

GENERALIDADES EN REUMATOLOGIA

Dr. RAUL VEGA S.,
Profesor Agregado de Semiología.

La reumatología comprende el estudio de las enfermedades Reumáticas, considerando como tales, a todas las afecciones que determinan dolor y rigidez de alguna porción del sistema músculo-esquelético, incluyendo las enfermedades del tejido conectivo.

Al parecer, la historia de las enfermedades reumáticas es tan antigua como la de la humanidad misma. En efecto, ya en los esqueletos humanos de la edad de piedra, se ha comprobado la presencia de alteraciones óseas características de tipo involutivo, como las que determinan los reumatismos degenerativos. En los documentos de las civilizaciones Egipcia, Griega y Romana, se encuentran datos indicadores de que ya en aquel entonces las enfermedades reumáticas se hallaban muy difundidas.

El término "**Reumatismo**" es un vocablo derivado del griego "REO" que significa lo que "fluye" o "corre", porque se pensaba que había un humor o mucosidad fría que bajando desde el cerebro (se entiende la rinofaringe) fluía hacia las extremidades para

ir a localizarse en las articulaciones provocando inflamación e incapacidad.

El primero en usar el término "Reumatismo" fue BAILLOU en 1538-1616, para designar una forma especial de artritis aguda, diferenciando de la artritis úrica y consideró el "Reumatismo" como una unidad nosológica y enfermedad general.

Aunque obviamente la palabra no corresponde a la realidad, se conserva tradicionalmente porque fue el origen del interés por las enfermedades Reumáticas que todavía en nuestros tiempos son motivo de estudio en todos sus aspectos: etiología, patogenia, epidemiología, terapéutica, etc.

A fines del siglo pasado con el comienzo de la era bacteriológica e histopatológica, el reumatismo fue objeto de nuevos estudios encaminados a descubrir un agente causal bacteriano o viral. Si bien no ha sido posible descubrir un germen específico del Reumatismo, los conocimientos obtenidos en el campo bacteriológico, histopatológico y recientemente en el inmunobiológico y serológico, son de gran importancia para comprender la fenomenología de las afecciones reumáticas inflamatorias.

A comienzos del siglo XX, ASCHOFF y GEIPEL (independientemente uno de otro) comprobaron y describieron la presencia en los casos de Reumatismo Poliarticular agudo o Fiebre Reumática, nódulos histológicos característicos en el tejido conjuntivo perivascular del miocardio, en las válvulas cardíacas, en las capas subendocárdicas y subepicárdicas, en la adventicia de los grandes vasos, en el tejido periamigdalilar, en el tejido conjuntivo del cuello y en el tejido conectivo fibroso.

Hasta las sensacionales investigaciones de SELYE, HENCH, KENDAL, etc. en la patogenia del Reumatismo se daba más importancia a los mecanismos de tipo infeccioso, que a los de tipo endógeno-humoral, a pesar de conocerse la fundamental importancia de las funciones endócrinas.

Los factores hormonales explican también la distinta predisposición a enfermar según las edades, lo que caracteriza a las fases de cambios endócrinos: como la pubertad, embarazo, climaterio. Si bien es cierto que la patogenia del "Reumatismo

inflamatorio" no se puede explicar por medio de la teoría del "Síndrome de adaptación" de Selye, de todas maneras, ésta aportó nuevos puntos de vista en cuanto a la fisiopatología y evolución de estas afecciones.

Debemos reconocer que la Reumatología abarca muchas enfermedades que no están relacionadas con el concepto estricto de Reumatismo. Algunas de ellas son de naturaleza metabólica, otras de carácter degenerativo y en fin, algunas no son fáciles de incluir en algún grupo particular. Sin embargo, debido a que sus manifestaciones fundamentales se localizan en el aparato locomotor y en el tejido conjuntivo, esta característica se ha constituido en el denominador común a las enfermedades llamadas Reumáticas.

Abundando en lo anterior, tenemos que la Fiebre Reumática, la artritis Reumatoide, la espondilocartritis anquilosante y el síndrome de fibrositis se relacionan con concepto de "reumatismo". Por su parte, la gota es enfermedad metabólica, la osteoartritis es degenerativa, etc.

El término artritis significa inflamación articular, es decir, es un síntoma propio de cualquier enfermedad reumática inflamatoria. Sin embargo se ha hecho costumbre usar "artritis" como sinónimo de Artritis Reumatoidea. El término de "Fibrositis" se refiere a inflamación del tejido conectivo en cualquier localización, especialmente el situado alrededor de las articulaciones y/o cerca de músculos y tendones.

Aunque hay ciertas características geográficas en su distribución, las enfermedades reumáticas son universales.

Todas las estadísticas conocidas hasta la fecha coinciden en un concepto: las enfermedades reumáticas revisten una gran importancia tanto como índice de morbilidad como de incapacidad. Sus repercusiones sociales y económicas son muy grandes y a veces sorprenden por su magnitud.

Este conocimiento ha determinado que cada día se les dé más y más importancia a estos padecimientos y que se haya creado la Reumatología como una rama especializada y en auge creciente.

CLASIFICACION DE LOS PADECIMIENTOS REUMATICOS

Existe un sinnúmero de clasificaciones que hasta la presente pasan de 60, lo que indica que es difícil agrupar a las enfermedades reumáticas. Intentar una clasificación desde un punto de vista etiológico, es difícil, porque de la mayoría de las afecciones se desconoce su causa.

La clasificación basada en alteraciones anatomopatológicas (inflamatoria y no inflamatoria o degenerativa) resulta corta, puesto que el tejido conjuntivo no reacciona a los estímulos nocivos en igual forma e intensidad.

La diferenciación basada en caracteres clínicos falla porque mecanismos anatomopatológicos distintos pueden determinar un mismo cuadro clínico. La división en artritis aguda y crónica no es aceptada, ya que una artritis aguda puede pasar al estado subagudo o crónico y muchos casos de artritis crónica comienzan en forma aguda o están sujetas a exacerbaciones agudas.

Tomando en consideración los caracteres etiopatogénicos, anatomopatológicos, clínicos e inmunobiológicos la Asociación Reumatológica Americana, adoptó una clasificación con la cual se logra cierta uniformidad y se recomienda ceñirse a ella siempre que sea posible, la misma que, con ciertas modificaciones, es la que a continuación se presenta.

CLASIFICACION

1. Artritis producida por una infección específica:
 1. Seguramente: Piógena (cocos)
Brucelosis
Tuberculosis
Sífilis
Hongos
Virus.
 2. Posiblemente: Síndrome de Reiter (artritis, conjuntivitis, uretritis).

3. Secuela de una infección: Fiebre reumática.
- II. Artritis producida por hipersensibilidad a agentes externos:
 - A. Reacción a drogas.
 - B. Enfermedad del suero.
 - C. Púrpura anafilactoide.
 - III. Artritis de las enfermedades inflamatorias difusas del tejido conjuntivo, de etiología desconocida:
 1. Artritis reumatoide y sus variantes:
 - A. Enfermedad de Still o artritis reumatoide juvenil.
 - B. Síndrome de Sjögren.
 - C. Síndrome de Felty.
 - D. Asociada a: Psoriasis
Colitis ulcerosa y otros trastornos gastrointestinales.
 2. Espondilitis anquilosante.
 3. Enfermedades del tejido conjuntivo:
 - A. Lupus eritematoso sistémico.
 - B. Esclerosis sistémica progresiva (escleroderma).
 - C. Poliarteritis nodosa.
 - D. Polimiositis y Dermatomiositis.
 4. Reacciones granulomatosas:
 - A. Eritema nodoso.
 - B. Sarcoidosis.
 - IV. Artritis producidas por trastornos metabólicos o endócrinos:
 1. Gota.
 2. Ocronosis.
 3. Acromegalia.
 - V. Enfermedad articular degenerativa (osteoartritis, osteoartrosis, artrosis):
 - A. Generalizada.

- B. Localizada:
 - a. Hereditaria (nódulos de Heberden).
 - b. Secundaria (traumatismo o infección).
 - c. Secundaria a defectos mecánicos.

- VI. Artritis producida por trauma articular: artritis traumática:
 - A. Traumatismo directo.
 - B. Trastorno mecánico articular.
 - C. Menisco articular.

- VII. Arteriopatía neurogénica (Charcot):
 - A. Tabes dorsal.
 - B. Siringomielia.
 - C. Neuropatía diabética.
 - D. Lesión de nervios periféricos.
 - E. Lepra.

- VIII. Artritis producida por hemorragia intra-articular:
 - 1. Hemofilia.
 - 2. Traumatismo directo.

- IX. Neoplasias articulares:
 - 1. Quistes.
 - 2. Hemangiomas.
 - 3. Sinoviocimas.
 - 4. Sarcomas.
 - 5. Lipomas.
 - 6. Tumores de células gigantes.

- X. Artritis secundarias a lesiones óseas:
 - 1. Necrosis aséptica primaria.
 - 2. Necrosis aséptica secundaria:
 - A. Traumatismos.

- B. Lesiones vasculares.
- 3. Neoplasias óseas:
 - A. Primarias.
 - B. Secundarias (metástasis).
- 4. Osteocondromatosis.
- 5. Osteocondritis disecante.
- 6. Trastornos endócrinos de los huesos.

XI. Artritis diversas:

- 1. Síndrome hombro-mano.
- 2. Reumatismo palindrómico (hipersensibilidad).
- 3. Hidrartrosis intermitente.
- 4. Reumatismo psicógeno (artritis histérica).

XII. Entidades para-articulares:

Reumatismo no articular o síndrome de fibrositis:

- A. Tendonitis, tendovaginitis, tendosinovitis.
- B. Miositis.
- C. Bursitis.
- D. Periartritis.
- E. Paniculitis.
- F. Perineuritis.

En cuanto a la prevalencia de las enfermedades Reumáticas, estudios de población realizados en EE.UU. de Norteamérica, Inglaterra y Países Escandinavos, reportan que las enfermedades reumáticas ocupan el segundo lugar dentro de las enfermedades que determinan limitación de la actividad e invalidez, arrojando la cifra del 16%, siendo superada solamente por las enfermedades del corazón que representan el 17%.

En cuanto a la incidencia de los diferentes tipos de artritis, se considera que en la actualidad la mayoría de las personas que han superado la etapa media de la vida, se quejan de sufrimientos de tipo reumático determinadas por procesos degenerativos articulares; luego siguen las fibrositis, especialmente mani-

festándose con rigidez del cuello, de la región lumbar, hombros, o simplemente rigideces matinales de varios grupos musculares.

Las más comunes de entre las enfermedades reumáticas graves, son la Fiebre Reumática y la Artritis Reumatoide; siendo la Fiebre Reumática la causa de mayor mortalidad en la etapa infantil y de enfermedades cardíacas crónicas, disminuidas en la actualidad por las medidas preventivas. La artritis reumatoide comienza entre los 20 y 50 años de edad, y si bien no puede generalmente conducir a la muerte, es en cambio la de tipo invalidante por excelencia.

SIGNOS Y SINTOMAS MAS FRECUENTES Y COMUNES DE LAS ENFERMEDADES REUMATICAS

Entre los síntomas y signos más frecuentes y comunes de los padecimientos reumáticos tenemos:

1. —DOLOR.—El dolor del aparato músculo-esquelético es un síntoma y parámetro infaltable, a tal punto que el público ha hecho del dolor sinónimo de Reumatismo y al Reumatólogo se lo llama "el médico del dolor", ya que el dolor es lo que más perturba sobre los demás síntomas, resultando por tanto que su investigación e interpretación, es la clave de la anamnesis y exploración.
2. —Otras manifestaciones subjetivas son: la rigidez matinal y síntomas generales como fiebre, anorexia, astenia, debilidad, fatigabilidad, baja de peso, etc.

Entre los signos más comunes se citan:

1. —Alteraciones de color, consistencia y temperatura de las articulaciones.
2. —Tumefacción o hinchazón de las articulaciones, lo cual puede deberse a:

- a) Edema periarticular o edema difuso de los tejidos subcutáneos contiguos a la articulación.
- b) Por engrosamiento de la membrana sinovial o cápsula articular.
- c) Efusión o derrame articular, que no es sino el aumento de líquido sinovial que normalmente existe en una articulación.
- d) Por agrandamiento del hueso: (osteofitos, como se observa en los cambios degenerativos articulares u osteoartritis).

3.—Hipersensibilidad que puede ser localizada a un punto, o difusa a toda la articulación, el determinar el grado es importante.

4.—Crepitación al movimiento.

Los movimientos articulares normalmente son silenciosos, pero en determinadas condiciones, pueden aparecer ruidos que se clasifican en:

- a) **Chasquidos:** son ruidos altos que se presentan por la separación brusca de dos superficies articulares, por roce o enganchamiento de dos estructuras óseas, o pueden manifestarse también por la presencia de cuerpos libres intraarticulares, o extraarticulares.
- b) **Crujidos:** son ruidos de tonalidad baja, múltiples y audibles y se presentan en la osteoartritis, gota, etc.
- c) **Roces:** son ruidos débiles, prolongados y se manifiestan por roce de dos superficies rugosas y se presentan más frecuentemente por lesiones extraarticulares como en las vainas y tendones.

5.—Deformaciones producidas por traumatismo o destrucción, produciendo una verdadera dislocación o sub-luxación de los huesos articulados, así tenemos los nódulos de Heberden y Bouchard en las osteoartritis.

- 6.—Limitación de los movimientos que pueden ser: por traumatismo, derrame, espasmo, contractura de las formaciones periarticulares, fibrosis o anquilosis ósea.
- 7.—Cambios musculares, como debilidad muscular por gran actividad, por atrofia y acortamiento.
- 8.—Nódulos, como los nódulos reumáticos que son frecuentes de encontrar junto a los dedos, codos y rodillas. Los tofos en la gota.
Quistes sinoviales se presentan a menudo en las muñecas y ocasionalmente detrás de la rodilla (quiste de Baker).

Las enfermedades Reumáticas además de comprometer el aparato músculo-esquelético comprometen a casi todos los demás aparatos y sistemas del organismo en mayor o menor grado, determinando una sintomatología muy variada, siendo el sistema nervioso, la piel y anexos, el aparato cardiovascular, renal, respiratorio, ocular, digestivo, los más afectados. La gama de síntomas representan compromisos del tejido conjuntivo o conectivo, denominados conectivitis o enfermedades del tejido conectivo y que sólo por tradición se continúa llamándolos colagenosis.

EXAMENES DE LABORATORIO UTILIZADOS EN LAS ENFERMEDADES REUMATICAS

Entre los exámenes de laboratorio que suministran importantes datos para el diagnóstico de las afecciones reumáticas tenemos:

- 1.—Pruebas inespecíficas de inflamación.
- 2.—Pruebas específicas.
- 3.—Otros exámenes, en su mayoría corrientes en la clínica general, que en un momento dado pueden ser muy útiles.
- 4.—Examen del líquido articular.
- 5.—Examen histopatológico de piezas obtenidas por biopsias.

Pruebas inespecíficas de inflamación:

La presencia de un proceso inflamatorio determina alteraciones en el equilibrio de las proteínas plasmáticas, tanto más acentuadas cuanto más intensa y difusa sea la inflamación. Estas alteraciones representan el fundamento fisiopatológico de algunas pruebas que dentro de ciertos límites, detectan la existencia de una enfermedad inflamatoria, si bien raramente informan sobre su causa o naturaleza íntima; además, sirven hasta cierto punto, para valorar la magnitud del proceso y seguir su evolución.

Estas pruebas son:

La velocidad de sedimentación globular, Proteína C reactiva, Mucoproteínas, Proteínas y su fraccionamiento, Electroforesis e inmunoelectroforesis.

Pruebas de especificidad:

- 1.—Determinación de anticuerpos para el estreptococo hemolítico en el diagnóstico de la Fiebre Reumática.
- 2.—Determinación del Factor Reumatoide y Prueba del Látex en la Artritis Reumatoide.
- 3.—Determinación del ácido úrico en la sangre para el diagnóstico de la gota.
- 4.—Determinación del fenómeno L.E., Anticuerpos antinucleares, complemento hemolítico en el diagnóstico del L.E.S.
- 5.—Determinación de enzimas en las enfermedades musculares.
- 6.—Determinación de la calcemia, fosforemia y fosfatocemia en algunas enfermedades óseas.
- 7.—Otras pruebas, entre las que se encuentran las reacciones de seroaglutinación para Bruselosis.—La fijación del complemento y la prueba de Coombs para anticuerpos incompletos, siendo positiva con frecuencia en las enfermedades de tipo inmunológico.

Los hemocultivos pueden ser positivos en las artritis sépticas.

La oocronosis se reconoce por la existencia en la orina del ácido homogentísico, que reduce el reactivo de Fehling y el nitrato de plata amoniacal.

Las artropatías tabéticas y otras formas de lúes osteoarticular, se confirman por las pruebas serológicas.

Las enfermedades del tejido conectivo dan reacciones falsas positivas.

Las pruebas de función renal son muy útiles en la gota, L.E.S. y poliarteritis nodosa.

Los otros exámenes corrientes en la clínica general sirven para complementar el diagnóstico.

Luego tenemos el examen del líquido sinovial que ayuda para el diagnóstico diferencial de ciertos tipos de artritis.

El examen histopatológico de piezas obtenidas por biopsia ha tomado en los últimos años una importancia grande, éstas comprenden biopsias de hueso, músculo, sinovial, piel, tejido celular, riñón, bazo, recto, pulmón, etc.

La exploración radiológica es de gran importancia para el diagnóstico de las enfermedades reumáticas, si bien este método debe figurar al término y no al principio. Este método es útil sobre todo para el diagnóstico diferencial, para el diagnóstico de exclusión de determinados procesos patológicos localizados dentro o fuera del aparato locomotor y para la diferenciación de los diversos tipos de enfermedades reumáticas.

Ultimamente han venido a prestar un valioso contingente en el diagnóstico de los reumatismos, los estudios centelleográficos con isótopos radiactivos.

De acuerdo a las manifestaciones clínicas, a los resultados de laboratorio y gabinete, la escuela norteamericana ha elaborado una serie de criterios o elementos diagnósticos, los mismos que se dividen en mayores y menores, siendo muy útiles especialmente en estudios de población.

En la Fibre Reumática:

Criterios Mayores: artritis
carditis
corea

nódulos subcutáneos
 eritema marginado.
 Criterios Menores: fiebre
 dolor abdominal
 dolor precordial
 epistaxis
 aumento de la eritrosedimentación
 proteína C reactiva positiva
 títulos elevados de antiestreptolisinas.

Cuando en un paciente se observan 3 o más elementos mayores, el diagnóstico de Fiebre Reumática es seguro; si hay 2 elementos mayores y 2 menores, o bien 1 mayor y 3 menores, el diagnóstico se considera probable.

Para la Artritis Reumatoide la ARA ha propuesto 11 elementos o criterios con los cuales se puede establecer el diagnóstico de artritis reumatoide con posibilidad, probabilidad o seguridad. Ellos son:

1. —Rigidez subjetiva matutina.
2. —Dolor al movimiento en una articulación.
3. —Filogosis articular en un segmento, por no menos de 6 semanas.
4. —Filogosis de otra articulación en un período no mayor de 3 meses.
5. —Artritis simétrica.
6. —Nódulos subcutáneos.
7. —Cambios radiográficos típicos.
8. —Prueba del factor reumatoide positiva.
9. —Precipitado pobre en mucina en el líquido sinovial.
10. —Cambios histológicos reumatoides en la sinovial.
11. —Cambios histológicos típicos en los nódulos.

Si se reúnen 7 elementos en un paciente y éstos persisten por 6 semanas, estamos frente a la artritis reumatoide clásica. Si se satisfacen sólo 5, se trata de artritis reumatoide definida. Si son sólo 3, se habla de diagnóstico probable de la enfermedad

y si sólo hay 2 elementos de criterio, se dirá que existe la posibilidad del padecimiento.

En la gota también tenemos criterios mayores y menores, aunque no aceptados por la Escuela Americana, y que son:

Mayores:

- 1.—Tofo urático demostrado física y químicamente.
- 2.—Demostración de cristales uráticos especialmente en líquido articular.
- 3.—Ataque típico en el dedo gordo del pie.

Menores:

- 1.—Prueba de la colchicina positiva.
- 2.—Ataque típico en otras localizaciones.
- 3.—Litiasis renal urática.
- 4.—Imágenes radiológicas características de la gota.
- 5.—Hiperuricemia. (Se habla de hiperuricemia cuando se encuentra la cifra media normal más 2 desviaciones standard, o sea 7 mg% en el hombre y 6 mg% en la mujer).

Para diagnosticar a un enfermo como gotoso precisa que presente por lo menos 1 criterio mayor o 3 criterios menores.

Se ha tratado también de establecer criterios diagnósticos para el L.E.S., pero dada la variedad de manifestaciones multisistémicas no han sido aceptados por las asociaciones reumatológicas, debiéndose hacerse el diagnóstico basándose en las manifestaciones clínicas y de laboratorio más frecuentes.

TERAPEUTICA ANTIRREUMATICA

Los recursos de que dispone la terapéutica antirreumática basada en criterios fisiopatológicos pueden dividirse, atendiendo al mecanismo de acción, en los siguientes grupos:

- 1.—Tratamiento de los focos infecciosos mediante quimioterápicos o antibióticos, o por extirpación quirúrgica de los mismos (artritis infecciosas específicas, en la Fiebre Reumática) pero en este caso la extirpación de focos infecciosos no influye

sobre el proceso en curso, pero es de importancia para prevenir las recidivas.

2. —Terapéutica física o fisioterapia que utiliza la energía mecánica, térmica, eléctrica y radiante, para actuar sobre determinados procesos patológicos con resultados bondadosos especialmente cuando han entrado en la cronicidad.
 3. —La radioterapia, si bien, no ofrece resultados como el anterior, está indicada en varios procesos, obteniéndose buenos resultados especialmente en la espondilitis anquilosante, en las fibrositis y en los procesos degenerativos localizados.
 4. —Tratamientos ortopédicos y quirúrgicos, como inmovilización de la articulación mediante vendajes, férulas, corrección de posiciones defectuosas de los huesos que forman las articulaciones mediante diversos métodos de enderezamiento.
- Las intervenciones quirúrgicas están encaminadas a suprimir el dolor y lograr la corrección ortopédica de las posiciones defectuosas y últimamente la cirugía reconstructiva está haciendo mucho para la rehabilitación funcional y estética de la artritis reumatoide. En este campo se incluye también la cirugía cardíaca.

FARMACOTERAPIA

Hasta el momento no ha sido posible reemplazar o substituir la medicación salicílica, al contrario cada día se usa más, por ser de todos los antiinfeumáticos, la más inocua y de magníficos resultados; así el ácido acetil-salicílico sigue siendo el medicamento de elección en la Fiebre Reumática, la terapia de base de la artritis reumatoide, así como casi de todos los demás padecimientos reumáticos.

Existen reportes últimos sobre el mecanismo farmacológico de los salicilatos, indicando que al igual que los corticoesteroides son estabilizadores de la membrana lisosomal, así como también se han reportado casos de insuficiencia suprarrenal con terapia prolongada.

El grupo de las pirazolonas, entre las cuales tenemos a la

fenilbutazona, la oxiifenbutazona, la sulfonpirazona, que tiene sus indicaciones y contraindicaciones precisas, deberán ser manejadas con cuidado, aunque son muy beneficiosas en determinados tipos de reumatismos.

La Indometazina, halla su indicación precisa, en el ataque agudo de la gota, estando prescrita también en otros tipos de reumatismos.

Los ácidos Mefenámico y Flufenámico están siendo empleados con buenos resultados siempre y cuando no existan contraindicaciones.

Los corticoesteroides constituyen una arma poderosa en Reumatología, pero merece tenerse presente que, perteneciendo al grupo de las drogas que salvan y prolongan la vida, pero que también aceleran la muerte, tendrán que ser manejados bajo conocimiento de sus acciones farmacológicas por las reacciones iatrogénicas.

La más empleada es la prednisona para control sistémico, y la metil-prednisolona para acción local o intraarticular según los reportes de Hollander y col., pero puede emplearse también cualquiera de los derivados, a las dosis correspondientes. Su acción farmacológica hasta cierto punto inespecífica (antiinflamatoria, antialérgica, analgésica) se cree que actúa también estabilizando la membrana lisosomal.

La crisoterapia o auroterapia prolongada está indicada en el tratamiento de la artritis reumatoidea siguiendo las normas establecidas para su uso y previa valoración del estado y grado de la artritis reumatoide, así como también previo control de los órganos donde ejerce su acción tóxica. Se cree que su acción antiinflamatoria la ejerce inhibiendo la actividad enzimática intralisosomal. El más usado es el Thiomallato de oro.

Los antipalúdicos de síntesis, como el clorhidrato de amodiaquina, el fosfato de cloroquina, el sulfato de hidroxicloroquina, etc. están indicados también en la Artritis reumatoidea, espondilitis anquilosante, L.E.S. con la circunstancia que actúan por acumulación y existe el peligro de que a la larga produzcan lesión irreversible del nervio óptico; su acción es también estabilizadora

de la membrana lisosomal. Deberán administrarse por largo tiempo, viéndose sus resultados sólo después de varias semanas o meses.

Los inhibidores enzimáticos, entre los que tenemos a la Hidroxi pirazolo pirimidina o HPP o Allopurinol que bloqueando la monoxantina oxidasa impide en la etapa final del metabolismo de la purinas, que la xantina se transforme en ácido úrico, siendo su indicación precisa en la gota primaria.

La isocarbozaida bloqueadora o inhibidora de la monoamino oxidasa, es usada con resultados dudosos en la esclerosis sistémica progresiva o esclerodermia.

Entre los fármacos de acción inmunodepresora y citotóxicos empleados en reumatología tenemos: el Azathioprine, 6-mercaptopurina, ciclofosfamida, metotrexate y las mostazas nitrogenadas, estas últimas con el fin de producir sinovectomías químicas con este mismo fin merece indicarse sin que pertenezca al grupo de los inmunodepresores, el oro radiactivo 198.

La anestesia terapéutica y de terapia refleja, segmentaria y neural, se utiliza para suprimir los fenómenos dolorosos locales y espasmos musculares y vasculares, por medio de los siguientes métodos:

- 1.—Anestesia local por infiltración.
- 2.—Anestesia de conducción.
- 3.—Anestesia peridural o epidural.
- 4.—Anestesia paravertebral y bloqueo simpático.

Por otra parte no debemos olvidar que en reumatología también se utiliza la medicina psicosomática, puesto que los factores somático y psíquico en la génesis de las perturbaciones funcionales, tisulares y orgánicas, es importante en las enfermedades reumáticas. El poner una inyección de ánimo y esperanza, añadiendo la confianza que se brinda a un paciente, será el mejor tratamiento que el médico puede ofrecer.

Entre los psicofármacos que se utilizan tenemos los tranquilizantes, neurolépticos y psicoanalépticos.

El tratamiento dietético está orientado especialmente en la

gota, el paciente gotoso está condenado a llevar mientras viva, una dieta pobre en purinas.

En los otros tipos de reumatismos, no se tiene una dieta especial, solamente estarán contraindicados los alimentos irritantes gástricos, por la medicación que los pacientes llevan tomando por mucho tiempo.

Las medidas profilácticas en los reumatismos, sólo son aplicables a la Fiebre Reumática en forma de terapia antiestreptocócica; actualmente se está trabajando en el campo inmunológico en la elaboración de vacunas específicas. Por otro lado, las artrosis se pueden prevenir por medio del tratamiento precoz adecuado de las alteraciones del aparato locomotor que predisponen a la degeneración articular.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. FOSDICK, W.M.: Terapéutica citotóxica de la Artritis Reumatoide. CLIN. MED. DE NORTEAMERICA, 747-757, 1968.
2. HOLLANDER, J.L.: "Arthritis and Allied Conditions", 7ª ed., Filadelfia, Lea & Febiger, 23-32, 1966.
3. KATONA, G.: Bases Diagnósticas de la Artritis Reumatoide, en ROBLES GIL, J. y col. Actualidades en Reumatología.—México, Editorial Interamericana, S.A., 78, 1964.
4. MINTZ, G., FRAGA, A. y col.: Simposium sobre "Enfermedades Reumáticas", México, 10-12, 16-17, 21, 1965.
5. PERSELLIN, R.H.: Papel de los lisosomas en la patogenia de la Artritis Reumatoide. CLIN. MED. DE NORTEAMERICA, 635-641, 1968.
6. RODRIGUEZ, H.M.: La Artritis Reumatoide y su Terapéutica, en ROBLES GIL, J. y col. Actualidades en Reumatología.—México, Editorial Interamericana, S.A., 93-96, 1964.
7. ROTES-QUEROL, J., LIENCE, E. y ROIG ESCOFET, D.: "Semiología de los Reumatismos", Barcelona, Espaxs, 35-53, 223-259, 1965.
8. ROTES-QUEROL, J. y MUÑOZ GOMEZ, J.: "La Gota", Barcelona, Toray, S.A., 3-5, 1968.
9. SHULMAN, L.I. y BUNIM, J.J.: Padecimientos de las Articulaciones, en HARRISON, T.R. y col. "Medicina Interna", 3ª ed. en español, traducida de la 4ª ed. en inglés (Principles of Internal Medicine).—México, La Prensa Médica Mexicana, 1898-1920, 1965.
10. von WERNER MOLL, V.: "Compendio de Reumatología", ed. en español, traducida de la obra original, Kompendium Der Rheumatologie, Barcelona, Toray, S.A., 2-5, 26-90, 1965.