

IMPACTO ENDOCRINOLOGICO DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS

Nueva York, EE.UU.

El autor describe algunas alteraciones reumáticas que pueden sugerir endocrinopatías subyacentes y discute el impacto endocrinológico de las patologías reumáticas.

Postgraduate Medicine 111(4):87-92, 2002

Autor:

Lockshin MD

Institución/es participante/s en la investigación:

Hospital for Special Surgery, Nueva York, EE.UU.

Título original:

[Endocrine Origins of Rheumatic Disease. Diagnostic Clues to Interrelated Syndromes]

Título en castellano:

Origen Endocrino de las Enfermedades Reumáticas- Claves Diagnósticas en Síndromes Interrelacionados

Introducción

Las enfermedades endocrinas a menudo son causantes de dolor musculoesquelético. Es más común la afección de los músculos, nervios, tendones y huesos que de las articulaciones. Por lo general, las manifestaciones endocrinológicas son insidiosas y generalizadas. Los cambios recientes en el peso y las alteraciones menstruales, de la piel, cabello o de la libido pueden ser elementos importantes en el diagnóstico. Cada endocrinopatía principal se asocia con un patrón definido de afectación musculoesquelética.

Diabetes mellitus

Los pacientes con diabetes tipo 1 o 2 pueden desarrollar tendinitis flexora palmar que da lugar a la contractura de Dupuytren. En esta entidad el tendón fibrótico se palpa fácilmente en la palma, cercano a la articulación metacarpofalángica del dedo afectado. Habitualmente se ven comprometidos el dedo anular y medio. Un nódulo aislado en el tendón flexor es una manifestación precoz de la contractura de Dupuytren. La reparación quirúrgica se asocia con recuperación.

Otra manifestación reumática en la diabetes es la tendinitis flexora de manos que afecta a sujetos con diabetes tipo 1 grave de larga data. La condición se asocia con una fascitis palmar más generalizada que origina contracturas leves en flexión de todos los dedos. La apariencia de la mano puede simular esclerodermia.

Aunque no hay tratamiento eficaz, los ejercicios en extensión pueden ser útiles.

Por razones desconocidas, los individuos con diabetes tienen mayor predisposición a desarrollar el síndrome del túnel carpiano y condrocalcinosis. La hiperostosis esquelética idiopática difusa es la calcificación indolora del ligamento vertebral longitudinal anterior; debido a que causa rigidez marcada, puede confundirse con espondilitis anquilosante. Este síndrome se observa generalmente en pacientes con diabetes tipo 2. Aunque no es tratable, a veces es necesaria la remoción quirúrgica de las masas óseas. El hombro congelado (capsulitis adhesiva) ocurre con mayor frecuencia en enfermos con diabetes, pero también es muy común en la población general.

Los pacientes con diabetes grave a veces tienen escleredema con induración e infiltración de la piel que simula esclerodermia. El escleredema no se asocia con fenómeno de Raynaud ni con la presencia de anticuerpos antinucleares. El control estricto de la glucemia mejora la manifestación. En sujetos con diabetes grave puede desarrollarse artropatía de Charcot; en la cual las articulaciones suelen presentar microfracturas y destrucción, con esclerosis importante. La neuropatía diabética, muy frecuente, es causa de la falta de reparación de las fracturas.

Hipotiroidismo e hipertiroidismo

Las mialgias y artralgias pueden aparecer en sujetos en transición a eutiroidismo (previamente hipo o hipertiroides).

El síndrome del túnel carpiano a menudo se desarrolla en pacientes con hipotiroidismo. La elevación de la creatín fosfoquinasa es tan común que el hallazgo obliga a realizar un estudio tiroideo. La condrocalcinosis y pseudogota también son más frecuentes en pacientes con hipotiroidismo crónico.

Al contrario del mixedema, el hipertiroidismo grave puede ser causa de debilidad muscular importante. La miopatía es proximal, no se acompaña de elevaciones de la creatín fosfoquinasa y remite cuando el enfermo alcanza el eutiroidismo. La acropatía tiroidea puede desarrollarse en individuos con enfermedad de Graves. El síndrome se caracteriza por inflamación leve de la piel y periostitis.

Acromegalia

El síndrome del túnel carpiano es una manifestación común en pacientes con acromegalia. Es característico el engrosamiento de los dedos y el dolor lumbar moderado o grave atribuible a la invasión foraminal por sobrecrecimiento óseo. El diagnóstico puede establecerse radiográficamente ante la comprobación de un incremento de los tejidos blandos en las manos, aumento de los espacios articulares por sobrecrecimiento del cartilago y la apariencia característica en forma de espada de las falanges distales. El sobrecrecimiento cartilaginoso conduce rápidamente a una forma inusual de osteoartritis que afecta esencialmente a la cadera.

Hiperparatiroidismo e hipoparatiroidismo

Ambas alteraciones pueden ser causa de osteopenia y mayor riesgo de fracturas. La presencia de osteoporosis precoz obliga a determinar los niveles de calcio, fosfato y hormona paratiroidea.

Los pacientes con hiperparatiroidismo a veces tienen cambios radiográficos característicos: pequeñas fracturas (líneas de Looser) y áreas quísticas de desmineralización. La calcificación metastásica se desarrolla en pacientes con insuficiencia renal e hiperfosfatemia desproporcionada. En sujetos en plan de diálisis puede observarse calcificación cutánea y subcutánea acompañadas de trombosis, infartos locales y ulceraciones cutáneas profundas dolorosas.

Hipersecreción adrenal

Es causa de miopatía proximal, osteoporosis y osteonecrosis. La osteoporosis puede evitarse mediante el tratamiento agresivo con calcio, calcitonina de salmón y bisfosfonatos.

Efectos endocrinológicos de las enfermedades reumáticas

El síndrome del túnel carpiano, condrocalcinosis, hiperostosis esquelética idiopática difusa y contractura de Dupuytren son algunas de las alteraciones reumatológicas que sugieren un trastorno endocrino subyacente. Además, las enfermedades reumáticas autoinmunes (artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico y escleroderma) a menudo se acompañan de enfermedad tiroidea autoinmune (enfermedad de Graves y tiroiditis de Hashimoto). La hiperprolactinemia es común en pacientes con lupus eritematoso. Los enfermos con síndrome antifosfolípido pueden sufrir infartos adrenales súbitos y crisis Addisoniana. Debido a que la mayoría de las patologías reumáticas originan osteoporosis secundaria, por lo general se indica terapia de reemplazo con estrógenos, con excepción de pacientes con estado de hipercoagulabilidad o con riesgo elevado de desarrollo de cáncer de mama o del sistema reproductivo.

Resumen

La consideración de enfermedades endocrinológicas en pacientes con trastornos reumáticos es importante. Diversas endocrinopatías se acompañan de alteraciones musculoesqueléticas particulares que sugieren rápidamente el diagnóstico. El tener en cuenta la posibilidad de una anomalía endocrinológica permite efectuar el diagnóstico precoz e indicar el tratamiento correspondiente

Autoevaluación de Lectura

¿Cuál de los siguientes es un trastorno reumático característico que debe sugerir endocrinopatía?

- A. Síndrome del túnel carpiano.**
- B. Condrocalcinosis.**
- C. Contractura de Dupuytren.**
- D. Todos ellos**

[Respuesta Correcta](#)

ANALIZAN LA EVIDENCIA SOBRE LOS RIESGOS ASOCIADOS CON LA MANIPULACION DE LA COLUMNA VERTEBRAL

Exeter, Reino Unido

Las complicaciones graves de la manipulación de la columna vertebral son raras, pero los eventos menores suelen ser frecuentes.

The American Journal of Medicine 112:566-570, 2002

Autor:

Stevinson C y Ernst E

Institución/es participante/s en la investigación:

Department of Complementary Medicine, School of Sport and Health Sciences, University of Exeter, Exeter, Reino Unido

Título original:

[Risks Associated with Spinal Manipulation]

Título en castellano:

Riesgos Asociados con la Manipulación Vertebral

Introducción

La manipulación de la columna vertebral, a cargo de quiroprácticos, fisioterapeutas, médicos y otros profesionales de la salud, constituye una forma manual de tratamiento dirigido a la reducción del dolor vertebral y al incremento del rango de movimientos. Con frecuencia incluye una maniobra de alta velocidad, una técnica por la cual las articulaciones son ajustadas rápidamente. El procedimiento produce estiramiento transitorio de las cápsulas de la articulación y se estima que reajusta la posición de la médula y nervios. Este fenómeno permite la función óptima del sistema nervioso y mejora la eficiencia biomecánica del cuerpo. No obstante, aunque la manipulación vertebral es considerada por expertos una estrategia eficaz para el tratamiento del dolor de espalda, la evidencia de estudios clínicos aleatorizados es contradictoria. Dada su gran difusión, los autores definieron los riesgos de esta práctica.

Métodos

El análisis comprendió la búsqueda en Medline, Embase y Biblioteca Cochrane de los términos efectos adversos, eventos adversos, quiroprácticos, complicaciones, terapia manual, osteopatías, riesgos, seguridad, manipulación vertebral, ictus y accidente vascular. Todos los trabajos con información sobre los riesgos asociados con la manipulación vertebral formaron parte del análisis, independientemente de la profesión o de la metodología empleada.

Resultados

La revisión de 5 investigaciones prospectivas reveló que aproximadamente la mitad de los pacientes sometidos a este tipo de maniobras desarrolla reacciones adversas transitorias leves a moderadas. En el estudio de mayor envergadura la molestia local fue registrada como la reacción más frecuente. El 85% de los eventos fue descrito como leve o moderado y el 1% como insoportable. Además, el 74% de las reacciones desapareció a las 24 horas.

El análisis de los trabajos publicados en 1996 identificó 295 casos de complicaciones graves que incluyeron 165 accidentes vertebrobasilares (29 mortales), 61 casos de hernia de disco o progresión de síntomas radiculares hacia el síndrome de cola de caballo y otras 13 complicaciones cerebrales. Hubo 56 informes de dislocaciones y fracturas con frecuencia acompañadas por compresión medular. Las causas de estos accidentes se debieron a lesiones de la arteria vertebral a nivel de la articulación atlantoaxial, con desgarramiento de la íntima, hemorragia intramural o pseudoaneurisma productora de trombosis o embolia. Un análisis más reciente detectó 177 casos (32 mortales) publicados entre 1925 y 1997. Las lesiones más frecuentes incluyeron compromiso de la arteria vertebral y lesiones del tronco encefálico. Los casos publicados con posterioridad incluyeron a 108 pacientes que tuvieron en su mayoría accidentes cerebrovasculares.

La incidencia de los eventos adversos graves se estima en 1 caso por cada 1 a 2 millones de tratamientos. Los cálculos de las compañías aseguradoras indican que entre los quiroprácticos de EE.UU. se desarrollará un ictus por cada 2 millones de manipulaciones. Sin embargo, el cálculo más confiable provino de un estudio canadiense con 582 casos de accidentes vertebrobasilares que fueron comparados con pacientes sin antecedentes de ictus. El análisis reveló que los menores de 45 años que experimentaron accidente vertebrobasilar quintuplicaron las probabilidades de visita a un quiropráctico en la semana previa y de haber efectuado más de 3 visitas para tratamiento cervical

durante el último mes. Por lo tanto, por cada 100 000 personas menores de 45 años tratadas por quiroprácticos, se observarán aproximadamente 1.3 casos de accidentes vertebrobasilares atribuibles al tratamiento dentro de la semana de la manipulación. Si bien las estimaciones actuales son imprecisas, la mayoría de los autores coincide en que las complicaciones graves son infrecuentes. La obtención de información precisa requerirá investigaciones prospectivas que incluyan seguimiento.

Conclusiones

Los resultados indican que la manipulación de la columna vertebral está frecuentemente asociada con eventos adversos leves a moderados y con reacciones graves infrecuentes. Los pacientes deberían recibir información acerca de los riesgos de este tipo de terapia, de la misma manera en que se les comunica los peligros de las intervenciones médicas y quirúrgicas convencionales antes de brindar su consentimiento. Sin embargo, señalan los autores, ante la carencia de información confiable sobre la incidencia de riesgos específicos es difícil alcanzar el equilibrio correcto entre información adecuada y alarma innecesaria

Autoevaluación de Lectura

¿Cuál es el evento adverso más frecuente en la manipulación vertebral?

A. Molestia local.

B. Vértigo.

C. Mielopatía.

D. Hematoma subdural.

[Respuesta Correcta](#)

ESTUDIAN EL IMPACTO DE LA FRACTURA DE CADERA EN RELACION CON EL SEXO

Sydney, Australia.

El riesgo de muerte y de internación en los dos años que siguen a una fractura de cadera es mayor en ambos sexos, pero la evolución desfavorable es mucho más frecuente entre los varones.

Journal of the American Geriatric Society 50:685-690, 2002

Autores:

Fransen M, Woodward M, Norton R y colaboradores.

Institución/es participante/s en la investigación:

Institute for International Health, University of Sydney, Australia.

Título original:

[Excess Mortality or Institutionalization After Hip Fracture: Men Are at Greater Risk Than Women]

Título en castellano:

Exceso de Mortalidad e Institucionalización después de Fractura de Cadera: Los Hombres Están Expuestos a Mayor Riesgo que las Mujeres

Introducción

Se ha estimado que la mortalidad dentro del año posterior a una fractura de cadera es cercana al 20%, aunque es mayor en hombres, en individuos de mayor edad y en quienes padecen patologías asociadas.

Los estudios prospectivos en personas de edad avanzada que sufrieron esta eventualidad identificaron varios factores predictivos de mortalidad precoz o institucionalización, entre ellos sexo masculino, mayor edad, disfunción cognitiva, dependencia en la realización de actividades cotidianas, enfermedades intercurrentes, bajo índice de masa corporal y antecedentes de caídas.

Sin embargo, en ausencia de información de personas de similar edad pero sin fractura de cadera, los datos son difíciles de interpretar. Hasta la fecha, señalan los autores, sólo unos pocos estudios controlados evaluaron el impacto de las fracturas de cadera sobre el deterioro del estado de salud. Tres de ellos se limitaron a pacientes que vivían en la comunidad en forma independiente. Browner y cols. y Meyer y cols. concluyeron que el aumento de la mortalidad por fracturas de cadera podía

atribuirse a un mal estado de salud antes del incidente. En cambio, Magaziner y cols. asociaron la mortalidad inmediata y a los 5 años con la fractura. Sólo se ha publicado un estudio prospectivo en relación con el impacto de la fractura sobre la institucionalización, pero no se le efectuó un adecuado ajuste según el estado previo de salud. En el trabajo actual, los autores estiman el efecto independiente de las fracturas de cadera sobre la mortalidad en los dos años siguientes así como también en la institucionalización de hombres y mujeres que viven de manera independiente en la comunidad.

Métodos

Se incluyeron 911 casos ocurridos entre 1991 y 1994 en gente de 60 años o más. Los controles (n = 910) fueron comparables en edad y sexo. Los participantes completaron un cuestionario estandarizado que permitió conocer su estado de salud antes del alta, antes de la fractura y el estado civil. Se constató la presencia de deterioro cognitivo y la incidencia de caídas en el año anterior al evento. El enfermo refirió la existencia de una o más enfermedades asociadas: diabetes, hipertensión, hipotensión, anemia, enfermedad de Parkinson, ataque cardíaco, accidente cerebrovascular, angina de pecho, arritmia, insuficiencia cardíaca, problemas tiroideos, artritis, cáncer, asma, bronquitis crónica, enfisema, patología hepática y epilepsia. Se consideró tabaquismo y uso de antihipertensivos, diuréticos tiazídicos, benzodiazepinas, esteroides o medicación para dormir. Se estableció la independencia en la realización de actividades cotidianas y el estado físico y movilidad.

Resultados

A los 2 años de seguimiento, el 20.7% de las mujeres con fractura de cadera y el 10.3% de los controles de sexo femenino había fallecido. En el mismo orden, el índice de institucionalización fue del 39.2% y del 19.7%. En varones, el 38% de enfermos con fractura de cadera vs. el 8.2% de los controles de sexo masculino fallecieron, y los índices de institucionalización fueron del 52.1% y del 12.4%, respectivamente.

Con mayor frecuencia, los casos de ambos sexos vivían solos, no estaban casados, tenían bajo índice de masa corporal, déficit cognitivo y trastornos visuales. Asimismo refirieron más caídas antes de la fractura de cadera en comparación con controles.

La enfermedad de Parkinson, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca, arritmias (sólo en mujeres), artritis (sólo en hombres), bronquitis crónica o enfisema (sólo en hombres), patología renal y antecedentes de fracturas de cadera fueron las situaciones que se asociaron de manera significativa con más riesgo de fracturas. Lo mismo ocurrió en relación con el uso de antihipertensivos, diuréticos e hipnóticos. Los pacientes de ambos sexos eran con mayor frecuencia fumadores actuales; desarrollaron una mayor dependencia en las actividades cotidianas y tuvieron mayores dificultades para trasladarse y salir de la casa.

Entre las 25 interacciones evaluadas, sólo el sexo tuvo influencia significativa. El índice de riesgo de mortalidad dentro de los 2 años siguientes a la fractura, ajustado según otras variables de confusión, fue de 1.34 en mujeres y de 7.18 en hombres, y el índice de riesgo de institucionalización durante el mismo período, de 1.48 en mujeres y de 6.89 en hombres. El estado médico y la funcionalidad física (para ambos sexos) redujeron el impacto de la fractura de cadera sobre el exceso de mortalidad o institucionalización hacia el final de los dos años.

Discusión

Este estudio demuestra un efecto independiente de las fracturas de cadera sobre las variables primarias de evolución, tanto en hombres como en mujeres. Sin embargo, el efecto fue marcadamente mayor en varones. En comparación con los controles, el riesgo de las mujeres de morir o de internarse dentro de los dos años que siguieron a la fractura fue superior en 1.5 veces. En hombres, en cambio, este riesgo se incrementó siete veces. Por lo tanto, aunque la incidencia de fracturas de cadera en mujeres caucásicas supera ampliamente a la frecuencia del evento en hombres de igual raza, el impacto absoluto del traumatismo sobre la posibilidad de muerte y de institucionalización es mucho más importante en hombres. A pesar de las limitaciones para establecer el estado clínico antes del evento, los resultados sugieren que un estado de salud precario y la limitación física son responsables de gran parte de la evolución desfavorable. Los hombres parecen, además, mucho más vulnerables por lo que los programas preventivos futuros deberán tener en cuenta estas observaciones, concluyen los expertos.

Autoevaluación de Lectura

¿Cuál fue el factor que más influyó en el riesgo de mortalidad o institucionalización dentro de los dos años de ocurrida una fractura de cadera en personas de edad avanzada?

- A. *Sexo masculino.*
- B. *Presencia de diabetes.*
- C. *Sexo femenino.*
- D. *Alteraciones cognitivas.*

[Respuesta Correcta](#)

SE DESCRIBEN LOS RESULTADOS DE UNA TECNICA DE CORRECCION QUIRURGICA DE LA CLINODACTILIA

Montreal, Canadá.

La fisiólisis es un procedimiento simple y efectivo, en particular en niños con falanges trapezoidales operados antes de los 6 años.

The Journal of Hand Surgery 27A:659-665, Jul 2002

Autores:

Caouette-Laberge L, Laberge C, Egerszegi EP y Stanciu C

Institución/es participante/s en la investigación:

Divisions of Plastic and Orthopaedic Surgery, Hôpital Sainte-Justine, Montreal, Canadá

Título original:

[Physiolysis for Correction of Clinodactyly in Children]

Título en castellano:

Fisiólisis para la Corrección de la Clinodactilia en Niños

Introducción

La clinodactilia congénita es una desviación lateral de un dedo de la mano. Con mayor frecuencia afecta el meñique y la anomalía es bilateral en la mayoría de los casos. Puede ser aislada o asociarse con numerosos síndromes de herencia dominante.

El trastorno produce escasa limitación funcional, en particular cuando está afectado el meñique, pero se puede intentar la corrección por cuestiones cosméticas. Con mayor frecuencia se observa una segunda falange de forma triangular o trapezoidal, con un cartílago articular con forma de C. Se intentaron numerosos tratamientos, que por lo general incluyen osteotomía en cuña en la primera infancia o al completarse el crecimiento.

Los autores revisaron su experiencia con la resección de cartílagos articulares que presentaban angulación longitudinal y la interposición de injertos de tejido adiposo (fisiólisis) para el tratamiento de la clinodactilia causada por una falange anormal en niños. Se analizaron el grado de corrección obtenido con este procedimiento, sus complicaciones y los factores que podrían influir sobre los resultados.

Materiales y métodos

Se incluyeron en el estudio retrospectivo todos los niños operados por clinodactilia en un lapso de 8 años. Se excluyeron los pacientes con clinodactilia del pulgar y los que presentaban múltiples anomalías de la mano. Se revisaron los datos de 23 niños (13 varones, 10 niñas). La anomalía afectaba el meñique en 17 casos, y el índice, en 5. Un niño presentó compromiso de ambos dedos.

La edad en el momento de la operación varió entre 2.9 y 10.9 años (media, 6.6) y el grado de desviación lateral fue de 20° a 29° en 9dedos, de 30° a 39° en 16 y mayor de 40° en 10. Cuatro dedos presentaban una segunda falange triangular, en tanto que en el resto ésta era trapezoidal.

La cirugía consistió en la remoción de un segmento del cartílago articular para interrumpir la continuidad de la forma anormal en C, sin realizar una resección completa en el plano longitudinal.

En cambio, la resección debía afectar el espesor completo en el plano transversal para asegurar la interrupción completa de la porción longitudinal. Se utilizaron lóbulos de grasa obtenidos de la

eminencia hipotenar, del antebrazo o del abdomen para injertarlos en el defecto creado en la segunda falange. En 22 niños se indicó una férula nocturna a partir de la primera semana de la intervención para obtener un mayor enderezamiento del dedo operado. Su uso varió entre 0.2 y 5.3 años.

Los resultados se analizaron de acuerdo con el grado de deformidad preoperatoria: las angulaciones menores se compararon con las mayores. Los resultados obtenidos en los niños intervenidos antes de los 6 años se compararon con los operados con posterioridad. Finalmente, la corrección obtenida en las falanges triangulares se comparó con la de las falanges trapezoidales.

Resultados

El grado de corrección obtenido después de una operación varió entre 0° y 30°. La angulación residual fue menor de 15° en 8 dedos; de 15° a 19°, en 4; de 20° a 29°, en 15; de 30° a 39°, en 6, y mayor de 40°, en dos.

En los 10 dedos con angulación preoperatoria mayor de 40° se lograron mejores grados de corrección que en el resto. No se observó crecimiento longitudinal significativo de las falanges triangulares y ninguna adquirió la forma trapezoidal después de la intervención. Los niños operados antes de los 6 años exhibieron mayor grado de corrección. Cabe señalar que este grupo presentaba las deformidades preoperatorias más graves, lo que indujo un efecto de confusión significativo al evaluar las diferencias entre los grupos de edad. Sin embargo, al realizar la corrección para este efecto, persistió la significación de la diferencia entre los resultados obtenidos en niños más pequeños y de mayor edad. La única complicación informada fue la fusión prematura del cartílago articular proximal en dos dedos operados en dos oportunidades.

Discusión

La clinodactilia es una malformación que produce muy poca alteración funcional a menos que sea grave; por lo tanto, el tratamiento quirúrgico con fines cosméticos debe ser simple, efectivo y con escasa morbilidad, opinan los autores. Con la técnica descrita, la cantidad de tejido adiposo necesario es mínima porque el espacio a rellenar es pequeño. Aunque algunos cirujanos señalan que no es necesario interponer grasa en el defecto creado tras la resección, los autores prefieren hacerlo para aumentar la probabilidad de mantener la separación del cartílago epifisario. No se observa inestabilidad de la falange al completar el procedimiento; por lo tanto, la inmovilización es innecesaria y el riesgo de anquilosis es bajo.

La única complicación informada fueron los dos casos de fusión prematura del cartílago articular proximal. En ambos se había realizado una segunda operación para mejorar la corrección. Esta complicación también fue informada por otros investigadores, por lo que los autores recomiendan esperar hasta la madurez esquelética y realizar una osteotomía de cierre en cuña cuando los resultados de la fisiólisis no son satisfactorios. Los dedos con una falange triangular verdadera tendrían menor potencial de crecimiento en el lado más corto de la falange. En estos casos, los resultados obtenidos con la corrección quirúrgica serían menos satisfactorios. La edad en el momento de la intervención es un factor importante que afecta el grado de corrección, obteniéndose los mejores resultados en los operados antes de los 6 años. Aun cuando la corrección no sea completa, el alargamiento del lado más corto de la falange mejora la longitud final del dedo, lo que representa un beneficio en sí mismo aunque posteriormente se requiera una osteotomía. En los pacientes estudiados que requirieron una osteotomía en cuña al final del crecimiento, la fisiólisis previa no complicó la cirugía final.

Autoevaluación de Lectura

¿Cuál de los siguientes factores influye sobre los resultados de la corrección quirúrgica de la clinodactilia?

- A. La magnitud de la resección en el plano*
- B. La edad en el momento de la intervención.*
- C. El uso de inmovilización posquirúrgica.*
- D. La interposición de injerto de grasa en el defecto.*

[Respuesta Correcta](#)

EL TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE LA INDICACION DE ARTROPLASTIA TOTAL DEL CADERA Y LA CIRUGIA NO DEBE SUPERAR LOS 6 MESES

Edmonton, Canadá

Una espera de más de 6 meses en pacientes que deben ser sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera deteriora la calidad de vida relacionada con la salud y la movilidad.

Canadian Medical Association Journal 167(10):1115-1121, 2002

Autores:

Mahon JL, Bourne RB, Rorabeck CH y colaboradores

Institución/es participante/s en la investigación:

Departments of Epidemiology and Biostatistics and Surgery, University of Western Ontario, London; Faculty of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences, University of Alberta, Edmonton, Canadá

Título original:

[Health-Related Quality of Life and Mobility of Patients Awaiting Elective Total Hip Arthroplasty: A Prospective Study]

Título en castellano:

Estudio Prospectivo sobre Calidad de Vida Relacionada con la Salud y la Movilidad en Pacientes en Lista de Espera para Ser Sometidos a Artroplastia Total de Cadera Electiva

Introducción

La artroplastia total de cadera en pacientes con artrosis mejora la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y la movilidad. Sin embargo, los retrasos en la intervención ocasionan deterioro de la CVRS con dolor progresivo e inmovilidad, así como resultados inferiores debido a la progresión del proceso degenerativo. En la presente experiencia los autores analizaron la CVRS y la movilidad, desde el momento en que se indicó la cirugía, para determinar los efectos que el retraso en la operación causa en el bienestar y en la discapacidad del paciente.

Métodos

La población de estudio comprendió individuos con artrosis de cadera derivados a 7 cirujanos entre 1994 y 1997. La evaluación inicial de los participantes comprendió la prueba de caminata de 6 minutos (C6M) y la valoración de la CVRS. La CVRS global fue determinada mediante el *Formulario Abreviado de los Resultados Médicos* (SF-36) y un sistema de clasificación del estado de salud. Las medidas específicas de enfermedad incluyeron el índice WOMAC y la escala de valoración de Harris. Por otra parte, la ansiedad intrínseca y los niveles de ansiedad en determinado momento fueron evaluados mediante la *Escala del Estado de Ansiedad*. A los 3 meses del ingreso al estudio y cada 6 meses, los pacientes recibieron en su hogar documentación con el SF-36 y la *Escala de Estado de Ansiedad*, mientras que semestralmente fueron sometidos a los estudios realizados al inicio. Los registros evaluados incluyeron la decisión del cirujano respecto de la necesidad de la intervención y la fecha disponible para el procedimiento. Los pacientes ingresaron en una lista de espera, y quienes fueron intervenidos concurren a los 3 meses de la cirugía a los consultorios externos para la evaluación final. En el análisis primario los autores incluyeron a los integrantes de la lista, quienes fueron controlados hasta después de la cirugía.

Para el análisis secundario exploraron las relaciones entre el tiempo de espera y los resultados posoperatorios mediante la división de la cohorte en 4 subgrupos (menos de 3 meses, entre 3 y 6 meses, entre 6 y 12 meses y más de 12 meses). La comparación comprendió los cambios en la CVRS y en la C6M.

Resultados

De 533 candidatos, 123 integraron la lista y 99 de ellos finalmente formaron parte del análisis primario. En general, la discapacidad de la cohorte fue de moderada a severa de acuerdo con el WOMAC, la C6M y el SF-36. La media de tiempo transcurrido entre la derivación y la primera consulta con el cirujano fue de 3.2 meses, valor que ascendió a 6 meses entre la decisión de intervenir y la cirugía. En el posoperatorio los autores no comprobaron diferencias significativas en la CVRS o en la C6M entre los sujetos intervenidos dentro de los 6 meses o con posterioridad. Al momento de la derivación, sin embargo, los pacientes con períodos de espera inferiores presentaron menor movilidad y mayor deterioro de la CVRS. Después de la cirugía este grupo experimentó mejoría significativa en la CVRS y reducciones notables en los niveles de ansiedad. Los sujetos operados

dentro de los 6 meses exhibieron un incremento medio en la C6M de 72 metros respecto de la declinación de 24 metros en los otros pacientes. Los individuos que fueron intervenidos después de 3 meses permanecieron sin cambios o experimentaron empeoramiento de la movilidad y de la CVRS respecto de los valores iniciales. En general, los niveles de ansiedad fueron superiores durante la espera en comparación con los estados iniciales en todos los subgrupos. Luego de la intervención, se notaron mejorías en todas las medidas, con excepción de la C6M en el grupo que permaneció más de 12 meses en la lista. De acuerdo con el WOMAC, la variación media con respecto al inicio desde la derivación a la cirugía excedió el 10% en los pacientes que debieron esperar más de 3 meses. Los autores comprobaron asociaciones significativas entre el tiempo transcurrido hasta la intervención y los cambios posteriores a la cirugía en la CVRS y en la movilidad. También notaron asociaciones significativas entre el tiempo de espera y las modificaciones en las subescalas de dolor corporal y función física del SF-36, así como en el nivel de ansiedad. Por último, los pacientes intervenidos tempranamente experimentaron mayor mejoría en la CVRS y en las distancias recorridas, así como reducciones superiores en el nivel de ansiedad.

Conclusiones

La experiencia permitió la identificación de aspectos positivos y negativos asociados con la espera que experimentan los pacientes que deben ser sometidos a cirugía de reemplazo total de cadera.

El tiempo transcurrido hasta la intervención refleja la discapacidad del paciente debido a que los sujetos con mayor grado de deterioro fueron intervenidos más temprano. Por otra parte, la duración de los tiempos de espera no produjo diferencias significativas en la CVRS y en la movilidad luego de la cirugía. Sin embargo, quienes fueron intervenidos después de los 6 meses exhibieron declinación importante en todas las medidas de evaluación, mientras que las esperas más breves se asociaron con mayores mejorías en la calidad de vida y en la movilidad. En vista de los resultados, los autores estiman que el lapso transcurrido entre la indicación de artroplastia total de cadera y la cirugía no debe superar los 6 meses.

Autoevaluación de Lectura

¿Qué elemento de la calidad de vida relacionada con la salud se asocia con el tiempo de espera previo a la artroplastia total de cadera?

A. Dolor corporal.

B. Salud mental.

C. Vitalidad.

D. Función social.

Respuesta Correcta