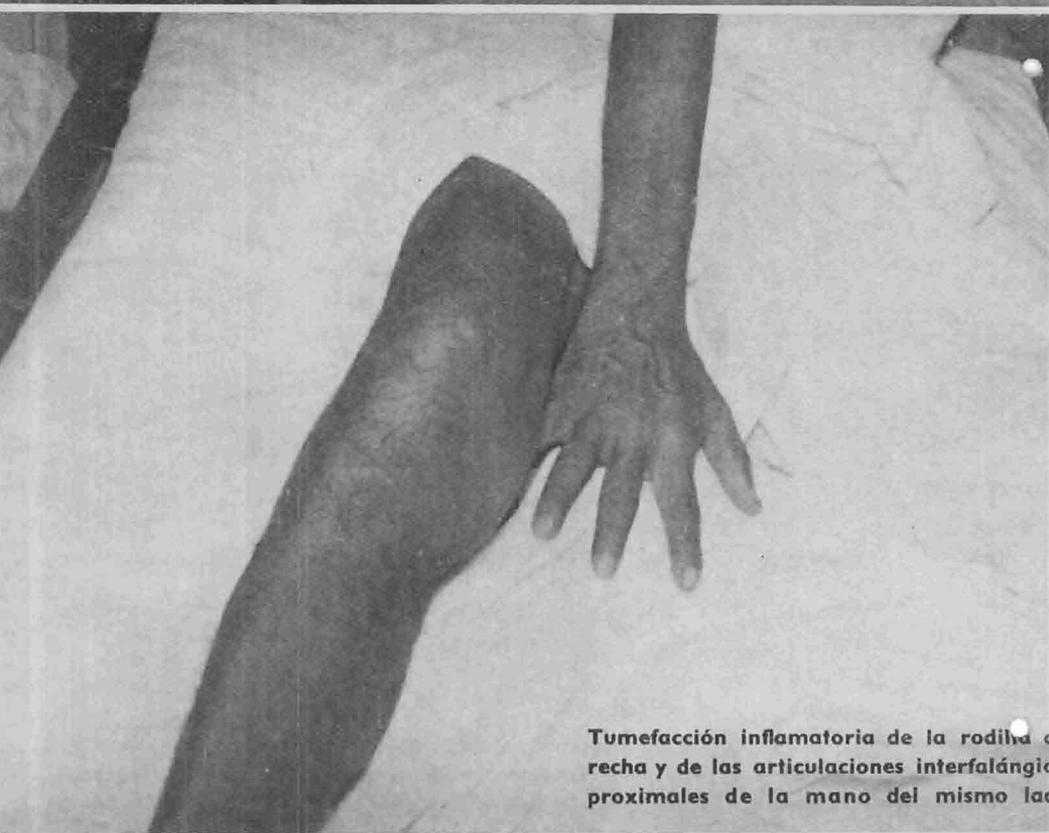
Desviación cubital de ambas manos en una paciente reumatoidea, produciéndose la deformación conocida con el nombre de mano en «caleta de focas» (coup de vent de los franceses).



Deformación en huso de los dedos, con uñas atróficas y con tendencia a la esclerodactilia. Este paciente presentaba, además, otra manifestación cutánea, el vitiligo, cuya presencia es factible constatar en ciertos casos de enfermedad reumatoide.



Tumefacción inflamatoria de las articulaciones interfalángicas proximales de la mano derecha.



Tumefacción inflamatoria de la rodilla derecha y de las articulaciones interfalángicas proximales de la mano del mismo lado.

Sinonimia. — Artritis reumatoide, poliartritis crónica, poliartritis crónica progresiva, artritis atrófica, artritis deformante, artritis crónica proliferante, artritis crónica evolutiva.

Definición. — La enfermedad reumatoide es una afección sistémica crónica, de etiología desconocida, caracterizada sobre todo por cambios inflamatorios a nivel de las articulaciones y atrofia y rarefacción ósea. En el comienzo de la enfermedad la sintomatología se manifiesta por una artritis migratoria con tendencia a la inmovilización articular, y en etapas avanzadas deja como secuela deformidades y anquilosis.

Concepto. — La enfermedad reumatoide no es una afección meramente articular, como se pensó hasta no hace muchos años, sino que se trata de una enfermedad sistémica generalizada del tejido conectivo; y como al parecer la sustancia más afectada de este tejido es el colágeno, no es de extrañar que muchos autores la incluyan entre el grupo amorfo de las discolagenosis. En efecto, las lesiones anatomopatológicas no se limitan al sistema articular, sino que se difunden a diversas partes del organismo, encontrándose alteraciones cardíacas, pulmonares, musculotendinosas, vasculares, nerviosas, etc.

Que es una enfermedad sistémica es evidente; que se la considere una afección del tejido conectivo es justificable, siendo éste el tejido lesionado con preferencia; y es por esa naturaleza sistémica que nosotros hemos utilizado la denominación de *enfermedad reumatoide*; y preferimos este término sobre cualquier otro de sus sinónimos, ya que estos últimos sólo hacen resaltar las manifestaciones articulares de dicha entidad clínica, ignorando en su definición el amplio concepto de una enfermedad orgánica de múltiples manifestaciones.

Epidemiología. — *Incidencia.* — La enfermedad reumatoide es una afección frecuente en los países de la zona templada, donde llega a constituir un

problema grave: individual, social y nacional. Se trata de una enfermedad deformante e incapacitante, con la particularidad de que los segmentos corporales más afectados son aquellos que realizan los movimientos más especializados y finos. El hombre o la mujer que la padecen están expuestos a perder los dos instrumentos naturales más útiles, las manos, dejando en su lugar verdaderas garras rígidas y atróficas, incapaces de cumplir a cabalidad las funciones que le son destinadas. Fácil es, sin duda, imaginarse la severidad del problema social que esta enfermedad acarrea, si se tiene en cuenta que en ciertos países, como Inglaterra y los Estados Unidos, la incidencia oscila entre un 2,5 a un 3 por 100, restándole un material de trabajo significativo a la nación, con todas las consecuencias que esto implica.

En los trópicos, la enfermedad está mal estudiada, y se considera que la frecuencia global de la enfermedad reumatoide es menor a la cifra ya mencionada; sucediendo, probablemente, lo mismo en Venezuela, sin que para ello podamos dar cifras al respecto, ya que no existen estadísticas nacionales que lo refieran. Tenemos la impresión de que en Maracaibo la incidencia es bastante baja; y aunque no nos es posible elaborar estadísticas grandes y exactas, remitimos los siguientes ejemplos: De 204 casos historiados en la consulta de Medicina Interna del Hospital Quirúrgico por el personal de Clínica Médica, solo encontramos un diagnóstico provisional de enfermedad reumatoide, y este diagnóstico no fue corroborado por radiología, puesto que la impresión radiológica fue la de una ósteoartropatía degenerativa.

Edad. — La edad más frecuente de comienzo para la enfermedad, en los Estados Unidos, oscila entre los treinta y cinco y treinta y nueve años. Las estadísticas españolas dan, más o menos, resultados parecidos. En nuestros casos — estudiamos 14 casos — encontramos extremos entre doce y cuarenta y cinco años, con un promedio de treinta y dos años.

Sexo. — Con respecto al sexo, de manera general se dice que la enfermedad es más frecuente en la mujer que en el hombre. Nosotros encontramos una frecuencia del 64,4 por 100 para el sexo femenino, o sea, una frecuencia mayor de 3 : 2 en la mujer para el hombre.

Clima. — La enfermedad es frecuente en países templados con climas húmedos y fríos. Es un hecho curioso que los síntomas articulares se agravan con la humedad y las temperaturas ambientales bajas, siendo una triste ironía el hecho de que muchos pacientes explotan su afección comentando su habilidad para pronosticar el tiempo. En aquellas regiones con cuatro estaciones, la mayoría de los casos comienzan a fines de invierno hasta la primavera. En Nueva York, es en el mes de marzo cuando se observa una incidencia notable en el comienzo de los procesos reumatoideos.

Herencia. — Descartando el medio ambiental común, se admite que existe una predisposición familiar a la enfermedad. Se han encontrado, en efecto,

familias de reumáticos y casos de enfermedad reumatoide en gemelos, especialmente monocigóticos, en los cuales incluso se observa una misma edad de comienzo para la afección. Se han llevado a efecto estudios sobre las reacciones serológicas en sujetos con esta enfermedad y en sus familiares; y Ziff, utilizando su método de inhibición de aglutinación, acusa un 20 por 100 de pruebas positivas en los familiares de primer grado, y solo un 4 por 100 de positividad en los casos de control. En nuestros casos nosotros encontramos cuatro casos de 14 con antecedentes de artritis familiares, lo que totaliza un 28,5 por 100 de frecuencia.

Cuadro clínico. — Es sumamente variado, ya que en algunos casos los síntomas son apenas molestos y en otros casos la evolución se presenta de una manera maligna y fulminante. Se pueden distinguir tres períodos en la enfermedad: el período prodrómico, el período de comienzo y el período de estado.

Período prodrómico. — Con frecuencia se observa que la sintomatología articular de la enfermedad va precedida, semanas, meses o años atrás, por un complejo sintomático constitucional, vago e impreciso, caracterizado por malestar general, astenia, anorexia y pérdida de peso. Otras veces el paciente refiere perturbaciones vasomotoras, parestesias o adormecimientos de manos y pies. Otro grupo de enfermos se queja de mialgias o artralgiás fugaces; y, por último, otros exhiben la tríada sintomática descrita por los holandeses, caracterizada por un temperamento vital sanguíneo, agresividad reprimida y narcisismo, constituyendo la llamada «neurosis pre-reumática».

Período de comienzo. — Se pueden distinguir dos formas: las formas agudas, menos constantes, y la forma insidiosa, mucho más frecuente. La forma insidiosa de comienzo: las manifestaciones articulares de la enfermedad reumatoide se inician usualmente de una manera insidiosa, y es muy frecuente que el paciente refiera que su enfermedad ha comenzado a raíz de un trauma físico o psíquico, alguna infección, enfriamiento o fatiga. De ordinario, el comienzo es monoarticular, con la articulación afectada bastante dolorosa; luego, de manera gradual, aparece la tumefacción articular, con todas las características de una flogosis local. La sintomatología general es discreta, y existe a veces un aumento moderado de la temperatura y taquicardia. Nosotros encontramos que en dos casos el enfriamiento desencadenó el proceso, y en dos casos fue una afección amigdalina.

De la forma aguda de comienzo, la aparición precoz de una tumefacción articular roja, caliente y muy dolorosa, puede prestarse a confusión con la fiebre reumática; pero en este caso, están ausentes las lesiones cardíacas y la otra sintomatología accesoria de esta afección.

Período de estado. — Se pueden distinguir manifestaciones articulares y extra-articulares. Las *manifestaciones articulares* se pueden sintetizar en la inflamación de la articulación; es decir: dolor, tumor, rubor y calor. Las articulaciones

más frecuentemente afectadas en nuestros casos son, en orden descendente de frecuencia, las siguientes: las articulaciones interfalángicas proximales de las manos, las rodillas, las articulaciones tibiotaláricas, los codos, las muñecas, las articulaciones metacarpofalángicas, los dedos de los pies y los hombros. La enfermedad tiene tendencia a atacar las articulaciones en forma simétrica, y a establecer, a la larga, una especie de migración, pero una migración lenta, distinta a la de la fiebre reumática, ya que en esta enfermedad reumatoide, una vez afectada una articulación, existe la tendencia a permanecer comprometida por semanas, meses y hasta años, siendo común que en cada brote agudo sigan lesionadas las articulaciones dañadas con anterioridad.

Se puede decir que, en general, la enfermedad se manifiesta por brotes agudos, seguidos por intervalos de remisión espontánea o inducida por algunos medicamentos; las remisiones se van haciendo cada vez más cortas, y la enfermedad va dejando a su paso secuelas generalmente articulares. Las secuelas de la enfermedad varían según se trate de una forma moderada o de una forma maligna. En la forma moderada existen contracturas, desviaciones. Las contracturas son generalmente de tipo espasmódico, y en este caso, al suprimir el factor espasmódico, cede la contractura. Las desviaciones son generalmente en las manos, desviaciones cubitales que son bastante frecuentes. En las manos, cuando existe contractura de los dedos índice y medio, queda una deformidad en flexión característica, la mano en embudo, ya que en ella toma la mano la forma de este instrumento. Cuando se ha producido la desviación cubital, entonces se produce la llamada «mano en aleta de foca». También existe la subluxación de los dedos, pero es menos frecuente que en la forma maligna de la enfermedad.

Con respecto a las *manifestaciones extraarticulares*, tenemos las manifestaciones constitucionales de la enfermedad. En nuestros casos encontramos, en orden descendente de frecuencia: anorexia, fiebre discreta, astenia, malestar general y pérdida de peso. Otra manifestación extraarticular son los nódulos reumatoideos de Meynet, que se localizan habitualmente en el tejido celular subcutáneo en la vecindad del codo, por debajo del olécranon o en la rodilla, pudiendo manifestarse también como pequeñas tumoraciones quísticas en el dorso de las muñecas, dedos o tobillos; su tamaño oscila entre unos milímetros y dos a cuatro centímetros de diámetro, y su frecuencia oscila entre el 10 y el 20 por 100.

Manifestaciones musculares: Son las contracturas y las atrofas. Las atrofas son más frecuentes en las formas graves de la enfermedad. Las manifestaciones tendinosas y de las bolsas serosas son las bursitis y las tendinitis, habiéndose descrito incluso casos de rotura tendinosa espontánea.

Manifestaciones cutáneas: La piel puede estar sudorosa y fría, especialmente en las extremidades, y sobre los dedos es posible encontrarla estirada

y brillante, a la manera de una esclerodactilia. En algunos casos hay lesiones de eczema, vitiligo, hiperpigmentación de la superficie cutánea que recubre las articulaciones, y pueden existir alteraciones similares al llamado eritema palmar hepático, a las psoriasis, y pueden haber ulceraciones en los miembros inferiores.

Manifestaciones oculares: En la forma moderada de la enfermedad son raras; pero en las formas graves pueden verse casos de iritis, escleritis, epiescleritis, que al progresar pueden conducir al cuadro denominado escleromalacia perforante.

Manifestaciones pulmonares: No existe un juicio exacto sobre las manifestaciones pulmonares que se presentan en la enfermedad reumatoide, ya que se han notado múltiples cambios patológicos en el pulmón, como lesiones pleurales, alteraciones que simulan una neumonitis o una fibrosis pulmonar intersticial difusa. Lo que sí se considera como asociación válida es el llamado síndrome de Caplan, que consiste en una asociación entre una enfermedad reumatoide y una fibrosis nodular difusa del pulmón en trabajadores de las minas de carbón.

Manifestaciones vasomotoras: Sudoración de pies y manos, parestesias, el fenómeno de Raynaud, etc.

En la enfermedad reumatoide de curso severo es donde mejor se evidencia la naturaleza sistémica de la enfermedad. Las manifestaciones articulares son más graves, las secuelas son peores, las desviaciones son más acentuadas, las contracturas se hacen permanentes por la atrofia muscular. Las desviaciones pueden, incluso, hacerse permanentes también, cuando a la anquilosis fibrosa se suma la anquilosis ósea. Existe un cuadro denominado «artritis mutilante», descrito en 1913 por Pierre-Marie, en el cual la alteración fundamental consiste en una deformidad severa de los dedos de la mano por osteolisis de las falanges terminales, acompañada a veces por atrofia y lisis de las falanges distales, dando origen a la así llamada «mano en forma de gemelos de ópera».

Con respecto a las manifestaciones extraarticulares en esta forma grave, severa, de la enfermedad, pueden existir manifestaciones cardiovasculares. Sin embargo, es confuso notar que las lesiones anatomopatológicas del corazón son muy frecuentes; en cambio, las manifestaciones clínicas son raras. A pesar de esto, algunos autores han descrito pericarditis e insuficiencia aórtica. Con respecto a las manifestaciones oculares, ya habíamos hablado sobre el cuadro denominado escleromalacia perforante, que es sumamente grave, y puede llevar a que el elemento pierda la visión. Las manifestaciones pulmonares en esta forma grave de la enfermedad son también más evidentes; puede aparecer incluso un síndrome de hipertensión pulmonar por una arteritis pulmonar concomitante.

Ya Ragan describió el cuadro de la artritis reumatoidea maligna con le-

siones valvulares y oculares graves y alteraciones pulmonares que semejan una neumonía atípica primitiva o remedan un síndrome de Hamman-Rich, y terminan estos cuadros en una amiloidosis renal fatal.

Exámenes complementarios. — Vamos a destacar las manifestaciones hematológicas. Se destaca sobre todo una leucocitosis en la fase aguda de la enfermedad, que puede — entre nosotros no lo encontramos sino en un caso — acompañarse de una desviación a la izquierda del contaje diferencial. La leucocitosis es discreta, la sedimentación está elevada en la fase aguda de la enfermedad y también se encuentra presente la proteína C reactiva.

Otra manifestación hematológica es la anemia. Se trata de una anemia secundaria, generalmente de tipo hipocrómico, resistente a la terapéutica con sales de hierro y aparentemente la médula ósea es incapaz de producir un número suficiente de glóbulos rojos, los cuales, por otra parte, tienen acortado su promedio de vida. La terapéutica, en estos casos, se hará a base de los esteroideos y transfusiones, ya que el hierro no tiene mucha utilidad. Nosotros encontramos, de los 14 casos de enfermedad reumatoide estudiados, nueve casos de anemia; siendo más frecuente la anemia macrocítica hipocrómica.

Las proteínas plasmáticas se dice que pueden estar alteradas con un aumento de las globulinas, sobre todo de la globulina alfa 2 y de la gamma globulina. Nosotros, en seis casos que pedimos proteograma, observamos solo una inversión del cociente albúmino-globulina, pero no se le pudo hacer la electroforesis.

El líquido sinovial de las articulaciones afectadas puede ser bastante patognomónico. Existe una turbidez y disminución de la viscosidad del líquido, disminución de su contenido en mucina, disminución del contenido en glucosa, especialmente en los casos crónicos y severos. Hay un aumento de las proteínas y un contaje leucocitario elevado, con cifras medias de 14.000 glóbulos blancos por mm³.

Las pruebas serológicas de la enfermedad, constituyen un capítulo de adquisición reciente y donde chocan opiniones contrarias. En el suero de pacientes con enfermedad reumatoide se constata, con cierta frecuencia, la presencia de una macroglobulina denominada factor reumatoide, que tiene una constante de sedimentación de 22 S, y que se desplaza con las gamma globulinas. Este factor reumatoide, esta globulina, es capaz de aglutinar cualquier suspensión homogénea de partículas previamente sensibilizadas o recubiertas por gamma globulina. Existen numerosas pruebas que tienen por objeto determinar la presencia del factor reumatoide: la prueba de Waaler-Rose, la prueba de Heller, la prueba del látex y la de la bentonita. La prueba del látex es la que nosotros utilizamos, por ser la más sencilla y la que está más al alcance del médico general, y no es necesario tener ninguna experiencia en técnicas de laboratorio. Nos da a nosotros una frecuencia de positividad del 41,6 por 100,

cifra bastante inferior a la de los otros autores, que ofrecen resultados del 60 al 90 por 100 de positividad.

Existe otro método, otra prueba serológica, en la enfermedad reumatoide: es el método de Ziff. Esta es una prueba complicada, que emplea la euglobulina en una reacción de difícil ejecución, para inhibir la aglutinación. Ziff basó su prueba en el hecho de que en el suero de personas normales había una sustancia capaz de inhibir la aglutinación de eritrocitos sensibilizados de oveja por el suero del paciente reumatoide. La especificidad de la reacción se basa en que la ausencia de este factor inhibitorio constituye un índice más sensible de actividad reumatoide que la presencia misma del factor aglutinante. Por otra parte, Grey ha demostrado que dicha sustancia inhibitoria no es exclusiva del suero sanguíneo, sino que está presente en otros tejidos del organismo: miocardio, pulmón, hígado, placenta, etc.

La mayor desventaja de las pruebas serológicas utilizadas en el diagnóstico de la enfermedad reumatoide es su falta de especificidad, arrojando resultados falsamente positivos en un porcentaje discreto de casos de lupus eritematoso diseminado, en algunas virosis, hepatopatías, sífilis, etc.; no obstante eso, recomendamos el uso de estas pruebas, sobre todo la del látex, en el diagnóstico de la enfermedad reumatoide, debido a su sencillez y su realización fácil, y por no existir hasta hoy ninguna prueba diagnóstica que se pueda decir patognomónica del proceso. Si la serología es negativa, no descarta la enfermedad; pero sabemos que una reacción positiva acompañada de algunos datos clínicos sugestivos puede confirmar el diagnóstico.

Las manifestaciones radiológicas se pueden esquematizar en tres períodos: precoz, intermedio y tardío, que corresponden a las distintas fases evolutivas de la afección, ya que los hallazgos radiológicos se equiparan frecuentemente con los síntomas clínicos. En el período precoz, la radiología es esencialmente negativa, ya que los cambios patológicos tienen lugar en la membrana sinovial; sin embargo, puede encontrarse evidencia de la inflamación de los tejidos blandos con infiltración de los elementos capsulo-sinoviales, para lo cual se necesita una radiografía muy blanda y la interpretación de un experto con muchos años de experiencia. Puede encontrarse un enturbiamiento de la médula ósea, originada por el edema periarticular y por el derrame articular, pero no hay nada constante. Generalmente, en un período precoz, el médico debe esperar; y casi siempre encuentra una radiología normal.

En el período intermedio, las manifestaciones más comunes son: presencia de irregularidades duras en las superficies articulares, estrechamiento de la interlínea articular y osteoporosis de predominio epifisario; puede aparecer una espícula en el límite del cartílago articular y puede haber presencia de lesiones quísticas subcondrales o corticales más pequeñas, sin embargo, que las observadas en la artritis gotosa.

En el período terminal, las lesiones encontradas son las siguientes: obliteración parcial o total de la interlínea articular, lesiones de anquilosis, osteoporosis marcada, y se pueden apreciar radiológicamente las secuelas de la enfermedad, manifestadas por desviaciones, sublujaciones, etc.

INTERVENCIONES

Dr. Montiel: ¿Es cierto que se han observado manifestaciones de espón-diloartritis?

Dr. Amado (hijo): En un caso había una discreta rigidez de la columna cervical y de la columna lumbar; pero radiológicamente no había nada patológico. Así es que no la pudimos encasillar dentro de las espón-diloartritis.

Dr. Montiel: ¿Qué relación hay entre la espón-diloartritis e insuficiencia aórtica y aortitis?

Dr. Amado (hijo): Se ha observado con frecuencia la coexistencia de insuficiencia aórtica con espón-diloartritis anquilopoyética; pero no sé si se podría decir que la artritis reumatoide dé también la aparición de un caso de insuficiencia aórtica.

Dr. Montiel: Hago la pregunta porque escuché una conferencia de un médico que tiene gran experiencia en espón-diloartritis, y él insistía en la frecuencia con que él había observado (en una casuística de miles de casos de una clínica especializada en artritis reumatoidea) la aortitis con insuficiencia aórtica. Eso me llamó la atención, y quería insistir sobre el punto de que, a pesar de que parece una cosa nimia dentro de lo grande, hay que resaltar el hecho de que no es una enfermedad local, sino que simplemente las manifestaciones articulares son manifestaciones locales de una enfermedad general.

Dr. Amado (hijo): Precisamente nosotros insistimos en el uso del término de enfermedad reumatoide, ya que es un proceso sistémico.

Dr. Avendaño: Yo desearía que usted nos hablara sobre el tratamiento de la enfermedad.

Dr. Amado (hijo): Se puede esquematizar bastante bien en siete puntos:

- 1.º Descanso.
- 2.º Dieta.
- 3.º Drogas.
- 4.º Fisioterapia.
- 5.º Psicoterapia.
- 6.º Ortopedia y cirugía.
- 7.º Rehabilitación en la tercera fase del tratamiento.

El descanso es importante y primordial, sobre todo en la fase aguda de la enfermedad; pero no debe prolongarse demasiado, ya que pueden favorecerse

la osteoporosis, la anquilosis y la deformidad. Mientras exista el proceso agudo debe hacerse el reposo en cama, en hospital preferiblemente; cuando el paciente pasa a la fase subaguda, en la que la fiebre ha descendido y ya puede caminar, entonces es preferible tenerlo en reposo relativo, y personalmente les aconsejo que se acuesten una hora después de cada comida, que no hagan ejercicios o trabajos manuales excesivos.

Con respecto a la *dieta*, no existe ninguna dieta específica para la enfermedad; pero estos pacientes, generalmente desnutridos, necesitan un suplemento dietético a base de proteínas, polivitamínicos, etc. Como siempre, o casi siempre, hay una anemia, es conveniente tratarle la anemia, según el tipo y según las medidas terapéuticas que se quieran emplear.

Las *drogas* se pueden clasificar en: analgésicos, esteroides, crisoterapia, antimonioterapia y drogas antipalúdicas. De los analgésicos, el ideal es el ácido acetil-salicílico; tiene el inconveniente de producir en una gran cantidad de personas intolerancia gástrica. En este caso nosotros lo sustituimos por cápsulas de piramidón y fenacetina con 250 miligramos de cada una, sin observar hasta ahora ningún efecto secundario. La butazolidina no la empleamos nunca. La codeína no hemos tenido necesidad de emplearla.

Los esteroides son muy buenos como agentes antiflogísticos, no detienen el proceso, como se observó en una paciente, que al comienzo de su enfermedad, cuando entró al hospital, no tenía ninguna manifestación radiológica, y a pesar de estar recibiendo esteroides diariamente, aparecieron cambios radiológicos característicos del proceso. Los esteroides sólo tienen como objeto mantener al paciente totalmente o casi asintomático, hasta que se induzca la remisión del proceso, bien sea espontáneamente o por otro medicamento.

La crisoterapia, o sea, el uso de las sales de oro, aunque no tiene una base científica sólida, es indudablemente bastante eficaz. No se conoce todavía el mecanismo de acción de las drogas, aunque se han expuesto diferentes teorías. Unos hablan de que producen insuficiencia hepática; otros hablan de que producen una reacción coloidal; otros dicen que inhiben los grupos enzimáticos sulfidrilos, pero no hay nada probado al respecto. Sin embargo, nosotros hemos observado que clínicamente sí inducen a una remisión clínica del proceso cuando ya se han dado 400 a 600 miligramos de la droga. El empleo de estas sales de oro debe ser hecho con cuidado, ya que son capaces de producir efectos tóxicos y efectos alérgicos y hasta anafilácticos, aunque nosotros no los hemos observado todavía.

De las drogas antimaláricas, quizá la que más se usa sea el fosfato de clo-roquina. Se usa por vía oral, a dosis progresivas, y también tiene efectos a largo plazo, con mejoría incluso de la osteoporosis y del estado articular en general.

También algunos autores han utilizado el antimonio, y parece ser, con resultados buenos. Se han utilizado otras drogas: el azufre, el cobre, el yodo, ve-

nenos de abejas; en fin, una infinidad de cosas que no tienen ningún fundamento científico y ninguna utilidad práctica.

Con respecto a lo demás, la *fisioterapia*, la *psicoterapia*, ya es un asunto del especialista, del fisioterapeuta, del psicoterapeuta. Yo no tengo ninguna experiencia al respecto, lo mismo que de *cirugía* y *ortopedia*.

Con respecto a la *rehabilitación*, es un punto muy importante. La rehabilitación se ha llamado la tercera fase del tratamiento. Primero, la curación del proceso agudo; luego, la convalecencia, y por último, la rehabilitación. Esta sólo se puede llevar a efecto en centros muy especializados donde hay un gran número de artríticos. Nosotros no tenemos esa gran incidencia; así es que no creo que llegue a ser necesario. Sin embargo, en estos centros prácticamente enseñan a los enfermos a caminar, a desenvolverse en la vida diaria, a contar monedas, etc. Es una fase muy importante en el tratamiento de la enfermedad.

Dr. Avendaño: En cuanto al reposo del período agudo de la enfermedad, ¿podría decirnos algo más?

Dr. Amado (hijo): Se han descrito algunas posiciones; en realidad, todo debe hacerse para evitar la anquilosis. La posición en semiflexión, con ejercicios moderados en cama, es probablemente lo mejor. No debe acomodarse en una sola posición la articulación por mucho tiempo. Incluso el reposo en cama, aun en la fase subaguda de la enfermedad, no debe prolongarse por más de un mes a mes y medio a lo sumo.

Dr. Avendaño: Con respecto al tratamiento quisiera decir algo. Como es una enfermedad crónica que tiene exacerbaciones y remisiones, hay que tener en cuenta que cuando se hace un tratamiento puede que la mejoría que experimente el paciente no sea debida al tratamiento, sino que sea sólo una remisión espontánea de la enfermedad.

En cuanto al tratamiento con cloroquina, creo que algunos autores tienen cierto reparo en su uso, por el efecto tóxico que trae y la intolerancia.

Dr. Amado (hijo): Yo no he observado ninguna intolerancia a la cloroquina y tampoco he sabido que haya una intolerancia que no sea gástrica; pero como se usa la droga en dosis progresivas de 250 miligramos, o sea, una tableta cada tres días por un mes, luego cada dos días por otro mes, y luego diariamente por tres o cuatro meses, prácticamente va, no sé, si acostumbrando al paciente a la medicación, y ya cuando se da la dosis final de dos tabletas diarias (500 miligramos) se observa una tolerancia bastante acentuada.

Dr. Avendaño: ¿Cuántos casos trató usted con cloroquina?

Dr. Amado (hijo): Cinco, y en ninguno de ellos observé intolerancia a la droga.

Dr. Avendaño: ¿Fueron tratados exclusivamente con cloroquina?

Dr. Amado (hijo): Unos recibían, además, esteroides; otros recibían oro concomitantemente.

Dr. Avendaño: ¿Cuánto tiempo después observó la remisión de los pacientes tratados con Aralén?

Dr. Amado (hijo): No podría decirlo, puesto que, como ya hice notar, no estaban recibiendo solamente Aralén. No sé cuánto de remisión pueda ser debido a las sales de oro y cuánto pueda ser debido a una remisión espontánea. En los casos en que hemos usado oro, sí la hemos observado después de varios meses, cuando han recibido de 400 a 600 miligramos.

Dr. Avendaño: ¿A qué atribuye usted el bajo porcentaje de positividad en la prueba del látex en las pruebas que usted hizo, en comparación con el porcentaje de positividad de otros autores?

Dr. Amado (hijo): Tengo la impresión de que el látex es más positivo en los casos graves, o mejor dicho, severos o moderadamente severos de la enfermedad; y casi todos los casos que nosotros estudiamos, con excepción de dos, fueron muy benignos, tan benignos que sólo con diagnóstico clínico, por alguna reacción sistémica o algunas modificaciones articulares, se podrían diferenciar de un reumatismo palindrómico.

Dr. Quintero: Con respecto a la cloroquina, sí se ha descrito toxicidad, sobre todo toxicidad ocular y hasta formación de cataratas. Se recomienda, pues, el examen al oftalmoscopio, para poder detectar posibles cataratas, cuando el paciente comience a presentar trastornos visuales, y creo que debería resaltarse el punto que mencionó el Dr. Amado sobre la fisioterapia, para evitar anquilosis.

Dr. Amado (hijo): La fisioterapia se puede hacer bajo la forma de calor, frío, de hidroterapia, climatoterapia y en forma de ejercicios. Quizá el calor (bajo la forma de calor húmedo o seco) es bastante importante, pero no se debe usar en las formas agudas de la enfermedad. En cuanto a la hidroterapia para evitar la anquilosis, creo que existen unos tanques, los tanques de Hubbard, que los usan para estos casos. Colocan al sujeto dentro de un recipiente de metal que contiene agua circulante, a la manera de un remolino, y que va ejerciendo un efecto más que todo tónico sobre la circulación, un efecto vasodilatador. En este caso, esa influencia del agua sobre las articulaciones produce vasodilatación y a la vez un efecto como de masaje muscular.

Dr. Quintero: Creo que sería algo de importancia práctica hacer una diferencia entre osteoartritis y artritis reumatoide, en forma esquemática.

Dr. Amado (hijo): En efecto. En primer lugar tenemos la edad de comienzo: la osteoartritis comienza entre la cuarta y quinta década de la vida, y hasta la sexta década, mientras que la enfermedad reumatoide es de la tercera década de la vida. Con respecto a la forma de comienzo, es insidiosa en ambas. Con respecto a las manifestaciones articulares, no se observa en la osteoartropatía degenerativa ninguna manifestación de tumefacción o inflamación articular; hay exclusivamente dolor. Signos articulares especiales en la

ósteoartropatía degenerativa son los nódulos de Heberden que se observan en las falanges distales. En cambio, los dedos fusiformes de la enfermedad reumatoide se deben a lesiones en las articulaciones interfalángicas proximales.

El cuadro clínico varía, ya que en uno hay una reacción sistémica, como lo es la enfermedad reumatoide, y en la ósteoartropatía degenerativa no la hay. Generalmente los pacientes reumatoideos son pacientes delgados, asténicos, desnutridos, todo lo contrario de los ósteoartríticos, que son pacientes obesos. Los exámenes complementarios: en la ósteoartritis no hay pruebas serológicas de floculación positivas, la velocidad de sedimentación puede estar normal y la leucocitosis y la anemia no se observan. En una enfermedad reumatoide sí hay una serología positiva, sedimentación elevada, leucocitosis y anemia secundaria.

Las manifestaciones radiológicas son distintas: en la enfermedad reumatoide, clásicamente hay una disminución de la interlínea articular, con borramiento, anquilosis, deformidades, cosa que no se observa en la ósteoartritis, sino más bien una condensación de las márgenes articulares con producción de osteofitos.

Dr. Montiel: ¿Qué efectividad se ha obtenido en fisioterapia con los baños de parafina?

Dr. Amado (hijo): Nosotros casi no utilizamos fisioterapia, por la dificultad del medio. En el hospital donde trabajamos no pudimos hacer fisioterapia; pero tengo entendido que los baños de parafina son buenos.

Dr. Montiel: ¿Usó en todas las oportunidades los esteroides combinados con sales de oro?

Dr. Amado (hijo): No en todos los casos los usamos combinados, aunque es preferible usar las dos cosas. En primer lugar porque el paciente se mantiene casi asintomático hasta que las sales de oro comienzan a hacer su acción, y en segundo lugar, quizá lo más importante es que se pueden prevenir algunas de las reacciones secundarias de las sales de oro por medio del uso de esteroides. Esas reacciones secundarias serían dermatosis exfoliatriz, reacciones anafilácticas y hasta un síndrome nefrótico.

Dr. Montiel: ¿Cuál es la dosis útil de las sales de oro?

Dr. Amado (hijo): Nosotros empezamos con 10 miligramos la primera semana, 20 miligramos la segunda, 20 miligramos la tercera, y de aquí seguimos con 50 miligramos semanales, hasta totalizar un gramo como dosis global. Cuando el paciente ya ha recibido unos 300 a 600 miligramos, comienza la remisión del cuadro, pero seguimos dando la droga hasta totalizar el gramo. Es quizá importante el hecho de que el oro actúa mejor en las formas de comienzo del proceso, cuando no se ha dado antes; una vez que se ha dado, el segundo tratamiento con oro es menos efectivo que el primero, y en todos nuestros casos siempre fué el primer tratamiento con oro que recibían.

Dr. Montiel: ¿Qué criterio sigue usted para evaluar los resultados en el tratamiento?

Dr. Amado (hijo): Si el sujeto acusa mejoría constitucional, ya se puede decir que hay una mejoría del proceso; si hay una mejoría de la sintomatología local articular, también podemos hablar de mejoría en el cuadro. Cuando hay remisión completa del proceso, lo llamamos mejoría acentuada. No podemos hablar de curación porque estos casos no curan.

Dr. Avendaño: ¿Tuvieron ustedes manifestaciones tóxicas en el tratamiento a base de oro?

Dr. Amado (hijo): No. Sólo en un caso observé una urticaria en un paciente que llevaba ya tiempo recibiendo oro; no sé si la urticaria fué debida al oro. De todas maneras mandé suprimir el oro del tratamiento y la urticaria cedió con antihistamínicos.

Dr. Quintero: ¿Podría decirnos algo sobre el tipo de oro que usaba y las precauciones que tomaba en su uso?

Dr. Amado (hijo): Nosotros usamos una sal oleosa de oro, la aureotioglucosa, en solución oleosa al 2 por 100; es el Solganal, que viene en frascos-ampollas de 5 c. c.; contiene 100 miligramos de la droga. La precaución que tomábamos siempre era vigilar el estado de la piel, preguntarle si no había habido alguna erupción, etc. En segundo lugar, hacer un examen de orina quincenalmente y un examen hematológico completo cada cuatro o seis semanas, por si existiera una anemia acentuada, una agranulocitosis, una trombocitopenia.

Br. Castejón: ¿Deben usarse los esteroides en la artritis reumatoide de comienzo?

Dr. Amado (hijo): Yo personalmente creo que los esteroides no se deben usar en todos los casos. Si se puede aliviar el paciente con salicilados, con piramidón, fenacetina, o cualquier analgésico que no sean los esteroides, es preferible hacerlo así. Mientras sea posible, nosotros recomendamos tratamiento de una semana a base de ácido acetil-salicílico a dosis progresivas; y si no tolera el ácido acetil-salicílico, entonces debe usarse el piramidón o fenacetina; y si ya con este tratamiento el paciente no mejora nada, entonces sí damos esteroides, y al usar esteroides es preferible asociarlos a otra droga que haga remitir el proceso.

Nosotros usamos, entre los esteroides, la dexametazona y la prednisona. Casi siempre la prednisona. Solamente utilizamos la dexametazona en dos ocasiones, y los pacientes nos referían que los aliviaba más la prednisona. La dosis de prednisona varía de 15 a 30 miligramos como dosis de comienzo, y después seguir bajando progresivamente la dosis hasta suprimirla por completo, o bien hasta darle dosis mínimas de mantenimiento, de 5 a 7,5 miligramos. La dexametazona la usamos a las dosis correspondientes.

Dr. Avendaño: Tengo entendido que entre los pacientes que usted trató existía una señora embarazada. Quisiera que nos hablara algo acerca del tratamiento que en ella se llevó y los cuidados especiales que requirió.

Dr. Amado (hijo): Fué un caso muy interesante. Era una señora que estaba embarazada y tenía un proceso reumatoideo. Ya de por sí esto es raro, ya que el embarazo, generalmente, disminuye o hace remitir el proceso. Comenzamos a tratarla con esteroides. No le quisimos dar oro por el embarazo. Los esteroides los comenzamos con dosis de 20 a 30 miligramos al día durante todo el embarazo. La paciente toleró los esteroides bastante bien, incluso sin llegar a tomar antiácidos, porque no le gustaban. Y llegó el momento del parto, y nosotros le inyectamos 100 miligramos de hidrocortisona endovenosa, para evitar cualquier posible hipofunción suprarrenal aguda. Sin embargo, se la inyectamos quizá sin haber sido necesario, ya que la tensión, el pulso y el estado general en el momento del parto fueron completamente normales. El puerperio también fue normal; el niño nació bien, pesando 3.600 gramos.

Dr. Quintero: ¿Usó siempre antiácidos cuando usaba esteroides?

Dr. Amado (hijo): Siempre los usé. Sólo en este caso, no, porque la paciente no toleraba los antiácidos, pues decía que le daban náuseas. Los antiácidos que utilicé fueron del tipo del trisilicato de magnesio con hidróxido de aluminio bajo la forma de gel.

Dr. Quintero: ¿Observó alguna toxicidad con los esteroides?

Dr. Amado (hijo): Ninguna. Solamente se quejaban de pirosis, y por eso usé antiácidos sistemáticamente.

Br. Castejón: ¿Cuál es la causa de que se incluya la artritis reumatoide dentro de las colagenosis?

Dr. Amado (hijo): Porque el tejido más afectado es el tejido conectivo, y dentro de él, el colágeno. Anatomopatológicamente, se observan lesiones de vascularitis, muy parecidas a veces a la poliarteritis nudosa y necrosis fibrinoide. Incluso los llamados nódulos reumatoides no son sino focos de necrosis fibrinoide central, alrededor de los cuales se reúnen en empalizada grupos celulares a predominio mononuclear. De tal manera que la lesión anatomopatológica es muy similar a la de otras enfermedades del colágeno.

Br. Castejón: ¿Existe alguna relación entre artritis reumatoide y lupus eritematoso?

Dr. Amado (hijo): La relación que pueda haber no sé en realidad cuál es. Ambas están incluidas dentro de las colagenosis, aunque el lupus eritematoso ya se incluye dentro de las enfermedades por autoinmunización. Sin embargo, se observa frecuentemente que en algunos pacientes reumatoideos y en algunos pacientes con lupus eritematoso hay una serología de floculación positiva. El porcentaje no es lo suficientemente alto como para hacer confundir estos procesos, pero pueden dar alguna confusión diagnóstica.

Dr. J. R. Amado (padre): Quisiera preguntar hasta dónde es posible relacionar en esta enfermedad las deformaciones articulares tan frecuentes que los ginecólogos contemplamos durante la menopausia, no en formas definidas de osteoartritis, sino, en realidad, formas tan parecidas a las descritas en la enfermedad reumatoide, que hasta hoy no sabemos si son enfermedad reumatoide evolucionando durante la menopausia o si son manifestaciones producidas por las disendocrinias evidentes de estos periodos. He oído decir, y me parece algo muy importante, de las mejorías que se observan en el embarazo en la evolución de la enfermedad. Quiero decir, pues, ¿serán las carencias hormonales de esta época, factores predisponentes a la involución de la enfermedad?

El otro punto que quería tocar, y me parece también muy importante, es la precaución tomada en esa mujer embarazada de ponerle la dosis masiva de esteroides, que parece que el Dr. Amado no la creyó necesaria. Sin embargo, las manifestaciones súbitas de la insuficiencia suprarrenal aguda no se anuncian por ningún pródromo, y es preferible estar ya listo. Nosotros tenemos un caso, afortunadamente salvado, de una señora que recibía esteroides, y que durante las manipulaciones de un curetaje tuvo una caída tensional a cero, prácticamente muerta, y salió de ese estado por tener a mano un corticoide que pudimos inyectar por la yugular; en esa forma la pudimos salvar. Esta señora, en realidad, no presentaba nada, y de pronto, en forma aguda, hizo la aparición ese cuadro.

El tercer punto que quería comentar es la falta de tratamiento fisioterápico y de rehabilitación, de que se carece. Creo que la argumentación expuesta por el Dr. Amado, de que nosotros no tenemos un gran porcentaje de enfermos reumatoideos, es poco sólida. Un paciente merece que se trate igual que cien pacientes. Pienso, pues, que él, ya que se está dedicando a esta especialidad, debe empeñarse en que estos pacientes reciban fisioterapia y rehabilitación.

Dr. Amado (hijo): Respecto al primer punto, existe en la menopausia una estrinoprivación, que puede acompañarse luego de una osteoporosis que puede agravar una osteoartritis preexistente. Puede también la menopausia, como factor de *stress*, desencadenar un proceso de enfermedad reumatoide, y existen casos, que antiguamente se conocían con el nombre de artritis menopáusica, que se conocen hoy con el nombre de osteoartritis primaria generalizada. La osteoartritis primaria generalizada parece que es un cuadro mixto con manifestaciones similares a la osteoartritis, a la osteoartropatía degenerativa y a la enfermedad reumatoide, con manifestaciones comunes a ambas.

En cuanto al segundo punto, sí es cierto que el *shock* suprarrenal se presenta de una manera brusca, y por eso, a pesar de que nosotros no observamos ninguna caída tensional, siempre inyectamos los 100 miligramos de hidrocortisona.

Con respecto al tercer punto, le doy a usted toda la razón. Todos los pacientes deben ser tratados.

Dr. Negrette: ¿Quisiera saber a qué dosis diaria y por cuánto tiempo daba usted el piramidón?

Dr. Amado (hijo): El piramidón lo dábamos combinado con fenacetina, a dosis de 250 miligramos de piramidón y 250 miligramos de fenacetina, cuatro veces al día; es decir, un gramo de la droga por el tiempo que juzgábamos necesario según el cuadro y su evolución. Una vez que el proceso remitía, descontinuábamos la droga, y no observamos ningún caso de agranulocitosis, que es una de las toxicidades más temidas de la droga. Yo he visto usar, sin embargo, el piramidón a todo el mundo; y me parece, que si existe agranulocitosis, esto debe ser una especie de reacción anafiláctica, ya que es una droga tan común que se encuentra en tantos preparados analgésicos que se usan diariamente, y, sin embargo, uno rara vez oye hablar de una agranulocitosis a piramidón.

Dr. Negrette: Precisamente por eso le preguntaba yo ese punto, porque hay algunos internistas de cierta reputación que hablan del piramidón con una fe absoluta y lo dan en grandes cantidades. Inclusive, ellos no hablan del piramidón como simple analgésico; le dan mayor alcance terapéutico, y lo consideran tratamiento, por ejemplo, del reumatismo articular agudo. Dice Dassen, que él ha usado piramidón por muchos años, y jamás se le ha presentado ningún caso de agranulocitosis.

Quería saber también si hubo algo en la fórmula leucocitaria de estos pacientes en relación con el proceso o el tratamiento.

Dr. Amado (hijo): Nosotros observamos simplemente una leucocitosis. No había una desviación a la izquierda; no había predominio de neutrófilos. La leucocitosis era discreta; no llegaba a pasar de 14.000.

Dr. Negrette: ¿Qué seguridad hay de que el piramidón no obra como droga de tratamiento, sino que es un simple analgésico?. ¿Por qué se le da al piramidón ese carácter secundario en el tratamiento?

Dr. Amado (hijo): Ese es un punto muy interesante, pues se podrían hacer ensayos terapéuticos a base de piramidón simplemente, sin dar esteroides. Nosotros nunca lo hicimos así; pero es un punto que vale la pena ser tenido en cuenta para un futuro.

Dr. Montiel: Quisiera saber si hay alguna relación de causa a efecto entre la artritis reumatoide y la psoriasis, o es una simple coincidencia.

Dr. Amado (hijo): La psoriasis se observa en algunos casos de enfermedad reumatoide, y un 8 a 10 por 100 de los pacientes con psoriasis desarrollan una artritis. Ahora, ¿es esta artritis una enfermedad reumatoide que coincide con una psoriasis, o es una artritis específica de la psoriasis?. Este es el problema que ha interesado a muchos reumatólogos y que recientemente parece haber

sido dilucidado. Parece que la artritis de la psoriasis tiene ciertas características individuales que la distinguen de la enfermedad reumatoide, sobre todo por las lesiones en las articulaciones falángicas distales que progresan a una osteolisis de dichas falanges distales; y en estos casos, se observa más que todo, una psoriasis de las uñas. Además, las reacciones serológicas son usualmente negativas y los nódulos subcutáneos son raros.

Es en realidad una artritis distinta. En la artritis de la psoriasis puede existir, o bien una enfermedad reumatoide que coincide con la psoriasis, o bien la artritis psoriásica específica. De manera, pues, que también la psoriasis es una enfermedad sistémica.

«La muerte es la única cosa más grande que la palabra que la designa».

«La Ciencia es más grande que todos los sistemas, y la Naturaleza, más grande que toda Ciencia».

J. R.