

● EL ORIGEN DE LA ENFERMEDAD DE DUPUYTREN SE ENCONTRARIA EN EL NORTE DE EUROPA

London, Canadá

Los movimientos migratorios han influido en la distribución geográfica y prevalencia de la enfermedad de Dupuytren.

The Journal of Hand Surgery 27A:385-390, 2002

Autor:

McFarlane RM

Institución/es participante/s en la investigación:

Hand and Upper Limb Center, Sta Joseph's Health Center, Londres, Canadá

Título original:

[On the Origen and Spread of Dupuytren's Disease]

Título en castellano:

Origen y Expansión de la Enfermedad de Dupuytren

Introducción

La determinación de las bases genéticas de la enfermedad de Dupuytren (ED), cuya patogenia es multifactorial, constituye un desafío. El autor estudió el origen y distribución de la enfermedad con el objetivo de limitar y mejorar la evaluación genética.

Origen de la ED

En 1832 Dupuytren describió las características clínicas y anatómicas de la entidad y el tratamiento apropiado para ese momento. Aunque no fue el primero en describirla, su nombre se asoció a ella debido a la publicación de sus trabajos y a su condición de cirujano prominente. Por otra parte, Early sugirió un origen nórdico dada la mayor prevalencia de ED en el norte de Europa. Luego, Hueston la consideró una entidad caucásica, anglosajona, celta, y por último, en 1987, vikinga. Los investigadores estiman que la enfermedad se habría originado en la población vikinga entre los siglos VII y VIII. Además de los vikingos, poblaciones indoeuropeas ocuparon el norte de Europa, por lo que deberían también ser consideradas en el origen de la entidad.

Evidencia temprana de la ED

En 1777 Henry Cline registró claramente las características clínicas y anatómicas de la ED, aunque Plater en Suiza en 1614 probablemente publicó la primera descripción de la entidad. Hay cierta confusión entre las diversas traducciones del libro referida a si describió una lesión aguda o el inicio gradual de la contractura. Por otra parte, la literatura representó esta enfermedad en el siglo XVII en la "Maldición de los MacCrimmons"; en esta historia, una maldición dirigida al jefe del clan produce la deformación de un dedo de la mano que afectaría también a su descendencia. La pintura también reflejó esta enfermedad en diversas obras. Se ha sugerido que el signo de bendición, en el cual los dedos meñique y anular se encuentran flexionados, podría tener su origen en un sacerdote afectado por ED antes del año 1440. Por otra parte, hay libros de medicina anglosajones escritos aproximadamente en el año 885 que mencionan anomalías de la mano asociadas con la ED.

Propagación de la ED

La prevalencia de la entidad asciende al 46% en Noruega, 39% en Escocia, 33% en Islandia, 28% en Australia, 19% en España y 14% en Inglaterra. Hueston explicó que la propagación de la ED en Australia y su elevada prevalencia está vinculada a la colonización original de inmigrantes ingleses, escoceses e irlandeses. Similar relación existe entre Noruega e Islandia; debido a la prevalencia similar de ED en ambos países es probable que el gen o genes fueran transmitidos de Noruega a Islandia en las inmigraciones producidas entre los años 872 y 1300. La menor prevalencia de norte a sur de Europa sugieren su origen nórdico.

En otro orden, la prevalencia del 12% en ancianos japoneses detectada por Egawa es inusualmente elevada para Asia. Países asiáticos y africanos registran casos aislados, probablemente debido a

inmigraciones europeas de menor densidad. Por último, un estudio reveló la presencia de la enfermedad en el grupo aborigen noruego sami; según lo refiere el equipo de Cavalli-Sforza, noruegos y samis han estado en contacto al menos desde hace 1 300 años, lo que explicaría el hallazgo.

Conclusión

La enfermedad de Dupuytren se propagó por movimientos migratorios, por lo cual pocas o ninguna población está exenta de padecerla. Las migraciones indican que la entidad es un patología principalmente genética. El origen de la ED probablemente sea anterior al siglo XI, dado que toma tiempo que un gen mutante se haga estable en una población. A partir de los movimientos migratorios indoeuropeos, el autor considera que la enfermedad se originó antes de este período. La mutación probablemente se haya producido entre el año 1200 antes de Cristo, cuando las tribus celtas y germánicas se encontraban en el norte de Europa, y 200 años antes de Cristo, momento en que comenzaron las migraciones.

Estudios de epidemiología genética, concluye el autor, ofrecerán mayor información sobre el momento de desarrollo de la entidad y las tribus involucradas.

Autoevaluación de Lectura

¿Qué nación tiene una baja prevalencia de la enfermedad de Dupuytren?

- A. Japón.
- B. Noruega.
- C. Escocia.
- D. Australia

[Respuesta Correcta](#)

EL EJERCICIO AEROBICO MEJORA EL ESTADO DE SALUD DE LOS PACIENTES CON FIBROMIALGIA

Londres, Reino Unido

Tres meses de actividad aeróbica mejoraron en forma significativa el estado de salud de pacientes con fibromialgia.

British Medical Journal 325:185, Jul 2002

Autor:

Richards SC y Scott DL

Institución/es participante/s en la investigación:

Poole Hospital, Poole; King's College Hospital, Londres, Reino Unido

Título original:

[Prescribed Exercise in People with Fibromialgia: Parallel Group Randomised Controlled Trial]

Título en castellano:

Prescripción de Ejercicio en Personas con Fibromialgia: Estudio Aleatorizado Controlado con Grupo Paralelo

Introducción

El dolor musculoesquelético diseminado y crónico tiene una prevalencia en el Reino Unido que oscila entre el 11% y el 13%, señalan los autores. La fibromialgia, el extremo más grave del espectro, comprende dolor musculoesquelético crónico asociado con diversos puntos dolorosos, con una prevalencia que asciende al 1%. La entidad se superpone con la fatiga crónica y con otros síndromes médicamente inexplicados. La terapia convencional de la fibromialgia con analgésicos, antiinflamatorios no esteroides y antidepresivos es relativamente ineficaz. Por otra parte, la actividad física constituye una alternativa terapéutica, cuyo empleo refleja el modelo cognitivo conductual de la patología en el que el miedo a que empeore la sintomatología le impide al individuo llevar una vida

activa. En la presente experiencia los autores evalúan los resultados de un programa de ejercicios dirigido a pacientes con fibromialgia.

Métodos

La muestra incluyó 136 individuos con edades comprendidas entre los 18 y los 70 años, quienes fueron distribuidos de manera aleatorizada para realizar ejercicios aeróbicos (tratamiento activo) o actividades de relajación y flexibilidad (control) 2 veces por semana durante 3 meses. Los participantes completaron cuestionarios y fueron examinados antes de la intervención y a los 3, a los 6 y a los 12 meses. Además, recibieron información sobre la enfermedad y se les explicó que la actividad física mejoraría su estado. El tratamiento activo comprendió un programa individualizado que se basó en ejercicios en cinta ergométrica y en bicicleta fija. Se instó a los pacientes a que incrementaran la actividad de acuerdo con su tolerancia. Al inicio, los integrantes de este grupo realizaban 2 períodos de ejercicio de 6 minutos por clase, duración que se extendió a 25 minutos 3 meses después. Por otra parte, la actividad en el otro grupo comprendió técnicas de estiramiento y relajación de miembros superiores e inferiores. Con la progresión de las clases los individuos aprendieron técnicas de relajación muscular progresiva, relajación y visualización, relajación controlada y relajación diferencial. El parámetro de evaluación primario comprendió la variación en la impresión global personal, medida previamente utilizada en pacientes con fibromialgia y síndrome de fatiga crónica. Las medidas de valoración secundarias incluyeron el registro de los 18 puntos dolorosos especificados en los criterios de clasificación de la fibromialgia y el cuestionario de impacto de la fibromialgia para evaluar síntomas y discapacidad. Los autores también recurrieron a la escala de fatiga de Chalder para evaluar fatiga física y mental, a la forma abreviada del cuestionario de dolor de McGill y al cuestionario de salud SF-36.

Resultados

Los participantes evidenciaron un alto grado de discapacidad, y sólo el 53% asistió a más de un tercio de las clases. A los 3 meses, el 35% y el 18% de los grupos tratamiento activo y control experimentaron mejoría significativa, y los beneficios obtenidos se mantuvieron a los 12 meses en el 38% y el 22% de los participantes, respectivamente. Por otra parte, en ambos grupos disminuyó la cantidad de puntos dolorosos, variación que se mantuvo a los 12 meses. Con la modificación en la cantidad de puntos dolorosos, a los 12 meses sólo el 55% de los participantes cumplió con el criterio diagnóstico de fibromialgia. Por otra parte, a los 3 meses no se comprobaron cambios significativos entre los pacientes respecto del cuestionario de impacto de la enfermedad. Sin embargo, la mejoría fue superior en el grupo de tratamiento activo, beneficio que aumentó con el seguimiento. Los puntajes de fatiga descendieron entre el 20% y el 30% en la población de estudio, fenómeno que se mantuvo a los 12 meses. Los puntajes de McGill disminuyeron significativamente en los 2 grupos (14% con el ejercicio y 6% con la relajación), efecto que permaneció a los 6 meses en los individuos bajo tratamiento activo. Por otra parte, los puntajes de los componentes físicos del SF-36 mejoraron a los 3 meses en toda la población, mientras que los componentes mentales experimentaron escasa variación. Ningún participante experimentó eventos adversos.

Conclusión

Los autores comprobaron que el ejercicio aeróbico gradual constituye una estrategia simple, económica y eficaz para el tratamiento de la fibromialgia. Sin embargo, entre sus limitaciones se encuentra la falta de adhesión, con elevadas tasas de deserción probablemente asociadas al incremento del dolor y de la rigidez posterior al ejercicio en el inicio de la terapia. La adhesión a la medida podría aumentar mediante terapia cognitiva conductual adicional y la explicación fisiológica de los síntomas a los pacientes.

Autoevaluación de Lectura

¿Cuál es la principal limitación del tratamiento de la fibromialgia mediante el ejercicio?

- A. Elevada tasa de deserción.
- B. Escasez de recursos.
- C. Falta de profesionales experimentados.
- D. Grado de discapacidad del paciente.

[Respuesta Correcta](#)

INTENSIDAD Y CALIDAD DEL DOLOR EN EL CODO DE TENISTA

Brisbane, Australia

En una afección definida convencionalmente como un estado de dolor musculoesquelético, el dolor es de naturaleza multidimensional.
The Pain Clinic 13(3):251-259, 2002

Autores:

Sran M, Souvlis T, Vicenzino B y Wright A

Institución/es participante/s en la investigación:

Departamento de Fisioterapia, Universidad de Queensland, Brisbane, Australia

Título original:

[Characterisation of Chronic Lateral Epicondylalgia Using the McGill Pain Questionnaire, Visual Analog Scales, and Quantitative Sensory Tests]

Título en castellano:

Caracterización de la Epicondialgia Lateral Crónica Utilizando el Cuestionario de Dolor de McGill, Escalas Analógicas Visuales y Pruebas Sensoriales Cuantitativas

Introducción

La epicondialgia lateral, o codo de tenista, suele definirse como el dolor percibido en el epicóndilo lateral o externo, reproducido en el examen clínico por palpación manual de la zona afectada, extensión de la muñeca contra resistencia, extensión del dedo medio y prensión. Se trata de un trastorno frecuente que puede interferir con las actividades cotidianas y deportivas.

Si bien se han efectuado numerosos estudios sobre aspectos etiológicos y patológicos del problema, muy pocos se han ocupado del dolor que padecen los pacientes. Las pruebas psicométricas, como el *McGill Pain Questionnaire* (Cuestionario de Dolor de McGill, MPQ), a menudo son utilizadas para describir la naturaleza multidimensional del dolor. Algunos expertos opinan que el dolor tiene cualidades únicas propias, y que si sólo se mide una dimensión es posible que no sea descrito o cuantificado adecuadamente. El MPQ, compuesto por 4 categorías y 20 subclases de palabras, tiene entre sus características más sobresalientes su capacidad discriminativa. Los pacientes con dolor de causa física (orgánica) utilizan conjuntos de palabras diferentes para describirlo respecto de los que no presentan una causa detectable.

Los autores caracterizaron la epicondialgia lateral utilizando el MPQ, escalas analógicas visuales para la intensidad del dolor y de la disfunción y pruebas sensoriales cuantitativas. Además, analizaron la relación entre estas pruebas en una población con epicondialgia lateral crónica.

Métodos

Se analizaron retrospectivamente los datos de pacientes que participaban en una investigación continua sobre la epicondialgia lateral y su tratamiento. El requisito para el diagnóstico de la enfermedad fue dolor en la región lateral del codo que podía ser reproducido por al menos tres de las

siguientes pruebas: palpación sobre la región del epicóndilo lateral, estiramiento de los músculos extensores del antebrazo, contracción estática de los extensores de la muñeca o del extensor corto radial del carpo contra resistencia o contracción estática en la presión. Se incluyeron en el estudio 56 pacientes (29 mujeres y 27 hombres), con una media de edad de 50.7 años. El dolor tenía entre 1 y 300 meses de evolución (media 18.7 meses).

Se utilizaron escalas analógicas visuales (EAV) para medir la intensidad del dolor en la última semana, las últimas 24 horas y en el momento del estudio. Otras escalas similares fueron utilizadas para evaluar la función. Se administró el MPQ advirtiendo a los pacientes que sólo debían usar las palabras que describieran mejor sus sensaciones y sentimientos en el momento de máximo dolor durante las últimas 24 horas. Finalmente, se realizaron las pruebas sensoriales cuantitativas, con medición de la neurodinámica del antebrazo, el umbral de dolor a la presión (UDP), el umbral de dolor por estímulos térmicos (UDT) y la fuerza de presión sin dolor (FPSD). Los datos del MPQ fueron examinados por cada subclase individual y con 3 índices: el número de palabras seleccionadas (NPS), el índice de calificación del dolor (ICD) y el índice de calificación del dolor ponderado (ICDP).

Resultados

El NPS varió entre 2 y 18, con una media de 7.88. Los valores de ICD fueron de 2 a 40, en tanto que los de ICDP, de 1.65 a 45.28.

Las palabras de las subclases 11 a 15 describen las cualidades afectivas del dolor. En la subclase 16, evaluativa, el 68.4% de la población estudiada seleccionó la palabra "irritante" para describir su dolor. Casi el 95% de los participantes eligió las palabras "irritante" o "molesto" en esta subclase.

La media de los puntajes de la EAV correspondiente al dolor experimentado durante la última semana fue de 4.92. La correspondiente al dolor de las últimas 24 horas fue de 3.38 y para el dolor actual, de 0.927. La EAV para la función durante la última semana varió entre 1.7 y 10. Durante las últimas 24 horas los valores fueron de 1.3 a 10.

En el lado afectado, el UDP fue un 49.8% menor que en el no afectado. También estaban disminuidos el UDT y los niveles de presión y de tensión de la extremidad superior sin dolor. Se observó una correlación moderada entre los 3 indicadores del MPQ y las EAV para el dolor experimentado en las últimas 24 horas y en la última semana. La única asociación significativa entre el MPQ y los datos de las pruebas sensoriales cuantitativas fue una correlación moderada a escasa entre los ICD en la categoría sensorial y la tensión del miembro superior. Los puntajes de la fuerza de presión en el lado afectado y la duración del trastorno revelaron una correlación moderada. El umbral de dolor ante estímulos térmicos fue significativamente más elevado en hombres.

Discusión

Se demostró una correlación moderada entre los índices del MPQ y los puntajes de las EAV para el dolor en las últimas 24 horas y en la última semana, lo cual podría sugerir que estos parámetros permiten medir adecuadamente el dolor en una dimensión en particular, como la intensidad. Los hallazgos del MPQ fueron significativos para crear un perfil de dolor en la epicondialgia lateral. Los hallazgos de la categoría efectiva fueron significativos por el escaso número de palabras seleccionadas.

Los autores sugieren que si un paciente utiliza numerosas palabras para calificar su dolor, en especial en las subclases 12, 13 y 15 del MPQ, puede ser considerado atípico, lo que indicaría una categoría de enfermedad más compleja. La homogeneidad de las respuestas al MPQ en esta población de pacientes ayudó a crear un perfil del dolor experimentado por los pacientes con epicondialgia lateral crónica. La utilización de sólo un parámetro de evaluación, como la determinación de la intensidad del dolor en una EAV, no permitiría obtener un panorama completo del cuadro clínico

Autoevaluación de Lectura

¿Cómo se define mejor el dolor presente en la epicondialgia lateral?

- A. Mediante una escala analógica visual para la*
- B. Mediante una escala analógica visual para la intensidad y un*
- C. Mediante pruebas sensoriales cuantitativas.*
- D. Mediante escalas analógicas visuales que midan la capacidad*

Respuesta Correcta

ACTUALIZACION EN POLIMIALGIA REUMÁTICA

Buenos Aires, Argentina.

La polimialgia reumática es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida. El diagnóstico es esencialmente clínico y por exclusión de otras patologías. La respuesta favorable a dosis bajas de esteroides es uno de los elementos de mayor valor diferencial.

Medicina (Buenos Aires) 62: 358-364, 2002

Autores:

Przygoda P, Catoggio LJ, Soriano ER y colaboradores

Institución/es participante/s en la investigación:

Servicio de Clínica Médica, Sección Reumatología y Sección Geriátrica, Hospital Italiano de Buenos Aires; Fundación Dr. Pedro M. Catoggio para el Progreso de la Reumatología, Buenos Aires, Argentina

Título original:

[Actualización en Polimialgia Reumática]

Título en castellano:

Actualización en Polimialgia Reumática

Introducción

La polimialgia reumática (PMR) es un síndrome clínico que se caracteriza por dolor y rigidez del cuello, de la cintura escapular y de la cintura pelviana. La rigidez muscular matinal puede acompañarse de fiebre o febrícula, astenia y pérdida de peso.

La PMR se asocia con arteritis de células gigantes (ACG); de hecho, muchos grupos consideran que constituyen una diferente expresión clínica de un mismo trastorno. La etiología de la PMR aún no se conoce, pero se postula que podrían participar mecanismos de autoinmunidad.

Epidemiología

La incidencia de la PMR aumenta con la edad; es casi exclusiva de las personas de más de 50 años y el 90% de los casos se diagnostica en sujetos de más de 60 años. La distribución geográfica es heterogénea. En Dinamarca se calculó una incidencia de 41.3 por 100000 habitantes mientras que un estudio en Minnesota, EE.UU., reveló una frecuencia de 52.5 casos por cada 100000 habitantes. La PMR afecta predominantemente a las mujeres y a sujetos de raza blanca.

Fisiopatología

Es desconocida. El dolor musculoesquelético es consecuencia de sinovitis, tenosinovitis y bursitis. La histología de los músculos afectados muestra infiltración por macrófagos y linfocitos T además de proliferación vascular. Aunque los pacientes con PMR no suelen tener compromiso evidente de las grandes arterias puede haber modificaciones microscópicas.

Si bien no se encontró una asociación clara con antígenos del sistema mayor de histocompatibilidad (HLA), un estudio reciente reveló una conexión entre la PMR y el alelo HLA DRB1. Asimismo, se ha postulado la participación de diversos agentes infecciosos en la etiología de la PMR, pero ningún estudio brindó evidencia firme al respecto.

Manifestaciones clínicas y criterios diagnósticos

La PMR es una combinación variada de síntomas y signos asociados, en forma clásica, con alteraciones bioquímicas: elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG). El dolor y la rigidez son los síntomas más comunes; predominan en horas de la mañana y mejoran a medida que el enfermo comienza a desarrollar las actividades diarias. El dolor puede ser más fuerte en cuello, hombros, torso, nalgas y en los grupos musculares proximales. Puede ser unilateral o bilateral. El entumecimiento doloroso debe buscarse en forma específica porque es muy característico y orientador de PMR. Algunos pacientes pueden experimentar también edema de manos y pies.

El diagnóstico es esencialmente clínico e incluye descartar otras entidades, esencialmente artritis reumatoidea, polimiositis, infección crónica y cáncer. Diversos grupos (Bird y colaboradores, Jones y

Hazleman, Hunder y colegas, y Healey) establecieron criterios diagnósticos particulares. Los más recientes consideran la respuesta al tratamiento con esteroides y la exclusión de otras patologías.

En el diseño de estos criterios pocos autores vincularon la PMR con la ACG a pesar de la múltiple evidencia epidemiológica a favor de dicha asociación.

La alteración bioquímica más frecuente es la elevación de la VSG que se observa en el 87% al 96% de los pacientes con PMR. Se considera un límite de 40 mm en la primera hora. Aunque en la mayoría de los enfermos el tratamiento se asocia con descenso de la VSG, en una minoría puede persistir en forma elevada al tercer mes de iniciado el tratamiento. No se pudo correlacionar la intensidad de las manifestaciones clínicas con la VSG inicial pero algunos sostienen que el valor de la VSG predice la duración del tratamiento. En casi la mitad de los pacientes, las recidivas no se acompañan de una nueva elevación de la VSG, lo cual complica el diagnóstico precoz de las recurrencias.

La proteína C reactiva también puede estar aumentada en pacientes con PMR pero su determinación no tiene utilidad adicional. Las enzimas hepáticas pueden estar elevadas, particularmente la fosfatasa alcalina, que se comporta como un reactante de fase aguda. En la mayoría de los enfermos hay anemia de los trastornos crónicos, caracterizada por ferremia baja, ferritina sérica normal o elevada, transferrina baja y reducción de la capacidad total de fijación de hierro. Sin embargo, la anemia se corrige al remitir la enfermedad. Su etiología es multifactorial pero participan esencialmente el acortamiento de la vida media de los glóbulos rojos, la reducción de la capacidad eritropoyética de la médula ósea y la menor utilización del hierro.

Algunos pacientes presentan, al inicio de la enfermedad, síntomas compatibles de PMR y de ACG. En otros casos, la ACG surge posteriormente. A su vez, se estima que aproximadamente la mitad de los enfermos con ACG desarrolla PMR en el transcurso de la patología. A la inversa, el 10% de los sujetos con PMR presenta en algún momento ACG. No obstante, la mayoría de los grupos no recomiendan la biopsia rutinaria de la arteria temporal en individuos con PMR.

Tratamiento y pronóstico

Algunos enfermos con PMR responden a los antiinflamatorios no esteroides (AINE) que pueden reducir la necesidad de corticoides.

Sin embargo, los sujetos de edad avanzada también son más vulnerables a los efectos adversos de los AINE porque, con mayor frecuencia, tienen insuficiencia renal, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca congestiva y síntomas de reflujo gastroesofágico. Los AINE que inhiben selectivamente la ciclooxigenasa 2 podrían asociarse con un perfil más seguro.

El tratamiento convencional consiste en la administración de dosis bajas de esteroides. Suele comenzarse con 10 a 12 mg por día de prednisona o equivalentes.

La terapia crónica con corticoides por vía sistémica se asocia con numerosas manifestaciones secundarias, como osteoporosis, cataratas e hipertensión. Su incidencia parece menor cuanto menor la dosis acumulada.

La dosis inicial y el descenso de la terapia a lo largo de un período prolongado son factores esenciales a tener en cuenta. En la experiencia de los autores, el 87% de los pacientes con PMR respondió satisfactoriamente al tratamiento con 8 mg de metilprednisona o equivalentes. La dosis no debería reducirse en los primeros 3 meses de terapia aun cuando la VSG se hubiera normalizado, ya que durante ese período ocurre la mayor cantidad de recidivas. Los enfermos que desarrollan ACG requieren dosis elevadas de corticoides por vía sistémica.

La incidencia de efectos adversos parece relacionada con la dosis acumulada. En la serie de los autores, sólo fue del 11%, porcentaje sustancialmente inferior al descrito por otros grupos.

El esquema de terapia debe incluir la profilaxis de la osteoporosis con vitamina D, calcio y, posiblemente, bisfosfonatos.

Conclusiones

La PMR es una enfermedad inflamatoria de etiología desconocida.

El diagnóstico es esencialmente clínico y deben excluirse otras enfermedades. La respuesta favorable a dosis bajas de esteroides es uno de los factores de mayor orientación, comentan por último los expertos.

Autoevaluación de Lectura

¿Cuáles son los criterios más importantes en el diagnóstico de la polimialgia reumática?

- A. Respuesta favorable a dosis bajas de esteroides*
- B. Eritrosedimentación acelerada.*
- C. Dolor muscular y rigidez.*
- D. Todos ellos.*

Respuesta Correcta

Trabajos Distinguidos, Serie Osteoporosis y Osteopatías Médicas, integra el Programa SIIC de Educación Médica Continuada