

SOGARE



# MANUAL PARA DOENTES: ENFERMIDADES REUMATOLÓGICAS

Editores:  
Carlos García Porrúa  
José María Pego Reigosa



# MANUAL PARA DOENTES: ENFERMIDADES REUMATOLÓXICAS

EDITORES

*Carlos García Porrúa*  
Presidente SOGARE  
Hospital Universitario Lucus Augusti

*José María Pego Reigosa*  
Vicepresidente SOGARE  
Complejo Hospitalario Universitario Vigo



# MANUAL PARA DOENTES: ENFERMIDADES REUMATOLÓGICAS

## RELACION DE AUTORES

*Belén Acasuso Pardo de Vera.*  
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC)  
Instituto de Investigación Biomédica A Coruña (INIBIC)

*Rodrigo Aguirre del Pino*  
Hospital Universitario Lucus Augusti

*Irene Altabás González*  
Complejo Hospitalario Universitario Vigo

*M<sup>a</sup> Noelia Álvarez Rivas*  
Hospital da Mariña, Burela

*Almudena Barros Barros*  
Complejo Hospitalario Universitario Vigo

*María Caeiro Aguado*  
Complejo Hospitalario Universitario Pontevedra

*Begoña Carballal Platas*  
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

*Pablo Castro Santamaría*  
Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela

*Evelin Cecilia Cervantes Pérez*  
Complejo Hospitalario Universitario Pontevedra

*Antía Crespo Golmar*  
Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela

*Tatiana Díaz Díez*  
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

*Lucía Cristina Domínguez Casas*  
Hospital Universitario San Agustín, Avilés

*Raquel Dos Santos Sobrín*  
Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela

# MANUAL PARA DOENTES: ENFERMIDADES REUMATOLÓXICAS

*Sabela Fernández Aguado*  
Complexo Hospitalario Universitario Pontevedra

*David Fernández Fernández*  
Complexo Hospitalario Universitario Ourense

*Sara García Pérez*  
Complexo Hospitalario Universitario Vigo

*Guillermo González Arribas*  
Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

*Eugenia González Díaz De Rábago*  
Policlínica Assistens, A Coruña

*Ignacio González Fernández*  
Complexo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela

*John Henry Guzmán Castro*  
Hospital da Costa, Burela

*Carlota Iñiguez Ubiaga*  
Hospital Universitario Lucus Augusti

*Ana Lois Iglesias*  
Complexo Hospitalario Universitario A Coruña

*María Cristina López Sánchez*  
Complexo Hospitalario Universitario Ferrol

*Laura Losada Ares*  
Complexo Hospitalario Universitario Ferrol

*Rafael B. Melero González*  
Complexo Hospitalario Universitario Ourense

*Begoña Moreira Martínez*  
Vogal da SOGARE

*Coral Mouriño Rodríguez*  
Grupo IRIDIS Vigo

# MANUAL PARA DOENTES: ENFERMIDADES REUMATOLÓGICAS

*Dra. Natividad Oreiro Villar*  
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

*María Pena Martínez*  
Grupo IRIDIS Vigo

*Nair Pérez Gómez*  
Complejo Hospitalario Universitario Vigo

*Manuel Pombo Suárez*  
Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela

*Eva Salgado Pérez*  
Complejo Hospitalario Universitario Ourense

*Álvaro Seijas López*  
Hospital Universitario Lucus Augusti

*María Teresa Silva Díaz*  
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña  
Instituto de Investigación Biomédica A Coruña

*Alejandro Souto Vilas*  
Complejo Hospitalario Universitario Pontevedra

*Diana Sueiro Delgado*  
Complejo Hospitalario Universitario Ourense

*M<sup>a</sup> Luisa Uriondo Martínez*  
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña

*Tomás Ramón Vázquez Rodríguez*  
Complejo Hospitalario Universitario Ferrol

*Clara Ventín Rodríguez*  
Complejo Hospitalario Universitario A Coruña





# ÍNDICE

EDITORES.....	I
RELACIÓN DE AUTORES.....	III
PRÓLOGO.....	1
CAPÍTULO 1.....	5
SÍNDROMES AUTOINFLAMATORIOS. FEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR <i>Alejandro Souto Vilas, Sabela Fernández Aguado</i>	
CAPÍTULO 2.....	9
FENÓMENO DE RAYNAUD <i>Almudena Barros Barros, Begoña Moreira Martínez</i>	
CAPÍTULO 3.....	15
ENFERMIDADE DE BEHÇET <i>Alvaro Seijas López, Laura Losada Ares</i>	
CAPÍTULO 4.....	19
ESCLEROSE SISTÉMICA OU ESCLERODERMIA. <i>Ana Lois Iglesias</i>	
CAPÍTULO 5.....	23
SARCOPENIA <i>Antía Crespo Golmar, David Fernández Fernández</i>	
CAPÍTULO 6.....	27
LUMBALXIA E CIÁTICA <i>Belén Acasuso Pardo de Vera, María Teresa Silva Díaz</i>	
CAPÍTULO 7.....	33
POLICONDRITE RECIDIVANTE <i>Ignacio González Fernández, Pablo Castro Santamaria</i>	
CAPÍTULO 8.....	37
GOTA E CONDRICALCINOSE <i>Carlota Iñiguez Ubiaga, Rodrigo Aguirre del Pino</i>	
CAPÍTULO 9.....	41
OSTEOPOROSE <i>David Fernández Fernández, Antía Crespo Golmar</i>	
CAPÍTULO 10.....	47
ARTRITE REUMATOIDE <i>Diana Sueiro Delgado</i>	
CAPÍTULO 11.....	53
UVEÍTE <i>Eugenia González Díaz De Rábago</i>	

CAPÍTULO 12.....	59
SARCOIDOSE	
<i>Eva Salgado Pérez</i>	
CAPÍTULO 13.....	63
ARTRITE REACTIVA	
<i>Evelin Cecilia Cervantes Pérez, María Caeiro Aguado</i>	
CAPÍTULO 14.....	67
ENFERMIDADE DE PAGET	
<i>Clara Ventín Rodríguez</i>	
CAPÍTULO 15.....	73
LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO	
<i>Irene Altabás González, Nair Pérez Gómez</i>	
CAPÍTULO 16.....	79
A FIBROMIALXIA	
<i>John Henry Guzmán Castro</i>	
CAPÍTULO 17.....	85
TÉCNICAS EN REUMATOLOXÍA	
<i>Guillermo González Arribas</i>	
CAPÍTULO 18.....	91
A REUMA NOS NENOS. ARTRITE IDIOPÁTICA XUVENIL	
<i>Laura Losada Ares, Carlota Laura Iñiguez Ubiaga</i>	
CAPÍTULO 19.....	97
DOR DE OMBREIRO	
<i>Maite Silva-Díaz, Belén Acasuso Pardo de Vera</i>	
CAPÍTULO 20.....	101
ARTRITE PSORIÁSICA	
<i>María Caeiro Aguado, Evelin Cecilia Cervantes Pérez</i>	
CAPÍTULO 21.....	107
HIPERLAXITUDE LIGAMENTOSA	
<i>Manuel Pombo Suárez, Pablo Castro Santamaría</i>	
CAPÍTULO 22.....	111
ESPONDILARTRITE. ESPONDILITE ANQUILOSANTE	
<i>Begoña Moreira Martínez, Rafael B. Melero González</i>	
CAPÍTULO 23.....	117
MIOPATÍAS: DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE .....	117
<i>Nair Pérez Gómez, Sara García Pérez .....</i>	<i>117</i>
CAPÍTULO 24.....	121
A ARTROSE	
<i>Dra. Natividad Oreiro Villar</i>	
CAPÍTULO 25.....	127
SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDICA	
<i>Mª Noelia Álvarez Rivas, Lucía Cristina Domínguez Casas</i>	

CAPÍTULO 26 .....	131
AS VASCULITES. A ARTERITE DE CÉLULAS XIGANTES. <i>Rafael B. Melero González, Almudena Barros Barros.</i>	
CAPÍTULO 27 .....	137
SÍNDROME DA DOR REXIONAL COMPLEXA TIPO 1 (DISTROFIA SIMPÁTICA REFLEXA) <i>Raquel Dos Santos Sobrin</i>	
CAPÍTULO 28 .....	143
SÍNDROME SAPHO <i>Rodrigo Aguirre del Pino, Álvaro Seijas López</i>	
CAPÍTULO 29 .....	147
POLIMIALXIA REUMÁTICA <i>Sabela Fernández Aguado, Alejandro Souto Vilas</i>	
CAPÍTULO 30 .....	151
SÍNDROME DE SJÖGREN <i>Sara García Pérez, Irene Allabás González</i>	
CAPÍTULO 31 .....	155
ENFERMIDADES REUMÁTICAS AUTOINMUNES SISTÉMICAS. ENFERMIDADES MEDIADAS POR INMUNOCOMPLEXOS <i>María Cristina López Sánchez, Tomás Ramón Vázquez Rodríguez</i>	
CAPÍTULO 32 .....	161
EXERCICIO FÍSICO NAS ENFERMIDADES REUMATolóXICAS <i>Tatiana Díaz Díez</i>	
CAPÍTULO 33 .....	165
A ALIMENTACIÓN NAS ENFERMIDADES REUMATolóXICAS <i>Mª Luisa Uriondo Martínez, Begoña Carballal Platas</i>	
CAPÍTULO 34 .....	169
VACINAS <i>Coral Mouríño Rodríguez, María Pena Martínez</i>	
ANEXO. LISTADO DE ASOCIACIONES DE DOENTES .....	175



## PRÓLOGO

*"Son moi reumático", "esta néboa invádeme de reuma" e "atácame o reumatismo" son expresións habituais nas nosas conversas do día a día. Moitas destas persoas, cando van ao médico e este lles pregunta polo motivo da consulta, adoitan responder: "teño reuma".*

*O termo "Reumatismo" é a forma coloquial que a xente usa para referirse a este tipo de doenzas, aínda que este concepto non existe en ningún libro de medicina e non existe ningunha doenza ou enfermidade que reciba ese nome. A pesar diso, a sociedade agrupou baixo o paraugas desta palabra todas as doenzas relacionadas co aparello locomotor.*

*Máis de medio millón de persoas padecen en Galicia unha das máis de 200 enfermidades reumáticas que se coñecen na actualidade.*

*As enfermidades reumáticas son as doenzas crónicas máis frecuentes en España. De feito, o último Estudo EPISER 2016 (Estudo da Sociedade Española de Reumatoloxía sobre a prevalencia de enfermidades reumáticas na poboación adulta en España) sinala que 11 millóns de españois padecen algún tipo de patoloxía reumática. Cifras que establecen que 1 de cada 4 persoas padece unha das preto de 300 enfermidades reumáticas que existen.*

*A palabra "reuma" procede do latín "rheuma" e este último do grego "refma", que significaba derrame ou caudal. A saúde veríase reflectida polo equilibrio entre catro fluídos corporais e a vertedura ou caudal dun deles constituiría reumatismo. "Rheuma" referíase a un líquido nocivo, que podía fluír do cerebro pingando directamente nas articulacións, causando dor nas persoas. ¿E con que enfermidade está relacionado este fluxo de líquido? O concepto de reuma foi utilizado indistintamente polo pobo grego dende a súa orixe, uso que se estendeu ao longo dos séculos á sociedade actual. A palabra designaba globalmente todas as enfermidades reumáticas, sen mostrar ningunha diferenciación entre elas, como acontece na actualidade. A artrite gotosa, coñecida popularmente como a gota, foi unha das primeiras enfermidades reumáticas recoñecidas na historia da medicina. O propio Hipócrates recolleu esta patoloxía nos seus aforismos, proposicións relacionadas cos síntomas e o diagnóstico das enfermidades. A súa descrición do reuma está moi relacionada coa gota, o que parece indicar que se refería ao ácido úrico como causante desta enfermidade. Hai que ter en conta*

*que era a enfermidade reumática máis frecuente na Antiga Grecia. Agás nos últimos 150 anos, “rheuma” e “gota” eran dúas palabras que sempre foron sinónimos.*

*Porén, na medicina actual non existe ningunha enfermidade ou doenza do aparello locomotor que reciba o nome de reuma. Agrupamos popularmente baixo o nome de “reuma” ou “reumatismo” todo o conxunto de doenzas ou molestias relacionadas co aparello locomotor.*

*Entón, se o reuma non existe, que ten o noso familiar, amigo ou coñecido que se queixa de dor no pescozo, costas ou xeonllos? Posiblemente algún tipo de trastorno musculoesquelético, algún tipo de enfermidade reumática, cuxo diagnóstico debe ser establecido. Hai máis de cen enfermidades diferentes do aparello locomotor. A reumatoloxía é a especialidade que se ocupa das enfermidades do aparello locomotor e das enfermidades autoinmunes sistémicas. Estas últimas son doenzas que se deben a que o sistema inmune (o encargado de defendernos) reacciona contra o propio organismo, podendo producir manifestacións clínicas en calquera parte do mesmo.*

*Entender que o reuma non é unha enfermidade concreta ou un diagnóstico correcto obríganos a coñecer o nome específico da enfermidade que padecemos.*

*Os ósos, as articulacións, os músculos, os tendóns e os ligamentos forman o aparello locomotor, tamén chamado aparato locomotor.*

*As causas máis comúns de enfermidades reumáticas inclúen: a) o desgaste das propias estruturas pode alterar a cartilaxe e desencadear a artrose; b) o depósito de cristais nas estruturas do noso aparello locomotor: o ácido úrico e o calcio forman cristais microscópicos que, ao depositárense nas articulacións, inflámaas; c) ataques ao sistema que se producen como consecuencia do esforzo físico no deporte, no traballo ou na casa: constitúen unha causa moi frecuente de lesións de tendóns e ligamentos e d) infeccións.*

*As enfermidades doutros órganos ou sistemas tamén poden afectar ao sistema musculoesquelético e provocar dor, molestias ou outro tipo de síntomas. É o caso dalgunhas enfermidades do sangue, da pel, das glándulas endócrinas, etc.*

*O 33% da poboación consulta a un médico por problemas musculoesqueléticos e o 20% da poboación consome antiinflamatorios. Neste sentido, o 25% dos españois maiores de 20 anos padece algún tipo de enfermidade reumática, sendo a artrose a máis frecuente. Ademais, as enfermidades reumáticas son a causa do 40% ao 50% das discapacidades.*

*Por todas estas afeccións, a enfermidade reumática constitúe un problema de saúde de gran magnitude, polo seu notable impacto social e económico.*

*O diagnóstico baséase na historia e na exploración física. Ás veces, as probas do laboratorio, a radioloxía e outras técnicas poden axudar a confirmar ou descartar a sospeita clínica.*

*O reumatólogo, pola súa formación e experiencia, é o médico especialista máis preparado para diagnosticar e tratar enfermidades do aparello locomotor e doenzas autoinmunes sistémicas como o lupus eritematoso sistémico, o síndrome de Sjögren, a enfermidade inflamatoria do músculo (miosite) ou dos vasos que levan o sangue ao corpo (vasculite), etc.*

*Moitas enfermidades reumáticas tenden a ter un compoñente hereditario que é moi variable segundo o tipo de enfermidade e a raza. Porén, haberá que esperar uns anos e analizar os diferentes avances científicos, para coñecer con certeza que importancia pode ter a herdanza nas diferentes enfermidades reumáticas.*

*Unha dieta saudable e equilibrada, baixa en graxas e azucres e rica en alimentos con calcio, controlando os hábitos tóxicos (alcohol e tabaco), reducindo o exceso de peso e practicando exercicio físico regularmente, axudaranos a ter unha mellor calidade de vida e unha mellor saúde dos nosos ósos e articulacións.*

*O médico de familia, como ocorre con certas enfermidades doutros sistemas, pode diagnosticar e tratar eficazmente moitos dos problemas máis comúns relacionados co sistema musculoesquelético. A maioría das veces será o mesmo médico de familia quen nos recomende acudir ao reumatólogo cando a situación así o requira.*

Carlos García Porrúa  
José María Pego Reigosa





### SÍNDROMES AUTOINFLAMATORIOS. FEBRE MEDITERRÁNEA FAMILIAR

*Alejandro Souto Vilas, Sabela Fernández Aguado*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

As enfermidades autoinflamatorias (EAI) engloban un grupo de enfermidades raras caracterizadas pola presenza de episodios inflamatorios agudos e recorrentes, con períodos asintomáticos entre eles. A finais do século XX, o doutor Daniel L. Kastner investigou as bases moleculares das enfermidades de inicio pediátrico caracterizadas por episodios febrís e inflamatorios recorrentes, que presentaban agregación familiar segundo os patróns de herdanza mendelianos clásicos que non foran desencadeadas por tumores, axentes infecciosos ou enfermidades autoinmunes. Esta investigación permitiu identificar alteracións xenéticas subxacentes en pacientes con febre mediterránea familiar (FMF) e posteriormente con outras EAI.

Nos últimos 40 anos identificáronse máis de 50 alteracións xenéticas e moleculares responsables destas enfermidades en diferentes xenes relacionados coa resposta inmune innata e a inflamación. Nas EAI, non hai produción de autoanticorpos, nin se identifican células T programadas para atacar autoantixenos, a diferenza das enfermidades autoinmunes. Teñen unha base fisiopatolóxica predominantemente hereditaria de mutacións que conducen a unha sobreprodución e liberación de mediadores proinflamatorios. Descubríronse diferentes vías fisiopatolóxicas implicadas na autoinflamación segundo a enfermidades que se trate, que permitiu o desenvolvemento de fármacos biolóxicos que bloquean algunha de estas vías e que poden controlar a actividade da enfermidade e mellorar a morbilidade e mortalidade e a calidade de vida destes pacientes. As EAI máis frecuentes son a FMF, a síndrome asociada ao receptor de TNF (TRAPS), a síndrome de deficiencia de mevalonatoquinasa/hiper-IgD (MKD/HIDS) e as síndromes periódicas asociadas á criopirina (CAPS). A táboa 1 enumera as EAI segundo a súa vía fisiopatolóxica.

### Clasificación das enfermidades autoinflamatorias: Enfermidade (xene)

Grupo 1: Inflamasomopatías	FMF (MEFV), TRAPS (TNFRSF1A), HIDS (MVK), CAPS (NLRP3), síndrome PAPA (PSTPIP1), síndrome DIRA (IL1RN), Síndrome Majeed (LPIN2)
Grupo 2: Enfermidades mediadas por NF-κB	Síndrome Blau (NOD2), Urticaria familiar inducida por frío (NLRP12), psoriase pustular asociada a CARD14 (CARD14), Otulipenia (FAM195B), Haploinsuficiencia A20 (TNFAIP3, haploinsuficiencia de RELA (RELA)
Grupo 3: Interferonopatías	Síndrome CANDLE (proteosoma), Síndrome SAVI (TMEM173), Síndrome de Singleton-Merten (DDX58, IFIH1), lupus pernicio (TREX1), formas monoxénicas de LES (C1QA-C, C1r, DNASE1), deficiencia STAT2 (STAT2)
Grupo 4: Outras	DITRA (IL36RN), Síndrome DADA2 (ADA2), Síndrome PLAID (PLCG2), VEXAS (UBA1)

#### Como é? Manifestacións clínicas.

A FMF caracterízase pola presenza de ciclos febrís periódicos de 48-72 horas que reaparecen ciclicamente cada 3-5 semanas. Aínda que os períodos de febre poden aparecer de forma espontánea, identificáronse algúns desencadeantes como infeccións, estrés, menstruación, exposición ao frío, xaxún prolongado, exposición a axentes tóxicos ou comidas copiosas. Outra manifestación relativamente frecuente é o desenvolvemento de serose en forma de derrames pleurais ou ascite. Con relativa frecuencia, os pacientes describen dor muscular e articular, e con menos frecuencia desenvolven eritema cutáneo esporádico. Con pouca frecuencia, os pacientes poden presentar adenopatías. No caso dos nenos, unha manifestación relativamente frecuente é o desenvolvemento da diarrea, mentres que nos adultos o estrinximento é máis frecuente. Unha forma fenotípica rara de FMF inclúe a amiloidose como única manifestación. A

amiloidose tamén se pode ver en fases avanzadas da FMF e é responsable da compoñente de insuficiencia renal que estes pacientes poden desenvolver sen tratamento.

É unha enfermidade herdada principalmente como un patrón autosómico recesivo, o que significa que os pais non adoitan presentar os síntomas da enfermidade. Este tipo de transmisión significa que para contar con FMF, ambas as dúas copias do xene MEFV dunha persoa deben estar mutadas (un da nai e outro do pai). Polo tanto, ambos pais son portadores (un portador só ten unha copia mutante pero non padece a enfermidade). Se a enfermidade está presente de forma extensa na familia, é probable que apareza nun irmán, curmán, tío ou parente afastado. Non obstante, como se observa nunha pequena proporción de casos, se un dos pais ten FMF e o outro é un portador, hai un 50/50 de posibilidades de que o teu fillo teña a enfermidade. Nunha minoría de pacientes, unha ou mesmo as dúas copias do xene parecen ser normais.

Unha vez establecida a sospeita clínica e excluídas as causas infecciosas de febre, o diagnóstico pódese establecer combinando dous criterios clínicos: febre, resposta á colchicina, serose e presenza de amiloidose. O diagnóstico mediante o estudo do xene MEFV ten un importante factor predictivo positivo e actualmente é unha proba estándar no estudo de pacientes con sospeita de FMF. A táboa 2 mostra as manifestacións clínicas ademais da febre das EAI máis frecuentes.

Manifestacións das EAI máis frecuentes						
	FMF	HIDS	TRAPS	FCAS	MWS	NOMID/ CINCA
Herdanza	Recesivo	Recesivo	Dominante	Dominante	Dominante	Dominante
Idade de inicio	< 20	< 2	Variable	< 1 ano	< 20	Neonatal
Xene	MEFV	MVK	TNFRSF1A	NLRP3	NLRP3	NLRP3
Duración brote	12 horas–3 días	3 - 7 días	semanas	1- 2 días	1-3 días	Persistente
Clínica	Rash erisipeloido, artrite, serosite	Adenopatías, aftas, dor abdominal	Mialxias, edema periorbitario	Urticaria por exposición ó frío	Urticaria, artrite, xordeira	Urticaria, meninxite, lesións óseas

### Como se trata? Previsión, que podo agardar?

A colchicina é o principal tratamento da FMF. A dose axústase ao peso corporal. O pronóstico da FMF non tratada é malo xa que a inflamación persistente e prolongada leva á amiloidose renal coa consecuente insuficiencia renal. A colchicina é eficaz no 95% dos pacientes, prevén a aparición da amiloidose e reduce ou elimina os brotes febrís e outras manifestacións da enfermidade. En pacientes que non responden ou toleran mal o uso da colchicina, as terapias que bloquean a IL-1, como Anakinra ou Canakinumab, demostraron ser eficaces. Estas terapias tamén se utilizaron noutras EAI con resultados variables.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. *Aróstegui Gorospe JI. Enfermedades autoinflamatorias. Criterios de clasificación. Protoc diagn ter pediatr. 2020;2:369-377.*
2. *Fiebre Mediterránea Familiar. Recurso online: <https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/fiebre-mediterranea-familiar/>*
3. *Llobet Agulló MP, Moure González JD. Diagnóstico y manejo de las enfermedades autoinflamatorias en Pediatría. Protoc diagn ter pediatr. 2019;2:453-69.*

## CAPÍTULO 2.

### FENÓMENO DE RAYNAUD

*Almudena Barros Barros, Begoña Moreira Martínez*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

O francés Maurice Raynaud deu o seu nome a este trastorno, que se caracteriza por unha diminución da circulación sanguínea nos dedos das mans e dos pés, o que provoca dor e cambios de cor nestas localizacións. As veces, pode afectar a outras áreas como os beizos, o nariz e as orellas. Os factores que o desencadean son os cambios de temperatura (xeralmente o frío) e as situacións de estrés e emocións.

A diminución da circulación sanguínea nas mans e nos pés é causada pola contracción dos vasos sanguíneos. Como nas mans e nos pés, os vasos son normalmente pequenos, este peche do vaso (vasoespasmio) dificulta moito a circulación do sangue e polo tanto a osixenación da pel, provocando o cambio de cor.

#### Grupo de poboación á que afecta e causas.

Aparece con maior frecuencia nas mulleres, na segunda e terceira década de vida.

Cando se produce sen causa aparente, denomínase fenómeno de Raynaud primario ou enfermidade de Raynaud.

Cando se asocia con outra enfermidade, chámase fenómeno de Raynaud secundario.

A frecuencia do fenómeno de Raynaud primario é de aproximadamente o 3-4% da poboación xeral e a do secundario depende da enfermidade subxacente.

O fenómeno de Raynaud secundario asóciase máis frecuentemente con enfermidades reumáticas autoinmunes. Aparece con máis frecuencia na esclerodermia e na síndrome de Sjögren, pero tamén pode facelo noutros tipos de patoloxías como o lupus eritematoso sistémico.

É normal que calquera persoa exposta a un frío intenso teña diminuída a circulación sanguínea distal, pero cando unha persoa ten o fenómeno de Raynaud é tan sensible aos pequenos cambios de temperatura que pode sufrir un ataque ao estar nunha habitación con aire acondicionado.

### Causas de Fenómeno de Raynaud secundario:

Enfermidades reumatolóxicas autoinmunes	Esclerose sistémica, síndrome de Sjögren, lupus eritematoso sistémico, dermatomiosite-polimiosite, conectivopatía indiferenciada, vasculite, síndrome antifosfolípido...
Fármacos/drogas	Antimigrañosos, algúns betabloqueantes, drogas...
Ocupacional	Uso de maquinaria vibratoria, traumatismos repetidos, etc.
Infeccións	Virus hepatitis B, C, SARS-COV-2...
Enfermidade vascular	Aterosclerose, microembolia...
Outras causas	Hipotiroidismo, enfermidades hematolóxicas, fibromialxia, trastornos da conduta alimentaria, etc.

### Como se manifesta o fenómeno de raynaud? Síntomas.

En situacións de frío, emocións ou estrés, aparecen síntomas temporais, como brotes ou ataques, que duran entre 10 e 15 minutos, ou incluso horas. Os ataques son sempre reversibles e raramente causan danos importantes nos tecidos. Non se deben confundir con outros procesos isquémicos (con falta de circulación), como a trombose ou a vasculite, que son irreversibles e provocan danos estruturais.

### Os síntomas habituais do fenómeno de Raynaud son:

- Cambio de coloración da pel nunha secuencia de tres fases, branco-azul-vermello. Primeiro vólvese branco porque chega pouco sangue, en segundo lugar vólvese azul cando o sangue está estancado e en terceiro lugar vólvese vermello (ás veces morado) porque a luz (conduto) do vaso sanguíneo ábrese e o fluxo

---

sanguíneo volve circular. Débense producir polo menos dous dos tres cambios de cor e na orde indicada e sempre debe haber unha fase pálida.

- Dor nos dedos cando están fríos.
- Inchazo, formigo ou dor cando se recupera o fluxo sanguíneo (fase hiperémica).

En casos graves, aparecen úlceras cutáneas e perda de estruturas na parte distal (na punta) dos dedos. Será necesario extremar as precaucións cando existan feridas na pel para evitar infeccións.

### Diagnóstico.

Se unha persoa presenta os síntomas aos que nos referimos, debe acudir ao seu médico para que o estude e descarte outros procesos que poidan ser similares. O primeiro que fai o médico é preguntar sobre os síntomas e facer un exame médico xeral. As análises xerais e outras especiais como a busca de anticorpos antinucleares permiten saber se está asociada a algunha enfermidade.

Actualmente, aplícase sistematicamente unha técnica moi sinxela e cómoda para o paciente, que consiste en ver ao microscopio a zona distal dos dedos, buscando anomalías vasculares. Chámase capilaroscopia. Esta técnica, xunto cos resultados da analítica, axuda a diferenciar o fenómeno de Raynaud primario do secundario.

### Prognóstico.

O prognóstico no fenómeno de Raynaud primario é bo, sen mortalidade e poucas complicacións.

O prognóstico do fenómeno de Raynaud secundario está directamente relacionado coa causa que o provoca. Así mesmo, depende da intensidade da isquemia e dos tratamentos que apliquemos para mellorar o fluxo sanguíneo.

É importante establecer un diagnóstico correcto porque, dependendo da causa, a eficacia de moitas terapias depende de que se empreguen ao inicio da enfermidade.

## Como se trata?

Non existe un tratamento curativo para o fenómeno de Raynaud, pero existen regras e tratamentos para previr ataques no fenómeno de Raynaud primario e danos nos tecidos no fenómeno de Raynaud secundario.

É necesario que o paciente se implique porque as medidas de protección contra o frío e o coidado da pel son moi importantes.

### Medidas que o paciente pode tomar:

- Protexerse do frío cubríndose ben, non só mans e pés, senón todo o corpo, incluíndo nariz, beizos e orellas. Debe usar roupa de abrigo incluíndo as camisolas, sombreiro, bufanda, luvas, medias grosas e botas.
- Debe evitar o contacto directo co frío, evitando recoller alimentos fríos do frigorífico ou do conxelador.
- Protexer a pel: é importante que a pel se manteña ben hidratada para previr cortes e fisuras, usar cremas suavizantes, xabóns suaves e locións para as uñas.
- Relaxación: o estrés pode desencadear o ataque, polo que convén realizar exercicios aeróbicos e relaxantes ou calquera técnica utilizada actualmente para reducir ese estrés.
- Non se debe fumar porque o tabaco provoca vasoespasmo, é dicir, que chegue menos sangue a todo o corpo e pode desencadear episodios do fenómeno de Raynaud nas mans e nos pés. Ademais, o tabaco provoca danos aos vasos sanguíneos que poden agravar o problema.
- Se aparecen úlceras ou feridas, é necesario consultar rapidamente, xa que require tratamento específico por parte do médico. Así mesmo, o risco de infeccións aumenta nestas situacións.
- Nun ataque agudo, hai que manter a calma e pensar que os ataques son reversibles. Hai que quentar gradualmente as mans e pés. Se usa auga para mellorar a circulación, só debe estar quente, xa que a auga moi quente pode erosionar a pel.



---

### Tratamento médico:

Non existen medicamentos específicos para o fenómeno de Raynaud primario, pero outros que se usan para tratar a presión arterial ou problemas cardíacos son eficaces.

O tratamento médico do fenómeno Raynaud secundario depende da enfermidade asociada. Cando a causa é unha enfermidade reumatolóxica, a mellora é máis difícil.

Os medicamentos que se usan son vasodilatadores, é dicir intentan facilitar o paso da sangue. Entre eles hai medicamentos orais (como nifedipina ou amlodipino, captopril ou enalapril, losartan, prazosina, bosentan, ambrisentan, sildenafilo ou tadalafilo) e medicamentos intravenosos (análogos de prostaglandina intravenosa como iloprost ou epoprostenol). Estes medicamentos indícanse como tratamento segundo a orixe ou a gravidade do fenómeno de Raynaud.

Ademais, sempre se debe prestar especial atención ao coidado e tratamento das úlceras dos dedos que poden ocorrer no fenómeno de Raynaud grave.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. *Balsa, A. — Díaz-González, F. — Álvaro-Gracia, J. — Bustabad, S. — Carreira, P. — Gómez-Puerta, J. Tratado de Enfermedades Reumáticas. Sociedad Española De Reumatología (SER). 2ª Edición. Noviembre 2022. Editorial Médica Panamericana S.A.*
2. *Dossier informativo sobre fenómeno de Raynaud. Fundación Española de Reumatología. Fenómeno de Raynaud: qué es, síntomas y tratamiento (inforeuma.com)*



## CAPÍTULO 3.

### ENFERMIDADE DE BEHÇET

*Álvaro Seijas López, Laura Losada Ares*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

A enfermidade de Behçet é unha enfermidade inflamatoria sistémica crónica que pode afectar a múltiples sistemas do corpo humano. De forma característica, presenta úlceras bucais e xenitais recorrentes, asociadas a manifestacións oculares, vasculares e cutáneas. Pode ocorrer a calquera idade (incluída a infancia) aínda que os síntomas xeralmente comezan a aparecer entre os 20 e os 30 anos. A orixe da enfermidade non está completamente clara, pero crese que é unha enfermidade autoinmune, onde interveñen tanto unha predisposición xenética como factores ambientais, que desencadean unha actividade aberrante do sistema inmunitario que produce a enfermidade.

É unha patoloxía rara no noso medio. Obsérvase classicamente no territorio que antes incluía a denominada ruta da seda, sendo máis frecuente nos países pertencentes a Oriente Medio. En Galicia recóllese unha prevalencia aproximada de 4 casos por cada 100.000 habitantes.

#### Como é? Manifestacións clínicas.

Os síntomas da enfermidade de Behçet son moi heteroxéneos, presentando un patrón alterno de episodios de actividade e remisión ao longo dos anos, cunha tendencia gradual a reducir a intensidade dos síntomas.

Case todos os que padecen a enfermidade desenvolven úlceras bucais recorrentes e dolorosas, que adoitan ser o primeiro síntoma. Pero como dixemos antes, é unha patoloxía multisistémica, que pode afectar a case calquera órgano do corpo.

Aftas na cavidade oral: afectan a case todos os pacientes e adoitan ser a primeira e única manifestación durante anos antes doutros síntomas. Son dolorosas, curan en aproximadamente 1 semana e non deixan cicatriz.

Úlceras xenitais: poden aparecer lesións no escroto e na vulva. Adoitan ser dolorosas, máis grandes que as que aparecen na boca e poden deixar cicatriz.

Pel: lesións semellantes ao acne en calquera parte do corpo. Ou manifestacións similares ao eritema nodoso, presente principalmente en mulleres.

Ollos: a uveíte é a afectación máis frecuente, en forma de ollo vermello, visión borrosa e dor. Atópase principalmente no sexo masculino, presentando episodios repetidos.

Manifestacións articulares: os síntomas articulares aparecen en forma de artralxia ou artrite, afectando xeralmente a grandes articulacións como os xeonllos.

Sistema dixestivo: pode ocorrer unha gran variedade de síntomas, desde dor abdominal ata inflamación severa de diferentes lugares do tracto dixestivo.

Sistema nervioso: está presente con menos frecuencia. A inflamación pode ocorrer a nivel do cerebro e da medula espiñal. Pode manifestarse como dor de cabeza, febre, confusión, descoordinación.

Vasos sanguíneos: prodúcese unha inflamación dos vasos sanguíneos (vasculite), que pode desencadear episodios de trombose ou a aparición de dilatacións(aneurismas) ou estreitamento das arterias.

O diagnóstico da enfermidade de Behçet é complexo, dada a presenza de episodios de actividade alternados con períodos de remisión da enfermidade. Non hai ningunha proba para confirmar a enfermidade. Baséase na valoración por parte do médico dun conxunto de síntomas característicos que xa expuxemos previamente. É esencial unha historia clínica detallada do paciente.

Sospeitarase da enfermidade naqueles individuos, nas primeiras décadas de vida, que sufriron episodios de úlceras e/ou inflamacións nos ollos, acompañadas doutras manifestacións cutáneas, trombose, artrite, entre outras moitas.

Tamén se realizan análises de sangue. Actualmente non existe ningún parámetro que identifique a enfermidade, pero si as probas indican a presenza de inflamación.

---

## Como se trata?

O tratamento realízase individualmente dependendo de cada paciente, da gravidade e dos órganos danados. Non hai cura para a enfermidade de Behçet, o obxectivo do tratamento é reducir os síntomas dos episodios e evitar problemas graves en órganos vitais ou que xeren discapacidade. Os fármacos utilizados buscan minimizar a inflamación presente ou regular o sistema inmunitario mediante distintos mecanismos. Diferentes familias de fármacos úsanse por vía tópica, oral, intravenosa ou subcutánea. Os reumatólogos receitarán medicamentos como corticoides, antiinflamatorios non esteroideos ou inmunosupresores (como colchicina, metotrexato, azatioprina ou inhibidores do factor de necrose tumoral, entre outros).

## Previsión, que podo agardar?

O pronóstico da enfermidade de Behçet depende da localización da afectación e da gravidade que presenta. A gran maioría das persoas que son diagnosticadas poden levar unha vida plena e produtiva, se se controla a enfermidade e se realizan os controis e seguimentos médicos apropiados. Cun tratamento adecuado, os episodios de actividade adoitan ser menos intensos e conséguense máis facilmente a remisión. Nunha porcentaxe de pacientes pódense producir síntomas máis graves con menor resposta ao tratamento, sendo as principais causas de complicacións a afectación ocular, neurolóxica e vascular.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Yazici, Y., Hatemi, G., Bodaghi, B. et al. Behçet syndrome. *Nat Rev Dis Primers* 7, 67 (2021).
2. Eiroa P, Sánchez J, Rosales M et al. Estudio epidemiológico de la enfermedad de Behçet en el área sanitaria de La Coruña. *Rev Esp Reumatol* 1991; 18: 285-287
3. *Enfermedad de Behçet: qué es, síntomas, diagnóstico y tratamiento.* <https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/behcet>



## CAPÍTULO 4.

### ESCLEROSE SISTÉMICA OU ESCLERODERMIA.

*Ana Lois Iglesias*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

A esclerose sistémica, é un tipo de esclerodermia. Esclerodermia ven do grego e significa "pel dura". É una enfermidade autoinmune crónica na que se produce unha alteración no coláxeno que vai provocar cambios na pel, cun endurecemento da mesma e que pode afectar tamén a outros órganos como os pulmóns, corazón, riles ou aparato dixestivo.

Outro tipo de esclerodermia é a esclerodermia localizada que afecta soamente a pel.

É una enfermidade rara de orixe descoñecida, afecta a 2,5 millóns de persoas no mundo, aproximadamente a 1 de cada 50.000.

Pode aparecer a calquera idade, sendo mais frecuente en mulleres de mediana idade (30-50 anos).

#### Como é? Manifestacións clínicas.

Os síntomas e as diferentes manifestacións da enfermidade poden ser diferentes en cada paciente. Vai depender do tipo de enfermidade que se teña, da gravidade da mesma e de que órganos están afectados. Así haberá pacientes con síntomas leves e outros poderán ter unha presentación con manifestacións graves.

O tecido mais afectado é a pel. Segundo a extensión da afectación clasificaremos en esclerose sistémica difusa ou limitada.

#### Os síntomas máis frecuentes inclúen:

- Endurecemento progresivo da pel
- Rixidez articular porque a pel ao redor das articulacións non se estira coma antes.

- Acumulacións de calcio na pel ou debaixo dela nos dedos (calcinosis cutis).
- Fenómeno de Raynaud no que os dedos se tornan brancos ou morados en resposta o frío ou estrés.
- Outros síntomas coma o refluxo, dificultades para tragar, sensación de falta de aire con esforzos moderados.

Para poder facer o diagnóstico será necesario facer una valoración por un médico especializado. Esa avaliación incluírá unha serie de preguntas, exame da pel e una exploración física xeral e as probas complementarias que se consideren necesarias en cada caso. Habitualmente realizaranse analíticas con estudos de inmunoloxía e as probas de imaxe necesarias.

Será necesario un seguimento periódico segundo considéreo necesario o seu especialista.

### **Como se trata?**

Na actualidade non temos tratamentos que poidan curar a enfermidade pero si podemos tratar moitas das manifestacións que se presenten para mellorar os síntomas e intentar previr complicacións. O fenómeno de Raynaud pódese tratar para mellorar a circulación. Tamén podemos tratar o refluxo ácido, a enfermidade renal esclerodérmica e as manifestacións pulmonares (afectación intersticial do pulmón e a hipertensión pulmonar) entre outras. Ademais estase investigando para encontrar mellores tratamentos para esta doenza.

### **Previsión, que podo agardar?**

Dependendo do tipo de enfermidade poderemos esperar unha maior ou menor afectación, podendo afectar unicamente á pel ou tamén a outros órganos. O seu reumatólogo poderao orientar en cada caso.

Segundo a gravidade e a extensión da enfermidade poderá afectar a súa vida diaria. Moitos doentes poderán levar una vida normal ou case normal, aínda que é probable que teñan que tomar medidas xerais. Será recomendable manter a pel hidratada, ser coidadoso en actividades que poidan provocar danos nos dedos, protexerse ben do frío usando varias capas de roupa.



---

## BIBLIOGRAFÍA:



## CAPÍTULO 5.

### SARCOPENIA

*Antía Crespo Golmar, David Fernández Fernández*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

A sarcopenia é un trastorno do músculo esquelético xeneralizado e progresivo caracterizado por unha diminución da masa e calidade muscular, así como da forza e o rendemento físico.

A orixe desta patoloxía é multifactorial, na que diversos elementos xenéticos e ambientais concorren nun desequilibrio entre o mantemento e rexeneración das células musculares e a súa degradación, a favor desta última. Pode ocorrer de forma rápida ou progresiva. Por un lado, no propio músculo prodúcense cambios coma a transformación de fibras tipo II en tipo I, infiltración graxa e redución das células satélites encargadas da rexeneración muscular. Tamén se produce unha redución das neuronas que innervan as fibras musculares e unha alteración da sinalización neuromuscular. Por outro, no organismo prodúcese unha redución da secreción de hormonas que se relacionan co mantemento da masa e da función do músculo esquelético, coma a hormona de crecemento, hormonas sexuais, tiroides e vitamina D. Moitos destes procesos están relacionados co envellecemento, pero tamén poden aparecer noutros contextos coma no sedentarismo ou encamamento durante unha convalecencia, problemas nutricionais e relacionadas con múltiples enfermidades (Táboa 1). En procesos inflamatorios crónicos (enfermidades cardiorrespiratorias, reumáticas, cancro...) libéranse moléculas que exercen un efecto deleterio sobre o músculo. Na obesidade, ademais da inflamación crónica, o tecido graxo sintetiza outras substancias coma a leptina ou a resistina que favorecen a atrofia muscular.

Táboa 1. Causas frecuentes de sarcopenia
Nutricionais:
▪ Baixa inxesta de proteínas
▪ Baixo aporte enerxético
▪ Déficit de micronutrientes
▪ Mala absorción ou outras alteracións gastrointestinais
▪ Restrición da inxesta
Enfermidades:
▪ Óseas ou articulares
▪ Diabetes
▪ Privación androxénica
▪ Cardiorrespiratorias (insuficiencia cardíaca, enfermidade pulmonar obstrutiva crónica...)
▪ Enfermidades neurolóxicas
▪ Cancro
▪ Enfermidades do ril ou hepáticas
Asociadas coa inactividade
▪ Inmobilidade prolongada, desaxeitamento físico
▪ Sedentarismo
▪ Estancia hospitalaria

### Como é? Manifestacións físicas.

As persoas con sarcopenia teñen debilidade e atrofia muscular, con aparición precoz de fatiga, o que fai que sexa máis difícil para eles camiñar ou desenvolver as actividades da vida cotiá. Tamén son máis frecuentes as caídas, o que é un factor de risco para a aparición de fracturas óseas. Todo redonda nunha menor independencia e calidade de vida e nun aumento da fragilidade e mortalidade.

O diagnóstico baséase na recollida a través da entrevista da sintomatoloxía descrita, test físicos para medir a forza muscular e o rendemento e probas para intentar cuantificar a masa muscular (coma a resonancia magnética nuclear ou a tomografía computadorizada). A valoración debe ser individualizada, tendo en conta o contexto do doente como a idade, outras enfermidades, o seu

---

desempeño funcional previo e actividade física que realiza de forma habitual. Na práctica clínica aínda non dispoñemos de biomarcadores analíticos que nos permitan medir o grado de afectación e a resposta terapéutica, aínda que se están a investigar moléculas como a miostatina-folistatina, o factor neurotrófico derivado do cerebro (BDNF) ou o ratio creatinina cistatina C séricas.

### Como se trata?

A terapéutica baséase en dous grandes piares: o exercicio físico e una dieta saudable.

A actividade física é fundamental para a prevención e o tratamento da sarcopenia, principalmente con exercicios de resistencia para aumentar a forza e a masa muscular. Poden ser co peso do propio corpo ou empregar material coma gomas, pesas ou máquinas. O programa debe adaptarse ás posibilidades de cada persoa, sendo ideal inicialo baixo supervisión de persoal cualificado.

A alimentación debe ser sa, cunha inxestión adecuada de proteínas e ácidos graxos omega 3. Nos casos nos que coa dieta non se cubran as necesidades, os elementos pódense aportar a través de suplementos. Se existe un déficit de vitamina D tamén deberá ser corrixido. Aínda non existe ningún tratamento farmacolóxico aprobado para o tratamento da sarcopenia.

### Prognóstico. Que pode agardar?

A sarcopenia é unha entidade frecuente, estimándose a súa presenza nun 12,9% da poboación. Asíciase de forma maioritaria ao envellecemento e á inmovilización prolongada, aínda que se atopa vinculada a múltiples patoloxías, e repercute de forma negativa na calidade de vida e na supervivencia dos pacientes. A práctica de exercicio físico e unha dieta balanceada son imprescindibles para a súa prevención e mellora, sendo ámbolos dous factores áreas sobre as que podemos influír activamente na nosa vida diaria.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Cruz-Jentoft AJ, Sayer AA. Sarcopenia. *Lancet [Internet]*. 2019 Jun 29 [cited 2023 Mar 5];393(10191):2636–46. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673619311389/fulltext>

2. *Mellen RH, Giroto OS, Marques EB, Laurindo LF, Grippa PC, Mendes CG, et al. Insights into Pathogenesis, Nutritional and Drug Approach in Sarcopenia: A Systematic Review. Biomed 2023, Vol 11, Page 136 [Internet]. 2023 Jan 5 [cited 2023 Feb 2];11(1):136. Available from: <https://www.mdpi.com/2227-9059/11/1/136/htm>*

## CAPÍTULO 6.

### LUMBALXIA E CIÁTICA

*Belén Acasuso Pardo de Vera, María Teresa Silva Díaz*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

Defínese como aquela dor localizada na rexión lumbar. Cando a dor supera a zona lumbar e chega aos membros inferiores, fálase de dor lumbar irradiada. Se a dor se estende desde a parte baixa das costas ata o talón ou o pé, baixando pola parte traseira ou lateral da coxa, chamámoslle ciática, o que suxire danos nas raíces nerviosas que saen da columna lumbar e levan sensacións ou ordes para contraer os músculos dos membros inferiores a través do nervio ciático. Se a dor non supera a rexión do xeonllo, non debe chamarse ciática e a súa causa adoita non ser a lesión da raíz nerviosa.

Aproximadamente o 85% da poboación sufrirá este tipo de dor nalgún momento da súa vida, sendo a gran maioría dos casos de causa benigna. Falamos de lumbalxia aguda se dura menos de 6 semanas e crónica cando a duración da dor é superior a este período.

As causas da lumbalxia/ciática son múltiples e pódense dividir en causas de orixe mecánica e causas de orixe inflamatoria. As causas de orixe mecánica son, con moito, as máis frecuentes e radican nos cambios na mecánica e estática das estruturas que compoñen a columna lumbar (ligamentos, músculos, discos vertebrais e vértebras).

As causas de orixe inflamatoria teñen a súa orixe en determinadas enfermidades que provocan inflamación das estruturas que forman a columna vertebral. As máis coñecidas son as espondiloartrites. Outras causas moito menos frecuentes serían infeccións ou tumores.

#### Como é? manifestacións clínicas.

A lumbalxia por causas mecánicas empeora ao estar de pé durante moito tempo ou cando se manteñen posturas incorrectas durante moito tempo. Deitarse na cama adoita mellorar ou desaparecer a dor. Non obstante, a dor lumbar

inflamatoria adoita aparecer pola noite, pola mañá cedo, e esperta á persoa, o que a obriga a levantarse da cama. En lugar de empeorar a dor, a actividade diaria mellóra e ás veces fai que desapareza.

Na ciática, normalmente causada por unha hernia discal (é dicir, por unha parte do disco intervertebral que se move e sobresa, comprimindo o nervio que pasa ao seu carón), adoita producirse unha dor aguda na parte posterior da coxa e na perna, ás veces acompañada dunha sensación de formigo e ás veces de falta de forza na perna danada.

O diagnóstico é sinxelo e establécese en función das características da dor e da exploración física. Se a dor dura máis de 3 semanas, adóitase realizar unha radiografía da columna vertebral. Cando a dor é moi persistente a pesar do tratamento realizado ou se se sospeita de afectación nerviosa, pódese xustificar a realización de probas complementarias máis complexas, como un electromiograma, unha TAC ou unha resonancia magnética.

### **Como se trata?**

Non existe unha única forma de tratamento que sexa eficaz para todas as formas de lumbalxia/ciática.

Nos pacientes onde a causa é de orixe sistémica, a causa subxacente debe ser tratada.

Para a xestión da lumbalxia inespecífica en primeiro lugar é recomendable o descanso, que non debe durar máis de 2 días. Pasado este tempo é fundamental comezar a levantarse e facer unha actividade física suave e progresiva xa que notamos menos dor. Nestas fases, a aplicación de calor local varias veces ao día, masaxe tras calor (sobre todo se observamos que os músculos da zona están contraídos) e analxésicos sinxelos, como paracetamol ou metamizol, ou antiinflamatorios non esteroideos, son moi eficaces. Nos pacientes que asocian un compoñente de ansiedade ou depresión, pódese engadir un medicamento que axude a paliar. Se a dor persiste pódense realizar infiltracións con corticoides ou anestésicos.



---

Como tratamento complementario, o facultativo pode pautar tratamento co ultrasóns, estimulación nerviosa eléctrica transcutánea, acupuntura ou magnetoterapia.

A práctica regular de exercicios de rehabilitación e deportes como a natación ou pilates son de gran axuda para esta doenza.

### Previsión, que podo agardar?

Máis do 50% dos pacientes con dor lumbar mellora nunha semana e máis do 90% farano nos próximos dous meses. O 7-10% seguirá tendo dor lumbar aos tres meses, que se considera dor lumbar crónica.

En moi poucas ocasións, cando o tratamento médico non foi eficaz, hai que recorrer á cirurxía.

É fundamental no tratamento, na prevención de novos episodios. Evitar factores que agraven o lumbago como o sedentarismo excesivo ou a falta de exercicio, as posturas inadecuadas así como determinadas actividades laborais relacionadas co esforzo físico e a obesidade.

A prevención da dor lumbar baséase en tres piares fundamentais: evitar levantar pesos, hixiene postural e exercicios.

A continuación móstranse consellos imprescindibles en cada unha destas facetas:

#### Pesos:

- Sempre que estea a acadar algo do chan, dobre os dous xeonllos.
- Non faga nunca rotacións de xeonllos mentres colle a carga do chan.
- Evite levantar obxectos por riba dos ombreiros
- Busque axuda cando necesite levantar obxectos pesados.
- Ao levar equipaxe ou bolsas da compra, reparta a carga entre as dúas mans.

### Coidados persoais:

- Cando estea de pé durante un longo período, cambie a posición dos pés con frecuencia, ben colocando un deles na repisa ou alternando o apoio.
- Camiñe coas costas rectas e leve calzado axeitado (tacóns anchos, baixos, dedas redondeadas, sola axeitada, etc.)
- Ao sentarse, manteña os dous pés no chan e os xeonllos flexionados e á altura da cadeira. Utilice unha cadeira cómoda, co respaldo recto ou lixeiramente inclinado e cun apoio para a cabeza, se é posible.
- Cando conduza un coche, achegue o asento o suficiente para que os pés poidan alcanzar os pedais con comodidade e manteña as dúas mans no volante. Se é condutor profesional (camioneiro, taxista) pare cada dúas horas e fai exercicios de estiramento durante 5 minutos. Antes de comezar unha viaxe longa ou ao final dela, evite cargar ou descargar pesos.
- Comprobar que o colchón é o adecuado e evitar almofadas excesivamente altas ou durmir sen almofada. As posicións recomendadas para durmir son de lado ou coa cara arriba. Naquelas persoas con cifose ou que padecen espondilite, é recomendable deitarse todos os días durante media hora coa boca para abaixo.
- Cando faga as tarefas domésticas, teña en conta que algunhas das súas accións diarias poden ser a principal causa da súa dor lumbar. Algúns consellos útiles son: ao facer as camas, axeonllarse ou polo menos dobrar os xeonllos para axustar a roupa da cama, ao limpar obxectos que estean por riba dos ombreiros, subir a unha altura, repartir a carga entre os dous brazos ao volver da compra, descansar unha perna nunha pequena plataforma ao pasar o ferro.

### Exercicios:

- A constancia na realización dos exercicios é a base para unha rehabilitación exitosa. Realice os exercicios que lle indica o seu

---

facultativo diariamente, se é posible despois de quentar a zona lumbar cun baño/ducha con auga quente ou cunha manta eléctrica.

- Ao principio, debe realizar só 3-4 veces cada exercicio, aumentando paulatinamente o ritmo e a intensidade.
- Os exercicios non deben causar dor. Se isto ocorre, redúzaos á metade ou mesmo deixe de facelos, consultando co seu médico no caso de que a dor persista.
- É moi recomendable a natación (especialmente costas) e a bicicleta estática suave co guiador elevado.
- Evitarase o sedentarismo, procurando camiñar polo menos unha hora ao día, por terreo chan.

#### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. *Manual SER de enfermidades reumáticas. 6ª edición. Sociedad Española de Reumatología; Elsevier; 2014.*
2. [https://inforeuma.com/wp-content/uploads/2017/04/19\\_Lumbago-y-Ciatica\\_ENFERMEDADES-A4-v04.pdf](https://inforeuma.com/wp-content/uploads/2017/04/19_Lumbago-y-Ciatica_ENFERMEDADES-A4-v04.pdf)



## CAPÍTULO 7.

### POLICONDRITE RECIDIVANTE

*Ignacio González Fernández, Pablo Castro Santamaría*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

A policondrite recidivante (PR) é unha enfermidade autoinmune sistémica que se caracteriza pola inflamación dos tecidos cartilaxinosos. Como o seu nome indica, ten unha presentación en brotes, alterando períodos asintomáticos con períodos de actividade.

A PR é unha doenza moi pouco habitual, presentando unha frecuencia nalgunhas series de 4,5 casos por millón de habitantes. Pode afectar a calquera idade pero o máis frecuente é que debute na etapa media da vida. Non ten preferencia por ningún dos sexos, podendo presentarse en igual proporción en homes que en mulleres.

#### Como é? Manifestacións clínicas.

A PR é unha enfermidade sistémica, polo que pode afectar a practicamente a calquera órgano do corpo humano. O máis frecuente é que se produza unha inflamación da cartilaxe (auricular, nasal e laringotraqueal).

A inflamación da cartilaxe do oído (condrite auricular) é a forma de presentación máis frecuente, afectando habitualmente ás dúas orellas e de maneira brusca. Os episodios poden durar dende poucos días ata varias semanas. Os pacientes presentan dor e inchazón da zona afectada e en ocasións perda da capacidade auditiva. En etapas iniciais da enfermidade, pódese confundir cunha infección ou traumatismos. Como consecuencia do dano inflamatorio pode ocorrer nestes pacientes a imaxe da "orella en coliflor" ou "orellas caídas". Outras complicacións posibles son náuseas, vómitos, sensación de mareo, etc.

A inflamación da cartilaxe nasal (condrite nasal) é outra manifestación moi frecuente e característica. Pode ser asintomática ou causar dor e deformidade. Cando ocorre, os pacientes poden sentir sensación de conxestión, sangrados nasais e formación de costras, entre outros moitos síntomas. A imaxe típica de

“nariz en cadeira de montar” é unha posible complicación da inflamación persistente.

Outra manifestación característica da PR, que afecta ata un 50% dos pacientes é a inflamación da cartilaxe da larinxe e da traquea, que forman parte das vías respiratorias superiores. Entre as posibles manifestacións atópanse as seguintes: dor, tose, dificultade para respirar, afonía e outros ruidos respiratorios anormais. A asma é unha entidade coa que temos que facer o diagnóstico diferencial. Esta manifestación, desgraciadamente, pode ser potencialmente grave podendo condicionar dificultade respiratoria, o que precisaría de atención urxente.

Cómpre non esquecerse de que ata un 70% dos pacientes van presentar clínica de afectación das articulacións, como sucede noutras moitas enfermidades reumáticas e pode ser a forma de presentación da enfermidade. Afecta aos doentes como dor articular (artralxia) ou asocia inflamación e limitación da mobilidade (artrite). Calquera articulación pode ser afectada, sen embargo a aparición nas articulacións que conforman a caixa torácica é característica.

#### Outros órganos afectados nesta enfermidade son:

- Globo ocular: afectando especialmente ás capas máis superficiais do ollo, producindo dano na córnea, esclerótica e conxuntiva, entre outros.
- Sistema cardiovascular: podendo afectar ás válvulas do corazón e ás grandes arterias que saen do mesmo. Cando este sistema está afecto, é a segunda potencialmente máis grave na PR.
- Pel: producindo úlceras, nódulos, urticaria e lesións purpúricas.
- Ril, sistema nervioso central e aparello dixestivo: aféctanse con pouca frecuencia.

Ó ser unha doenza tan pouco frecuente e con manifestacións tan inespecíficas e ás veces tan diversas, o diagnóstico pode verse dificultado moitas veces. O diagnóstico da PR realízase en base dos achados na entrevista clínica, a exploración física e as probas complementarias. Ás veces, é necesario biopsiar os tecidos afectos (máis frecuentemente na cartilaxe da orella).

---

## Como se trata?

A abordaxe da enfermidade, xa que afecta a diferentes órganos, ten que ser multidisciplinar (ou sexa, que inclúa distintos especialistas, como os otorrinolaringólogos ou os oftalmólogos) e coordinado polo reumatólogo. O tratamento será individualizado e sempre atendendo ás preferencias e necesidades dos enfermos. É imprescindible a rapidez no tratamento para evitar as complicacións e potenciais secuelas derivadas da actividade da enfermidade.

A base do tratamento dependerá das manifestacións anteriormente descritas que presenten os nosos pacientes.

Nos casos onde os pacientes teñen afectacións da cartilaxe auricular, nasal e articulacións (considerándose estes supostos casos menos graves), os fármacos antiinflamatorios constitúen a pedra angular do tratamento, sendo de primeira liña os antiinflamatorios non esteroideos (naproxeno, ibuprofeno, dexketoprofeno, etc.). Os corticoides a dose baixas tamén son útiles nalgúns supostos, así como outros fármacos con propiedades antiinflamatorias como a colchicina e a dapsona.

Nos casos graves con afectación de órgano vital e aquelas situacións que poden comprometer a vida, empregamos tratamentos máis potentes, dirixidos ó control da inflamación, como poden ser os corticoides a doses elevadas (orais ou intravenosas) e fármacos que modulen a resposta do sistema inmunitario, que precisarían controis máis exhaustivos.

En ocasións pode ser preciso o emprego de tratamento cirúrxico, normalmente en casos graves ou en secuelas, valorando sempre a relación entre risco e beneficio, as preferencias do paciente e levándose a cabo nos momentos de estabilidade da enfermidade.

Afortunadamente, viuse que nos casos refractarios ó resto de tratamentos, atópanse respostas satisfactorias a medicamentos biolóxicos (como os antagonistas do TNF alfa).

## Previsión, que se pode agardar?

Como se anotou anteriormente, a PR é unha entidade moi pouco frecuente que en moitas ocasións pódese controlar con tratamento farmacolóxico.

O prognóstico vai depender da gravidade e frecuencia dos episodios, así como das complicacións e secuelas dos mesmos. As complicacións máis graves son as respiratorias e cardiovasculares, pero afortunadamente acontece nun número moi reducido de pacientes que presentan esta doenza.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. *Sociedad Española de Reumatología SER, Balsa Criado A, Díaz González F. Tratado de Enfermedades Reumáticas. 2. ed. 2022.*
2. *Kingdon J, Roscamp J, Sangle S, D'Cruz D. Relapsing polychondritis: a clinical review for rheumatologists. Rheumatology (Oxford). 2018 Sep 1;57(9):1525-1532.*



## CAPÍTULO 8.

### GOTA E CONDRICALCINOSE

*Carlota Iñiguez Ubiaga, Rodrigo Aguirre del Pino*

#### GOTA

##### Que é? Concepto da enfermidade.

A gota ou artrite por microcristais de urato monosódico, unha sal do ácido úrico, prodúcese pola formación e depósito destes cristais nos tecidos, máis frecuente nas articulacións, producindo dor, tumefacción e limitación funcional.

É a causa de artrite máis frecuente en España e no mundo, aumentando coa idade, no sexo masculino, pode estar relacionado cos hábitos alimenticios e con algúns tratamentos. Así mesmo, tódalas persoas que padecen esta enfermidade teñen asociados niveles altos de ácido úrico ou hiperuricemia, aínda que non tódalas persoas con hiperuricemia sofren de artrite.

As posibles causas desta patoloxía poden abarcar dende un aumento na súa produción, a causa menos frecuente, e unha redución na súa eliminación ben polo intestino como polos riles.

Entre as causas máis comúns están:

- Inxesta excesiva de purinas (sobre todo carne vermella e marisco).
- Consumo excesivo de alcohol, particularmente cervexa e licores.
- Fármacos: tiazidas e outros diuréticos, etambutol, salicilatos a doses baixas (<1 g diario), pirazinamida, ciclosporina, ácido nicotínico, levodopa.
- Cirurxías, traumatismos, deshidratación.
- Inicio de terapia hipouricemiente.
- Resistencia á insulina: obesidade, hipertrigliceridemia.

Algunhas menos habituais son alteracións xenéticas, factores hormonais, algunhas patoloxías (Enfermedades hematolóxicas malignas (por exemplo linfomas), insuficiencia renal crónica ou psoriase).

### Como é?

O depósito destes cristais nos tecidos produce unha reacción inflamatoria que se manifesta como dor, calor e arrubiado de unha ou máis articulacións. Noutras ocasións depositábase producindo zonas induradas de fondo esbrancuxado que se chaman tofos. Tamén poden acumularse nos tendóns, provocando a súa inflamación. Ás veces, pola inflamación que se produce durante a crise, pode haber ata febre ou malestar xeral.

### Como se trata?

O tratamento podémolo dividir en dúas partes, unha primeira no momento agudo ou na crise gotosa, onde o que se busca é diminuír a inflamación, neste caso con antiinflamatorios non esteroideos ou glucocorticoides principalmente.

Nunha segunda fase, o obxectivo é baixar os niveis de urato no sangue mediante fármacos hipouricemiantes. Ás veces, nesta segunda fase é posible que apareza unha crise gotosa por este descenso, é moi importante non modificar o tratamento co fin de evitar altibaixos dos niveis que empeoren a sintomatoloxía.

Ademais do tratamento farmacolóxico, é fundamental ter en conta os aspectos anteriormente mencionados en relación co control dos factores de risco cardiovascular (hipertensión, diabetes, colesterol), dietéticos i exercicio físico.

### Previsión, que podo agardar?

A ausencia de tratamento pode provocar crisis repetidas de gota, que poden levar a moita dor e limitación funcional, así como polo depósito nos tecidos e deformidade que empeora a calidade de vida.

Por outra parte, pola inflamación que se produce pode haber aumento de eventos cardiovasculares e moitas veces van acompañados de hipertensión arterial ou síndrome metabólico, polo que coidar estes factores é fundamental para evitar as consecuencias.

---

Unha dieta correcta baixa en carnes vermellas, mariscos, evitado consumo de alcohol e ter controlados os factores de risco cardiovascular, diminúen considerablemente a morbilidade. Por outro lado, temos tratamentos para baixar os niveis de ácido úrico, polo que esta enfermidade pódese controlar e mesmo “curar”.

## CONDROCALCINOSE

### Que é? Concepto da enfermidade.

A artrite por microcristais de pirofosfato cálcico, ou tamén chamada condrocalcinose radiograficamente falando, é unha enfermidade na que se depositan microcristais no interior da cartilaxe o que pode estar asintomático nalgúns casos ou ben producir dor, calor, tumefacción e limitación funcional nos momentos de crise, xa que os microcristais despréndense ó espazo articular e producen unha irritación que xera a inflamación.

Na maioría dos casos non hai ningunha causa que xustifique a aparición desta doenza, pero nunha pequena porcentaxe de persoas asóciase a algunhas enfermidades endócrinas, nestes casos, o tratamento da patoloxía de base mellora os síntomas. Tamén, aínda en menor porcentaxe, hai formas xenéticas, que aparecen en varios membros dunha mesma familia i en persoas xoves.

### Como é?

Cando produce síntomas, pode manifestarse coma unha inchazón da articulación, sobre todo nos xeonllos, mans e na pube, en pouco tempo, ás veces acompañado de febre e malestar, semellantes ós que poden producirse nun ataque de gota. Outras veces causa dor pero non pola tumefacción, se non porque pode producir artrose ou desgaste na articulación afectada, ó favorecer o deterioro da cartilaxe.

### Como se trata?

Os doentes de condrocalcinose so se tratan cando teñen síntomas, sendo importante diferenciar as crises agudas da dor pola artrose, no primeiro caso o mais frecuente é o uso de antiinflamatorios e no segundo, analxésicos ou cirurxía en casos máis avanzados.

Como na patoloxía anterior, ademais dos tratamentos farmacolóxicos, o atoparse nun peso normal, facer exercicio físico para manter unha masa muscular que axude ó sustento e mellore a funcionalidade. Nalgúns casos o uso de bastón evita as caídas e proporciona un soporte extra.

Ó contrario que no caso anterior, non dispoñemos de ningún fármaco que elimine estes cristais da articulación, polo que o noso esforzo vai orientado a evitar os brotes e a dor que poidan aparecer.

### **Previsión, que podo agardar?**

A artrite por microcristais de pirofosfato cálcico é unha enfermidade crónica, na que empregando tratamento analxésico, antiinflamatorio nos casos que sexa necesario e uns hábitos de vida saudable, é posible ter unha boa calidade de vida. Algúns casos poden requirir de medidas máis agresivas como pode ser a cirurxía, reservados para cando a limitación sexa moi severa.

É posible atopar casos en pacientes xoves sobre todo se hai máis membros da familia afectos (casos xenéticos) ou patoloxías endocrinolóxicas de fondo, e sendo o caso, é importante consultar cun especialista para facer un estudo do doente/doentes.

### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. *Manual SER de las enfermedades reumáticas. Ed. Panamericana 2018*
2. *Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con gota. Sociedad Española de Reumatología. 2020*

## CAPÍTULO 9.

### OSTEOPOROSE

*David Fernández Fernández, Antía Crespo Golmar*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

A Osteoporose é unha enfermidade do tecido óseo na cal están alteradas a calidade e a densidade da mineralización ósea, predispoñendo ó doente que a padece a sufrir fracturas con maior facilidade que a poboación xeral.

Aínda que moita xente vincula a osteoporose ó envellecemento, hai xente nova que posúe determinados factores de risco, que fan que os seus ósos presenten unha peor matriz ósea e por tanto un risco aumentado de fracturas por fragilidade, polo que non debe asociarse a osteoporose exclusivamente a persoas dade avanzada.

As chamadas fracturas por fragilidade prodúcense por traumatismos de baixo impacto (por exemplo unha caída apoiando os pulsos para non dar de fociños no chan ou tras esvarar cunha alfombra ó saír da bañeira ou tropezar nunha beirarrúa), incluso situacións cotiás como esberrar ou tusir poden desencadear unha fractura por fragilidade.

Aínda que podemos imaxinar o propio dano de sufrir unha fractura, coma dor, incapacidade temporal ou permanente, tamén temos que pensar as complicacións das mesmas, como maior incidencia de aparición de trombos venosos pola dificultade no movemento que acompaña ás fracturas, ou a aparición de úlceras e feridas polo encamamento secundario ás mesmas.

É importante considerar o gasto sanitario directo en dispositivos de apoio (padiolas, cadeiras de rodas, angarellas, medicamentos analxésicos) e indirectos (ausencias laborais da persoa que a sofre ou do coidador da mesma)

Como norma xeral, calquera persoa que sofre unha fractura nunca chega a recuperar a calidade de vida que tiña antes de presentar a mesma. Tamén é coñecido que ata un 30% das persoas maiores de 80 anos que sofren unha fractura morren durante o primeiro ano posterior á fractura.

É por isto que a osteoporose, é unha enfermidade de moi alto impacto no sistema sanitario e prever as consecuencias da mesma en forma de fracturas, unha prioridade.

### Como é? Como se diagnostica?

A diferenza doutras doenzas reumatolóxicas, a osteoporose non adoita presentar sintomatoloxía específica. Considérase unha enfermidade silenciosa, xa que non é infrecuente que a primeira manifestación clínica sexa una fractura por fragilidade; porén a medida máis importante que soe adoptar o seu médico é identificar os factores de risco de presentar unha baixa calidade ósea que predispón a fractura, e poñer as medidas necesarias para previla.

Un factor determinante para poder estimar o risco de fractura é unha boa anamnese (recollida de datos clínicos) co apoio de probas complementarias. As probas diagnósticas que pode solicitarlle o seu médico para diagnosticar unha osteoporose son:

#### Densitometría ósea:

Unha proba radiolóxica que trata de determinar o estado de mineralización de certas zonas susceptibles de presentar unha menor densidade, coma as vértebras, o pescozo do fémur ou a parte do antebrazo máis próxima ós pulsos. Existen distintos aparellos (densitómetros) que incorporan distintas melloras no software e que analizan a morfoloxía das vértebras ou a cantidade de trabéculas óseas para estimar mellor o grado de mineralización ósea.

#### Radiografías de columna:

Empréganse para descartar a presenza de fracturas vertebrais non detectadas con anterioridade

#### Analíticas de sangue e ouriños:

para coñecer o estado xeral do metabolismo do calcio, fósforo, magnesio, Vitamina D e outras hormonas no organismo.

---

A presenza dunha densidade mineral ósea menor á esperada para a idade, sexo, peso e altura do doente, de maneira illada ou xunto coa existencia de antecedentes de fractura por fragilidade previa, pode constituír o diagnóstico de osteoporose.

É importante sinalar que, tan ou máis importante que o diagnóstico de osteoporose, de cara a comezar ou non un tratamento, é estimar correctamente o risco de padecer unha fractura.

### Como se trata?

Existen unha serie de medidas xerais que deben seguir todos os doentes con osteoporose

#### Exercicio físico:

débese tratar de realizar un programa de exercicio físico adaptado ás posibilidades de cada un. Non é necesario seguir unha rutina moi complexa. De tres a catro sesións semanais de exercicio suave (camiñar a bo paso, ximnasia de mantemento) durante 35-45 minutos adoita ser suficiente para manter unha boa saúde ósea.

#### Dieta:

unha dieta variada, cun aporte axeitado de calcio, magnesio e Vitamina D presente de maneira natural en legumes, vexetais de folla verde, lácteos (queixo, iogur, leite enteiro ou desnatado), froitos secos ou peixe. En ocasións non é posible cubrir estas necesidades e o seu médico pode prescribirlle suplementos de Calcio ou vitamina D.

#### Adecuada exposición á luz solar:

a Vitamina D, necesaria para unha boa saúde do óso, provén en parte da síntese na pel tras exposición a luz solar. Adoita ser suficiente con 15 – 20 minutos diarios expoñendo cara, brazos e mans. É importante reflexar que o tempo de exposición pode variar moito dependendo da estación do ano, a latitude xeográfica ou da hora do día na que se produza e que se debe evitar a exposición prolongada non protexida polo risco de queimaduras ou cancro cutáneo.

### Evitar alcohol e tabaco:

tanto o alcohol como o tabaco son extremadamente prexudiciais para o mantemento dunha boa saúde ósea. Débese evitar adquirir o hábito e, no caso de telo, cesar canto antes para poder minimizar os efectos nocivos sobre o óso.

### Modificar a contorna para previr caídas:

quizais a medida máis importante de todas as que se poidan dar é evitar as caídas para poder diminuír o risco de sufrir fracturas. É importante eliminar obstáculos do chan (alfombras de baño, roupa, cables eléctricos) na contorna das persoas con dificultade na mobilización ou problemas na vista ou equilibrio. Debemos tratar de proporcionar asadeiras nas zonas de maior risco de caída e poñelos nun nivel cómodo, visible e alcanzable para o doente. Asegurar unha boa iluminación en todo o fogar, e evitar ou tratar de ter moi ben delimitados chanzos e desniveis no fogar. Debemos insistir nun calzado axeitado e preferentemente pechado para evitar que o pé esvare. Tamén tratar de minimizar ó imprescindible o consumo de fármacos que poden afectar ó equilibrio e coordinación como antidepressivos, hipnóticos ou ansiolíticos.

Ademais temos unha serie de fármacos empregados para o tratamento da osteoporose os cales serán indicados polo seu médico en función das características e risco de fracturas:

### Moduladores selectivos dos receptores de estróxenos:

Empregáanse para a prevención de descenso de masa ósea en mulleres. Exemplos son o raloxifeno ou o bazedoxifeno.

### Fármacos osteoformadores:

tratan de promover a creación de óso fronte a resorción (retirada) para proporcionar un balance favorable á creación: Son de presentación subcutánea e teñen unha frecuencia diaria (teriparatida)



---

### Fármacos antireabsortivos:

actúan diminuindo a resorción do óso para ter un balance neto positivo. Temos os bifosfonatos (de toma oral (alendronato, risendronato, ibandronato) ou parenteral (zoledronato, pamidronato) e o denosumab, de presentación parenteral e frecuencia semestral.

### Fármacos de acción dual:

Recentemente aprobouse o emprego de Romosozumab. Un fármaco que actúa tanto como antirreabsortivo como osteoformador. Emprégase de maneira parenteral cunha periodicidade mensual.

### Que podo esperar?

Un doente que está sendo seguido regularmente por osteoporose, e que segue as recomendacións e cumpre o tratamento proposto polo seu médico, ten todo o seu favor para evitar presentar unha primeira fractura por fragilidade ou ter unha nova. Cada vez hai máis investigación e interese no sistema por tratar de mellorar a calidade de vida destes doentes, polo que o prognóstico é en xeral moi bo.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. *Compston JE, McClung MR, Leslie WD. Osteoporosis. Lancet. 2019 Jan26; 393 (10169):364-376.*



## CAPÍTULO 10.

### ARTRITE REUMATOIDE

*Diana Sueiro Delgado*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

A artrite reumatoide (AR) é unha enfermidade inflamatoria crónica que afecta a unhas 420.000 persoas en España, das cales 27.000 están en Galicia. Trátase dunha enfermidade máis frecuente en mulleres, especialmente entre os 40 e 60 anos de idade.

É característica a afectación das articulacións de forma simétrica (ambos lados do corpo, por exemplo ambos pulsos...). Trátase dunha enfermidade sistémica, o que significa que pode producir dano a nivel dos órganos (corazón, pulmón, pel, ril e ollos, entre outros), implicando así ao corpo en xeral.

O tecido máis afectado é a membrana sinovial (membrana que recobre a articulación), onde o ataque á mesma por células do sistema inmunitario produce inflamación das articulacións, o que coñecemos como artrite. Se a inflamación persiste no tempo, produciría a destrución articular, o que implica unha alteración funcional e consecuentemente a invalidez progresiva, incrementado así mesmo a morbimortalidade do doente. Por isto é importante o diagnóstico e tratamento precoz.

Descoñécese a etioloxía desta enfermidade, pero sabemos que existen factores que predispoñen ao desenvolvemento da mesma, como son factores xenéticos (variantes nalgúns xenes), ambientais (por exemplo exposición profesional ao sílice), tabaco ou infeccións periodontais. Por contra, o clima non inflúe no risco de padecer dita enfermidade.

#### Como é? Manifestacións clínicas.

O característico da artrite reumatoide é a inflamación articular (artrite), o que da lugar ao síntoma máis frecuente que é a dor articular. A artrite produce dor, inchazón, e pódese arroibar e aumentar a temperatura da articulación afectada.

As articulacións máis frecuentemente afectadas son as das mans de forma simétrica (pulsos, dedos das mans), tamén se poden ver afectados cotelos, cóbados, ombros, cadeiras, xeonllos, nocellos e articulacións dos dedos dos pés. Menos frecuente é a afectación do colo e non produce afectación no resto do lombo.

A inflamación mantida de forma persistente pode danar os ósos, ligamentos ou tendóns que hai ao redor, de xeito que produce deformidade progresiva das articulacións e unha redución da mobilidade articular, podendo levar ao enfermo a un certo grao de discapacidade para facer algunhas tarefas da vida diaria.

Ademais xera síntomas xerais como fatiga, mal estar xeral, rixidez polas mañás, debilidade, limitación funcional, depresión, que asociados á posible afectación de localizacións extraarticulares diminúen a calidade e a esperanza de vida.

Pode producir afectación extraarticular na pel (en forma de avultamentos duros que aparecen nas zonas de rozamento coma os cóbados, dorso dos dedos, que se denominan nódulos reumatoides), o sistema cardiovascular, o óso, o sistema nervioso, os ollos, os pulmóns (pneumopatías...) entre outros. Afortunadamente as manifestacións extraarticulares graves víronse reducidas nos derradeiros anos grazas á aparición de tratamentos máis eficaces e a unha atención máis temperá.

É posible que se asocie con outras enfermidades autoinmunes, como o síndrome de Sjögren (causante de secura de ollos e boca), ou en AR de longa evolución complicarse cunha amiloidose secundaria (cada vez menos frecuente grazas aos tratamentos).

### **Como se diagnostica?**

Para diagnosticar a artrite reumatoide é preciso cumprir uns criterios diagnósticos que se basean en datos obtidos no interrogatorio ao paciente (articulacións dolorosas), no exame físico que realiza o reumatólogo (articulacións inflamadas), e datos da analítica como parámetros de inflamación e anticorpos (factor reumatoide e anti-péptido citrulinado). Nalgunhas ocasións non se cumpren estes criterios (artrite seronegativas) polo que o diagnóstico dependerá da impresión clínica do reumatólogo.

---

En pacientes nos que sexa difícil de valorar a inchazón das articulacións, son útiles probas como a ecografía ou a resonancia magnética. A realización de radiografías, sobre todo das mans e dos pés, é útil no momento do diagnóstico para valorar se hai signos de enfermidade de longa evolución ou factores de risco.

### Como se trata?

Nos últimos anos xorden avances importantes en canto ao tratamento, incluíndo a importancia do tratamento precoz, así como ter en conta ás manifestacións extraarticulares e comorbilidades do doente para a elección do mesmo. Con todo, non dispoñemos dun tratamento curativo polo momento; o obxectivo é manter a enfermidade inactiva, para evitar as secuelas da inflamación persistente.

O tratamento da artrite reumatoide inclúe medidas xerais (non medicamentosas) e tratamento farmacolóxico.

#### Medidas xerais:

Descanso adecuado, procurar durmir 8 horas diarias, con colchón duro e almofada baixa.

Evitar esforzos físicos e movementos repetitivos, sobre todo das mans.

Realizar de forma regular exercicio físico aeróbico (como camiñar, nadar...) e de fortalecemento muscular; incluír medidas para mellorar a flexibilidade, coordinación e destreza manual; evitar deportes de alto impacto (saltos, golpes...).

Uso de calzado adecuado: levar suxeito o talón, a punteira ancha e a empeña o suficientemente alta como para evitar rozaduras nas dedas.

Non hai unha dieta específica para que melloren os síntomas, pero unha dieta mediterránea (rica en legumes, ensalada, aceite de oliva e peixe), pode ser beneficiosa. O importante é evitar a obesidade, pola carga que implica ás articulacións das cadeiras, dos xeonllos e dos pés. Por este motivo é recomendable adelgazar ou evitar o sobrepeso segundo os casos.

### Tratamento farmacolóxico:

O tratamento da artrite reumatoide con fármacos inclúe dous grupos:

#### Fármacos para aliviar a dor e a inflamación a curto prazo:

Son útiles para baixar a inflamación e soportar a dor, pero non serven para modificar a evolución da enfermidade a longo prazo. Neste grupo están:

- Antiinflamatorios non esteroideos (AINE)
- Os glucocorticoides. Estes poden administrarse de distinto xeito: oral, intramuscular, intravenoso ou a modo de infiltración dentro da articulación. Os glucocorticoides poden ser útiles ao inicio de tratamento ou ante reactivación, sempre á menor dose e tempo posible debido aos efectos secundarios que producen a longo prazo.

#### Fármacos modificadores da evolución da enfermidade (FAME):

Estes medicamentos non serven para tratar a dor nun momento determinado, senón que actúan facendo que a actividade da enfermidade a longo prazo sexa menor. Poden tardar en facer efecto semanas e mesmo meses. Existen distintos tratamentos e non todos os doentes responden igual ao mesmo medicamento, polo que é habitual que o reumatólogo prescriba de forma secuencial varios ata atopar o que é máis eficaz e mellor tolerado. Neste grupo atopamos:

- FAME sintéticos convencionais: metotrexate, leflunomida, salazopirina, cloroquina,
- FAME biolóxicos como infliximab, adalimumab, etanercept, golimumab, certolizumab, abatacept, tocilizumab, sarilumab, rituximab, e
- FAME sintéticos dirixidos: tofacitinib, baricitinib, upadacitinib e filgotinib.

Todos estes fármacos precisan dun seguimento estreito por parte do reumatólogo para comprobar que son eficaces e que non producen efectos secundarios.

---

Está indicado diminuír ou espazar a dose cando se alcance o obxectivo terapéutico e o paciente se manteña sen actividade da enfermidade.

O mal cumprimento e a falta de persistencia asóciase a maior actividade da enfermidade, dor, discapacidade e una menor saúde mental.

### Tratamento cirúrxico:

Na actualidade, diminuíu moito a necesidade de realización de intervencións cirúrxicas en pacientes con artrite reumatoide dado que os fármacos dispoñibles son moito máis eficaces e evitan, en gran medida, a deformidade que produce a inflamación persistente. Aínda así, se o paciente presenta dor persistente e incapacitante, ou compresións nerviosas, tendinopatías ou deformidades, pódese remitir ao traumatólogo para valoración de tratamento cirúrxico.

### **Previsión, que podo agardar?**

A artrite reumatoide, hai anos, cando non se dispoñía dos tratamentos actuais, tiña unha evolución tórpida e frecuentemente producía deformidade das articulacións que invalidaban ao paciente para realizar as actividades básicas cotiás.

Actualmente, grazas aos fármacos dos que dispoñemos, conseguiuase cambiar a historia natural da enfermidade, os pacientes con artrite reumatoide adoitan estar en remisión (sen inflamación) e poden levar unha vida activa.

Os pacientes afectados de artrite reumatoide presentan maior risco de morbimortalidade infecciosa, polo que é importante ter en conta medidas preventivas. Por isto, deben de seguir un programa de vacinación para a prevención de diferentes enfermidades infecciosas.

E por último, destacar como situación especial o embarazo. Pode producir unha melloría da actividade clínica, pero un 69% destes casos presentan un empeoramento no postparto inmediato. A actividade ao inicio do embarazo determina que esta persista e aumenta o risco de brotes no puerperio. Por isto e debido aos efectos que poden producir distintas medicacións sobre o bebé, é fundamental planificar o embarazo.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Smolen JS, Landewé RBM, Bijlsma JWJ, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Ann Rheum Dis* 2020;79:685–99.
2. Grupo de trabajo de la GUIPCAR. *Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide*. Madrid. Sociedad Española de Reumatología. 2019. ISBN 978-84-09-08450-0



## CAPÍTULO 11.

### UVEÍTE

*Eugenia González Díaz De Rábago*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

O termo uveíte utilízase para definir a un conxunto de patoloxías nas que se produce unha inflamación da capa media ou vascular do ollo: a úvea (membrana situada entre a esclerótica e a retina).

En función da parte da úvea que se atopa afectada, as uveíte clasifícanse en:

#### Anteriores:

a inflamación prodúcese na úvea anterior, constituída polo iris e o corpo ciliar, podendo falar de irite, ciclite ou iridociclite no caso de que se afecten ambas as estruturas. Son as máis frecuentes.

#### Intermedias:

aféctanse as estruturas intermedias do globo ocular. A maioría son idiopáticas (pars planitis).

#### Posteriores:

cando se inflama a coroides falamos de coroidite. En ocasións a inflamación alcanza a retina (capa interna do ollo) provocando unha coriorretinite.

#### Panuveíte:

nalgunhas ocasións poden estar involucradas as tres rexións uveais: anterior, media e posterior. É o que se coñece como panuveíte.

Atendendo á duración e curso da mesma podemos tamén dividilas en agudas, recidivantes e crónicas, e, segundo aféctese un ou ambos os ollos no mesmo

brote, falamos de uveíte unilaterais ou bilaterais. Estas clasificacións teñen moita importancia á hora de orientar o diagnóstico das uveítes.

A maior parte dos pacientes con uveíte teñen idades comprendidas entre os 20 e os 50 anos, podendo aparecer, aínda que de forma moito menos frecuente, antes dos 10 ou en maiores de 60.

Constitúe a terceira causa de cegueira en pacientes en idade laboral nos países desenvolvidos.

### Causas.

Pode haber múltiples causas no desenvolvemento das uveíte:

#### Infecciosas:

tanto bacterias como virus, fungos ou parasitos poden ser responsables dos episodios de uveíte. Algúns dos máis frecuentes son a toxoplasmose, a tuberculose, o herpes simple ou a sífilis.

En aproximadamente un 30-50% dos casos de uveíte a causa é unha enfermidade sistémica: artrite idiopática xuvenil, espondilartrite (espondilite anquilosante, artrite psoriásica, artrite asociada a enteropatía, artrite reactiva), lupus eritematoso sistémico, sarcoidose, enfermidade de Behçet, etc.

#### Síndromes oftalmolóxicas puras:

a ciclite heterocrómica de Fuchs ou a coriorretinopatía de Birdshot e a pars planitis son algúns exemplos de uveíte primariamente oculares.

#### Os traumatismos,

algúns neoplasias e determinados fármacos poden desencadear igualmente un episodio de uveíte.

Cabe lembrar que nunha porcentaxe considerable de casos (nalgúns estudos ata o 50%) non se chega a atopar o factor causal, falándose entón de uveíte idiopáticas.

---

## Manifestacións clínicas.

Os síntomas varían segundo a rexión da úvea afectada. Así, nas uveíte anteriores son frecuentes a dor, o arrubiamento ocular e unha maior sensibilidade á luz (fotofobia). É frecuente ademais a aparición de visión borrosa polo depósito de células e proteínas inflamatorias na cámara anterior do ollo.

Nas uveíte intermedias destacan as miodesopsias (moscas voantes) e a visión borrosa.

Nas uveíte posteriores hai tamén miodesopsias e, cando se afecta a retina, é manifesta a perda de visión.

É importante coñecer que nalgúns casos, como nas uveíte anteriores crónicas ou na artrite idiopática xuvenil, a uveíte pode desenvolverse sen apenas síntomas ou ser completamente asintomática, diagnosticándose en exames oftalmolóxicos rutineiros ou ben debido á aparición dalgún tipo de complicación (catarata, glaucoma,...).

## Diagnóstico.

No diagnóstico da uveíte podemos destacar tres aspectos fundamentais:

### Realizar unha exploración oftalmolóxica completa, que debe incluír:

- Estudo da agudeza visual
- Medición da presión intraocular
- Exame con lámpada de fenda (onde poderemos analizar a conxuntiva, a córnea, a cámara anterior, o iris, o cristalino e o vítreo)
- Exame do fondo de ollo (papila, mácula, polo posterior e periferia)

### Establecer un patrón de afectación ocular (uveíte aguda bilateral, uveíte crónica, pars planitis, coriorretinite, etc.)

axudaranos a ser máis eficientes no diagnóstico, limitando o número de probas diagnósticas. Así, por exemplo, ante unha uveíte anterior recidivante haberemos de sospeitar espondiloartrite ou uveíte asociada ó HLA-B27, mentres que no estudo de uveíte posteriores estaremos

alerta ante a posibilidade dunha uveíte especificamente oftalmolóxica ou de enfermidades sistémicas como o Behçet ou o lupus eritematoso sistémico.

### Realizar unha anamnese completa por aparellos e solicitar probas complementarias.

- En todos os casos de uveíte de causa descoñecida está indicado a realización dunha radiografía de tórax, unha analítica de sangue xeral que inclúa hemograma, bioquímica e VSG e unha analítica de oríños. Tamén é necesario realizar un test de sífilis.
- Outras probas, como a determinación de marcadores de determinadas patoloxías autoinmunes (factor reumatoide, HLA-B27, anticorpos antinucleares,...), así como seroloxías de distintos microorganismos (toxoplasma, herpes...) estarán indicadas en casos específicos.

Nos últimos anos multiplicáronse en España as consultas multidisciplinares, onde especialistas de distintas materias colaboran para un mellor diagnóstico e tratamento de distintas enfermidades. Na actualidade existen en moitos hospitais UNIDADES DE UVEÍTE nas que traballan de forma conxunta oftalmólogos e reumatólogos.

### **Tratamento.**

O tratamento das uveíte variará en función basicamente da súa localización e etioloxía.

Nas uveíte infecciosas é importante tratar de forma precoz a infección, ben sexa con antibióticos, antivirais ou antifúngicos. Nalgúns casos o tratamento pode ser curativo.

As uveíte anteriores son as máis frecuentes e de mellor prognóstico, aínda que constitúen unha urxencia médica. Habitualmente trátanse con fármacos tópicos: corticoides e dilatadores da pupila (midriáticos) que ademais de mellorar a dor poden evitar complicacións. Cando os colirios non son efectivos poden ser necesarias as inxeccións perioculares de corticoides ou corticoides sistémicos. Nas uveíte anteriores recidivantes ou crónicas pode ser necesario o emprego de

---

fármacos inmunosupresores tradicionais como metotrexato ou sulfasalazina, e mesmo tratamentos máis modernos e específicos na modulación da resposta inmune (as terapias biolóxicas contra o factor de necrose tumoral son o máximo expoñente na última década). Isto é especialmente frecuente nas espondiloartrite e nas uveíte asociadas ao HLA-B27.

Nas uveíte intermedias e posteriores, polo xeral máis graves e con maior posibilidade de complicacións se non se instaura un tratamento de forma temperá, é frecuente o uso de corticoides sistémicos a doses altas de inicio e a asociación de fármacos inmunosupresores tradicionais ou terapias biolóxicas máis modernas.

A cirurxía non é unha medida habitual no tratamento das uveíte, reservándose fundamentalmente para tratar posibles complicacións asociadas como poden ser as cataratas, o glaucoma, o desprendemento de retina, as hemorragias intraoculares, etc.

### Prognóstico.

Unha gran maioría de uveíte responden ben ó tratamento. Isto é máis habitual nas uveíte anteriores agudas cando se instaura precozmente o tratamento adecuado.

Como comentamos anteriormente, as uveíte intermedias e posteriores tenden a presentarse como cadros máis graves e precisar tratamentos xeralmente máis agresivos e intensivos para evitar o dano permanente, incluso a cegueira. Con todo, mesmo nestes casos os avances no diagnóstico precoz e o tratamento específico han mellorado substancialmente o prognóstico dos cadros máis complicados.

Nunca é do todo suficiente insistir na importancia de consultar de forma temperá ante a aparición de síntomas como dor ocular, arrubiamento, fotofobia, visión borrosa ou perda da agudeza visual.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. *Hernández-García C, Bañares A, Jover JA. Aproximación diagnóstica al paciente con inflamación ocular. Rev Esp Reumatol 1997;24:168-78.*

2. *Jabs DA, Nussenblatt RB, Rosenbaum JT, Standardization of Uveitis Nomenclature(SUN) Working Group. Standardization of uveitis nomenclature for reporting clinical data. Results of the First International Workshop. Am J Ophthalmol 2005;140:509-16.*
3. *Bloch-Michel E, Nussenblatt RB. International Uveitis Study Group recommendations for the evaluation of intraocular inflammatory disease. Am J Ophthalmol 1987;103:234-35.*

## CAPÍTULO 12.

### SARCOIDOSE

*Eva Salgado Pérez*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

A sarcoidose é unha enfermidade na que se depositan células inflamatorias cunha determinada disposición (chamadas granulomas non caseificantes) en distintos órganos e modificando a súa estrutura. Clasicamente afecta ó pulmón e ós ganglios linfáticos da cavidade torácica, pero pode afectar a todos os órganos.

É unha enfermidade que afecta a adultos xoves, tipicamente menores de 40 anos e a 3 mulleres por cada 2 homes. Tende a ser máis complexa en individuos de raza negra que en caucásicos. En nenos é pouco frecuente, pero tamén está descrita. Ás veces na mesma unidade familiar describíense varios casos.

Non se coñece claramente como se produce, pero téñense descrito factores ambientais de exposición (como o berilio), microorganismos (micobacterias), e factores xenéticos.

O diagnóstico da enfermidade basease en datos clínicos, radiolóxicos e nalgúns casos é preciso facer unha biopsia sobre toma de tecidos.

O seu reumatólogo pódelle pedir entre outras exploracións un exame de sangue e oríños; un exame radiográfico do tórax; a realización da proba da tuberculina; probas para ver a función respiratoria; un electrocardiograma ou un exame oftalmolóxico. Pode ser necesaria a realización dunha tomografía por emisión de positróns para identificar que órganos ou tecidos están afectados. Tamén é frecuente facer probas co obxectivo de descartar outras enfermidades, como exames analíticos específicos (para descartar a enfermidade por IgG4 ou Sjogren, por exemplo), ou seroloxías para descartar enfermidades infecciosas.

#### Como é? Manifestacións clínicas.

A sarcoidose pode presentarse de forma asintomática, e diagnosticarse cando o paciente está facendo algunha proba médica por outra razón. Pero a meirande

parte dos pacientes teñen un malestar xeral no inicio da enfermidade coma cansazo, perda de peso, febre e perda de apetito.

É frecuente que presenten sintomatoloxía torácica, como dor no peito, e dificultade para respirar. Como pode afectar a calquera órgano, a sintomatoloxía pode ser moi diversa. Ás veces a sintomatoloxía aparece e desaparece nun período de tempo curto resolvéndose completamente en semanas ou meses; e outras veces presentan síntomas de forma lenta e insidiosa nos que a enfermidade dura anos.

A afectación pulmonar aparece no 90% dos pacientes, coma unha enfermidade intersticial que é un endurecemento do tecido do pulmón. Os pacientes poden ter tose seca, pitos e dificultade para respirar. Se non se tratar pode quedar unha cicatriz no pulmón e favorecer a aparición de complicacións coma o pneumotórax e a hipertensión pulmonar. As lesións na pel poden aparecer en 1 de cada 4 pacientes. Son frecuentes unhas lesións sobreelevadas nas pernas de coloración vermella chamada eritema nodoso. Tamén se describe o lupus pernio que son lesións sobreelevadas de pequeno tamaño na cara. Nalgúns pacientes pode ser necesario biopsiar as lesións cutáneas. A sarcoidose pode afectar á úvea que é unha capa de tecido que recubre o interior do ollo ocular; isto chámase uveíte. A uveíte pode ser anterior ou posterior. A sarcoidose tamén pode afectar á rexión periorbitaria e provocar cataratas e glaucoma. É recomendado nalgúns pacientes facer revisións periódicas oftalmolóxicas aínda que non teñan ningún síntoma. Un de cada 10 pacientes con sarcoidose pode ter afectación articular. É relativamente frecuente a afectación nos nocellos, presentando dor e inchazón que dificultan o camiñar. Na sarcoidose podería presentarse un depósito de granulomas no tecido cardíaco, favorecendo a aparición de desmaios, arritmias e insuficiencia cardíaca; aínda que isto é moi raro e pouco frecuente. A afectación do sistema nervioso máis frecuente é a parálise facial periférica, que cando se asocia ó agrandamento das parótides e á uveíte chámase síndrome de Heerdfört. Tamén pode afectar ós riles e ó metabolismo do calcio, aparecendo os niveis de calcio elevados en sangue e nos ouriños.

### **Como se trata?**

A sarcoidose pode desaparecer sen necesidade de tratamento, por iso os pacientes nos que se sospeita que van ter unha remisión espontánea non se



---

tratan. Outros pacientes non deben tratarse de inmediato. O seu reumatólogo decidirá que tratamento é o máis axeitado e por canto tempo.

Algúns pacientes poden ser solo tratados de forma local, coma os que teñen afectación cutánea e oftalmolóxica.

O tratamento habitual son os esteroides a doses de 0,5-1 mg/kg de peso, que conseguen unha resposta completa en poucas semanas, na maior parte dos pacientes.

No 10-30 % dos pacientes precísase asociar outro fármaco inmunosupresor coma o metotrexato ou un fármaco biolóxico antiTNF coma o infliximab. Outros fármacos inmunomoduladores que tamén poden ser usados, aínda que con menor evidencia, son a leflunomida, a azatioprina, o micofenolato de mofetilo, a talidomida e outros inhibidores de TNF como o adalimumab.

### Previsión. Que podo agardar?

Na maioría dos casos, os pacientes teñen unha resolución completa, de forma espontánea ou co tratamento con corticoides.

Máis da metade dos pacientes acadan a remisión ós 10 anos do diagnóstico sen complicacións.

Un número menor de pacientes teñen un curso crónico que obriga a valorar distintos tratamentos e facer un seguimento estreito.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Calvo del Río V. *Sarcoidosis.*, Capítulo 103. *Tratado de enfermedades reumáticas. Segunda edición. Ed.Panaamericana 2022.*



## CAPÍTULO 13.

### ARTRITE REACTIVA

*Evelin Cecilia Cervantes Pérez, María Caeiro Aguado*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

O termo artrite reactiva, utilízase para describir a artrite que aparece tras unha infección intestinal ou xénito-urinaria, e adoita producirse entre unha e catro semanas despois dunha infección primaria, que inicialmente non afectaba ás articulacións. Actualmente acéptase que a artrite reactiva é unha forma de espondiloartrite, caracterízase por presentar diversos síntomas como inflamación das articulacións (artrites), inflamación nalgunhas partes do ollo (conxuntivite ou uveíte), inflamación do conduto polo que se expulsa os ouriños chamado uretra (uretrite), lesións cutáneas, úlceras ou chagas na boca e diarrea.

Existen dúas formas de presentación da artrite reactiva: 1) A forma venérea que ocorre por contacto sexual e é producida con maior frecuencia por unha bacteria chamada Chlamydia; 2) A forma disentérica, que comeza con diarrea, é producida polas bacterias Salmonella, Shigella, Yersinia ou Campylobacter, ao inxerir alimentos contaminados polos devanditos xermes. Ao redor do 1 ao 2% das persoas que sofren unha intoxicación alimentaria con diarrea van padecer artrite reactiva. Non se coñece con exactitude por que algunhas persoas con infección venérea ou intestinal desenvolven posteriormente artrite reactiva e outras non. Un dos factores que inflúe é a presenza do xene HLA B27, presente no 50-80% dos pacientes, aínda que ata o 6% das persoas sas poden telo e non por iso terán a enfermidade. O HLA B27 é un membro da familia de xenes que están involucrados no sistema inmunolóxico, o cal defende o organismo contra as infeccións.

A artrite reactiva ten predilección pola raza branca, especialmente homes de entre 20 e 40 anos, aínda que tamén se describiron casos en nenos e en anciáns.

## Como é?

A artrite reactiva pode presentarse con manifestacións articulares (afectación articular) e manifestacións extraarticulares (aquelas que se presentan fóra da articulación) como son as alteracións oculares e mucocutáneas.

Os síntomas da artrite reactiva podémolos clasificar da seguinte forma: síntomas previos de infección, síntomas xerais, manifestacións articulares e extraarticulares.

### Síntomas previos de infección:

na forma venérea poden ser tanto dor, coceira, prído, irritación ou secrecións (pola vaxina ou polo pene). Na forma disentérica o típico é a diarrea de comezo rápido, ás veces con sangue e moco, con ou sen vómitos. Estes síntomas ocorren entre unha e catro semanas antes de que comece a artrite, aínda que ás veces non están presentes ou son moi leves.

### Síntomas xerais:

nun brote inflamatorio é frecuente que se asocie cansazo, fatiga, e mesmo febre se a inflamación das articulacións é moi aguda. A debilidade muscular e a atrofia poden ocorrer por desuso debido á incapacidade de mobilizar a articulación inflamada.

### Manifestacións articulares:

o paciente comeza con artrite, sen un golpe previo, con dor e inchazón no nocello, o xeonllo, os dedos do pé ou o talón, aínda que tamén poden afectarse a parte baixa das costas, as mans ou os codos. A distribución adoita ser de membros inferiores e asimétrica, é dicir, se se afecta un xeonllo non adoita estar afectado simultaneamente o outro xeonllo, aínda que si pode presentar inflamación noutro momento da evolución da enfermidade. A artrite reactiva pode afectar as articulacións, aos tendóns "tendinites" (por exemplo, o tendón de Aquiles no talón) e á parte baixa das costas. Do mesmo xeito que a artrite psoriásica, pode producir dedo en "salchicha" ou "dactilite" por inflamación articular e tendinosa. Os síntomas articulares son comúns a calquera tipo de artrite: dor, calor,

---

encarnamento, incapacidade de mobilizar a articulación e, en ocasións, deformación da mesma. Se a inflamación tivo lugar na columna, preferentemente na unión do sacro coa pelve (as articulacións sacroilíacas), un dos síntomas máis dominantes é a dor nocturna na rexión lumbar baixa, que fai levantar ao paciente de madrugada, tras durmir 4 ou 5 horas.

### Manifestacións extraarticulares:

lesiões da pel (mucocutáneas): poden producirse lesións descamativas nas palmas das mans e as plantas dos pés, similares ás da psoriase, que reciben o nome de queratodermia blenorráxica. Tamén poden aparecer lesións mucosas avermelladas e con descamación na zona máis externa do pene, moi características da artrite reactiva, e úlceras na boca, que xeralmente son asintomáticas.

No ollo (oculares): pode aparecer conxuntivite, que é unha simple irritación que dura dun a tres días, irite ou uveíte anterior que causa encarnamento e dor no ollo, empeora cando se mira á luz brillante, e require atención médica urxente dun oftalmólogo.

A artrite reactiva, moi de cando en vez, afecta a órganos como o pulmón, o corazón ou o ril.

### **Como se realiza o diagnóstico?**

Non existe unha única proba para chegar ao diagnóstico. Os síntomas de artrite reactiva poden ser similares aos que ocorren na artrite psoriásica, a enfermidade inflamatoria do intestino e a artrite por gonococo. O reumatólogo pode diferenciar unhas doutras polos síntomas, a exploración e as probas analíticas adecuadas.

É necesario investigar a presenza actual ou previa do xerme causante, aínda que esta procura é infrutuosa nun número considerable de casos. Débense tomar mostras para cultivo da uretra, do cérvix, dos primeiros ouriños da mañá, das feces e do líquido articular. Nos casos venéreos, o médico aconsellará que o outro membro da parella tamén se realice probas. Nas análises xerais atópanse poucos datos anormais, destacando alteracións inespecíficas da inflamación: a velocidade de sedimentación globular (VSG), a proteína C reactiva (PCR) e outras, poden estar elevadas. Pode haber unha leve anemia, e o factor

reumatoide adoita ser negativo. O líquido articular contén abundantes células (líquido sinovial inflamatorio).

**Debemos diferenciar a artrite reactiva da artrite infecciosa, xa que mentres na primeira prodúcese unha reacción do noso organismo derivado das bacterias cando xa non hai infección, na artrite infecciosa a bacteria é a causante da artrite e necesita un tratamento urxente con antibióticos. O reumatólogo é o médico con maior experiencia para establecer o diagnóstico de artrite reactiva e diferenciala das outras enfermidades articulares, así como para instaurar o tratamento óptimo segundo o estado e momento de actividade da enfermidade.**

### Como se trata?

O tratamento pode variar en función das necesidades de cada paciente. Poderíanse utilizar antibióticos e distintos tratamentos para a artrite, como os antiinflamatorios, e para as formas que se cronifican os chamados fármacos modificadores da enfermidade (FAME) que se utilizan noutras enfermidades reumáticas inflamatorias crónicas.

### Previsión, que podo agardar?

A maioría dos enfermos teñen boa evolución, quedando sen síntomas aos 6 meses. Con todo, o curso é moi difícil de predicir, xa que é irregular e variable en cada individuo. Algúns casos cronifican podendo evolucionar a espondilite (inflamación da columna similar a outra enfermidade reumática coñecida como espondiloartrite anquilosante). A presenza do HLA B27 asociouse a cronicidade, a maior risco de uveíte aguda e manifestacións cardiolóxicas, e por outra parte algúns casos de artrite reactiva desenvolveron enfermidade inflamatoria do intestino.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Hannu T. *Reactive arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2011 Jun;25(3):347-57.
2. *Artritis reactiva: qué es, síntomas y tratamientos de las enfermedades reumáticas. Recurso online* <https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/artritis-reactiva/>.
3. *Tratado de enfermedades reumáticas. Sociedad Española de Reumatología.* 2ª Edición. ISBN 978-84-1106-033-2.

## CAPÍTULO 14.

### ENFERMIDADE DE PAGET

*Clara Ventín Rodríguez*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

A enfermidade de Paget consiste nunha alteración do proceso chamado remodelado óseo que pode afectar a un único óso ou a varios.

O remodelado óseo é o proceso fisiolóxico de formación e reabsorción continua do tecido e que permite que este se renove e repare.

A medida que envellecemos os nosos ósos reconstrúense a un ritmo algo máis lento. Non obstante, en pacientes coa enfermidade de Paget este proceso faise de forma máis acelerada nalgunhas zonas do óso. Esta aceleración do proceso ten como consecuencia que o óso reconstruído teña unha estrutura anormal. Desta maneira, poden volverse máis brandos, deformarse ou ter un maior tamaño do habitual.

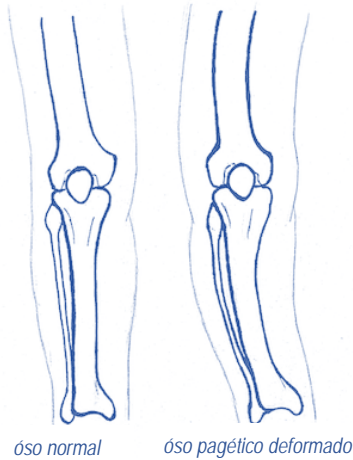
A enfermidade pode afectar a un único óso (monostótica) ou a dous ou máis ósos (poliostótica).

O nome desta patoloxía débese á persoa que describiu a enfermidade por primeira vez: Sir James Paget, no ano 1876. Este trastorno coñécese tamén como osteíte deformante.

Trátase de un trastorno óseo moi frecuente no noso contorno e tamén nos países escandinavos, Inglaterra, Estados Unidos e Nova Zelanda.

A probabilidade de padecer esta enfermidade aumenta coa idade, de feito é moi raro que apareza antes dos 40 anos.

En España hai unha prevalencia algo máis baixa que noutros países europeos, entre o 1.5-3% da poboación maior de 65 anos.



### Por que se produce?

A día de hoxe descoñécese a causa da enfermidade. Observouse que é frecuente que estea presente en varios membros da mesma familia, polo que se sospeita que poida ter un compoñente xenético, quizais activado pola exposición a algúns virus como o da rubéola ou o do sarampelo.

### Que síntomas produce?

Na maioría dos casos, a enfermidade non produce ningún síntoma no paciente e esta é descuberta de

forma casual nunha análise rutineira ou nunha radiografía solicitada por outros motivos.

Existen casos no que a enfermidade pode producir síntomas, estes son principalmente a dor, a deformidade ósea e o aumento de temperatura da pel.

A dor típica causada pola propia enfermidade é unha dor xorda profunda, imprecisa e que se acentúa pola noite. Ás veces tamén pode empeorar ao camiñar ou ao permanecer de pé un tempo.

Esta dor relaciónase co crecemento do óso, a deformidade e a aparición de microfracturas debidas á mala calidade do óso.

A complicación máis frecuente prodúcese cando as alteracións están próximas á zona onde están as articulacións. Os cambios na forma do óso fan que se perda a congruencia da articulación, é dicir, que os ósos non “encaixen” ben, o que pode favorecer que as cartilaxes se desgasten con máis rapidez dando lugar a unha artropatía dexenerativa da articulación (artrose), que pode producir dor co movemento.

A enfermidade pode afectar a calquera óso do corpo, aínda que os máis frecuentemente afectados son os do cranio, da columna e da pelve.



---

Cando afectan a ósos longos das pernas ou dos brazos coma o fémur, a tibia ou o úmero pódense encurvar. Esta deformidade na tibia coñécese como “tibia en sable” (imaxe 1). Cando afecta aos ósos do cranio pode dar lugar a dores de cabeza e mesmo producirse un aumento de tamaño da mesma. Cando afecta a varias vértebras pode producirse unha curvatura dando lugar a cifose ou “xiba”. Estas deformidades obsérvanse cando a enfermidade está avanzada.

Como consecuencia do aumento do recambio óseo tamén se pode producir un aumento do número de vasos sanguíneos que nutren de sangue a estas zonas. Por este motivo ás veces pódese observar un aumento da temperatura local onde está o óso afectado, especialmente no caso da tibia ou do cranio, que teñen unha localización moi superficial.

### Como se trata?

A enfermidade de Paget ten tratamento e con el preténdese aliviar os síntomas, evitar que a enfermidade empeore e previr complicacións.

Non obstante non todos os pacientes precisan tratamento. A necesidade deste vai depender de varios factores coma: os síntomas, os datos das análises, o número de ósos afectados e a localización dos mesmos.

O tratamento consiste tanto en medidas non farmacolóxicas como farmacolóxicas.

#### Medidas non farmacolóxicas:

- Recoméndase evitar o sobrepeso e obesidade.
- Se existen deformidades ou secuelas poden ser útiles dispositivos de axuda como bastóns, soletas para o calzado, audiófonos...
- No caso de precisar cirurxía, podería estar indicado un tratamento farmacolóxico preventivo para diminuír o risco de sangrado.
- En casos excepcionais podería ser preciso o tratamento cirúrxico. Por exemplo, se o crecemento do óso produce unha compresión dos nervios que están preto del, podería precisarse unha cirurxía para descomprimilos. Tamén podería ser necesaria a colocación dunha prótese de cadeira ou xeonllo se a enfermidade produciu

unha artrose importante. Se existe unha deformidade moi importante (pelo xeral na tibia) que produza dor e dificultade para camiñar tamén podería proporse unha cirurxía para mellorar os síntomas.

### Tratamentos farmacolóxicos:

No caso de estar indicado, os dous tipos de medicamentos máis empregados son:

- Os analxésicos: coa fin de eliminar ou reducir a dor.
- Os antireabsortivos: son medicamentos englobados na familia dos bifosfonatos (ácido alendrónico, ácido risandrónico, ácido zoledrónico, etc). Empréganse para diminuír o remodelado excesivo do óso e previr complicacións

### **Previsión. Que pode agardar?**

O prognóstico da enfermidade polo xeral é moi bo se se detecta aos inicios da enfermidade xa que o tratamento dispoñible é eficaz e seguro, permitindo o control dos síntomas e da actividade da enfermidade, previndo a aparición de deformidades e complicacións.

As principais complicacións que pode producir podémolas dividir en tres grupos: neurolóxicas, ortopédicas e cardiovasculares.

As complicacións neurolóxicas prodúcense polo aumento de tamaño do óso que pode comprimir os nervios próximos. Os síntomas dependen da localización da enfermidade. Cando afecta aos ósos do cranio o nervio que se ve afectado con máis frecuencia é o nervio auditivo, podendo provocar xordeira. Tamén o aumento de volume do cranio pode comprimir a saída do líquido cefalorraquídeo (o líquido que recubre e protexe o cerebro e a medula espiñal) producindo unha condición chamada hidrocefalia.

Se están afectadas as vértebras espiñais, os problemas máis frecuentes son a ciática e o síndrome de compresión medular.

As complicacións ortopédicas poden ser artrose, fisuras e fracturas. A deformidade e fragilidade dos ósos poden predispoñer a padecer fisuras ou

---

fracturas, especialmente nos ósos que soportan moito peso como o fémur ou a tibia. No caso de producirse unha fractura é frecuente que a reparación da mesma non sexa correcta e se produza un retraso na súa consolidación (o que coñecemos como pseudoartrose).

As complicacións cardiovasculares prodúcense principalmente polo aumento do fluxo sanguíneo ata o óso afectado podendo producirse o "síndrome de roubo" no que hai tanta cantidade de sangue que se dirixe ao óso que ás estruturas do arredor non lles chega suficiente fluxo sanguíneo. Nestes casos poden aparecer síntomas como a aparición de dor na perna ao camiñar uns metros ou síntomas de demencia se a alteración está nos ósos do cranio. En casos excepcionais, cunha enfermidade moi extensa, podería chegar a producirse insuficiencia cardíaca por unha sobrecarga do corazón ao ter que mobilizar un volume maior de sangue.

Unha complicación moi rara (menos do 1%) pero grave é a dexeneración do óso nun osteosarcoma.

Cabe recordar que malia que existan as complicacións descritas con anterioridade estas detéctanse nunha proporción moi baixa dos pacientes e cada vez danse con menor frecuencia.

A enfermidade ten un bo pronóstico e en moitos casos non é preciso tratamento ningún, pero é importante comprender que de cara a previr posibles complicacións hai que facer un control periódico para detectar a aparición de síntomas e/ou alteracións nas análises. Se foi preciso instaurar un tratamento farmacolóxico hai que avaliar periodicamente a resposta ao tratamento e a posible aparición de efectos secundarios.

## BIBLIOGRAFÍA:

1. *Balsa Criado A, Díaz González F. Tratado de Enfermedades Reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. 2ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2022*



## CAPÍTULO 15.

### LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

*Irene Altabás González, Nair Pérez Gómez*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

O lupus eritematoso sistémico (LES) é unha enfermidade autoinmune crónica e moi heteroxénea que pode afectar a calquera órgano do corpo e de diversas formas.

Non ten unha única causa, pero si se comprobou que están implicados factores xenéticos, ambientais (radiación ultravioleta, tabaco, alcohol, infeccións, etc.) e hormonais que desencadean as alteracións do sistema inmunitario que se producen nesta enfermidade.

A patoxénese do LES caracterízase por unha alteración do sistema inmunitario innato e adaptativo, favorecendo a produción de autoanticorpos, entre outras alteracións. Todo isto orixina un estado proinflamatorio que pode afectar a calquera tecido ou órgano, provocando as distintas manifestacións da enfermidade.

Os datos de incidencia e prevalencia da enfermidade dependen da zona xeográfica estudada. En España, o estudo EPISER2016 [1], mostrou unha prevalencia superior á descrita noutras zonas xeográficas con 210 casos/100.000 habitantes, sendo maior no rural.

De forma consistente, é unha enfermidade máis frecuente en mulleres que en homes en todos os grupos de idade. A prevalencia é máis alta en idade reprodutiva cunha relación mulleres/homes para este grupo de idade de arredor de 9:1 e menor para os extremos de idade, antes da puberdade (2:1) e posmenopausia (3:1).

O LES é máis común en razas non caucásicas, é dicir, en negros, asiáticos e hispanos. Nestes últimos grupos, a enfermidade é máis grave e con maior dano orgánico. A raza pode ser un factor importante á hora de elixir tratamentos.

## Como é? Manifestacións clínicas.

As manifestacións clínicas da enfermidade son moi amplas, xa que pode afectar a pel, as articulacións, o corazón, os pulmóns, os riles, o sistema nervioso, o sangue, etc. Isto fai que os pacientes con lupus eritematoso sistémico sexan tan diferentes entre si e isto ás veces pode levar a un atraso no diagnóstico.

### Manifestacións xerais:

Febre ou febre baixa poden deberse á actividade do lupus, así como a inflamación das glándulas, a perda de peso ou a fatiga. O médico sempre debe descartar que isto poida deberse a outras causas como infeccións ou tumores.

### Manifestacións musculoesqueléticas:

afectan ata o 90% dos pacientes durante o curso da súa enfermidade. Poden presentarse desde dores articulares ou musculares, ata casos de inflamación evidente das articulacións en forma de artrite cuxa localización máis frecuente son as mans.

### Manifestacións mucocutáneas:

afectan ata o 80% dos pacientes, e en moitas ocasións é o primeiro síntoma da enfermidade. Ás veces é necesario recorrer á biopsia cutánea para o diagnóstico. Hai diferentes tipos de afectación da pel. Xeralmente clasifícase en lupus cutáneo agudo, lupus cutáneo subagudo e lupus cutáneo crónico. As lesións máis típicas son as agudas que aparecen en zonas expostas ao sol, como o eritema nas ás das bolboretas, estas non adoitan deixar cicatriz. Existen formas cutáneas máis graves como as lesións de lupus discoide que poden deixar unha cicatriz desfiguradora que, se afecta o coiro cabeludo, pode deixar unha alopecia irrecuperable. É frecuente que os pacientes presenten perda de cabelo de tipo difuso coa actividade da enfermidade e este tipo non adoita deixar cicatriz. A nivel das mucosas é frecuente a presenza de candidiase bucal e/ou nasal.

---

### Manifestacións renais:

a afectación renal en forma de nefrite lúpica aparece ata o 40% dos pacientes. É unha das manifestacións máis graves da enfermidade. O diagnóstico e o tratamento precoz son esenciais para evitar secuelas a longo prazo en forma de enfermidade renal crónica. Os síntomas que poden suxerir unha afectación renal son: inchazo das pernas, hipertensión arterial incontrolada ou de nova aparición, ouriños espumosos, entre outros. É moi importante realizar repetidas probas de ouriños en pacientes con lupus para a detección precoz da nefrite. Para o diagnóstico definitivo e a decisión do tratamento, é fundamental realizar unha biopsia renal.

### Manifestacións hematolóxicas:

son moi frecuentes, sobre todo en forma de citopenias, é dicir, con diminución do número de glóbulos, xa sexan glóbulos brancos, glóbulos vermellos, plaquetas ou todos eles. É fundamental considerar outras posibilidades antes de atribuílas á actividade lupus, como efectos secundarios dos medicamentos, infeccións, etc.

### Manifestacións cardiopulmonares:

a afectación cardíaca máis frecuente é a pericardite e pulmonar, a pleuresía. Estes caracterízanse pola inflamación do tecido que rodea o corazón (pericardite) ou os pulmóns (pleurese). Preséntanse como dor no centro do peito ou nos lados que adoitan empeorar cunha respiración profunda. Para confirmalo, pódese realizar unha radiografía de tórax ou unha ecografía. Poden ocorrer outras manifestacións cardíacas e pulmonares, pero son moito menos frecuentes.

### Manifestacións neuropsiquiátricas:

inclúense un conxunto de síndromes heteroxéneas, algunhas potencialmente graves. As probas complementarias adoitan ser inespecíficas e o diagnóstico pode ser difícil. Este tipo de manifestacións adoitan aparecer no inicio ou nos primeiros anos da enfermidade. Poden aparecer illados, sen actividade noutros niveis.

### Síndrome antifosfolípido secundario:

esta síndrome pode aparecer asociada ao LES. Caracterízase pola presenza de trombose e/ou manifestacións obstétricas como abortos recorrentes. Asíciase coa presenza dun tipo de anticorpo (anticardiolipina, anti-glicoproteína B2 1 e/ou anticoagulante lúpico). Ante a presenza destes anticorpos, debe realizarse un tratamento específico.

### Como se trata?

O tratamento do lupus eritematoso sistémico é moi amplo e complexo. O reumatólogo guiarase polo sintoma ou síntomas predominantes para a elección do tratamento. Un dos aspectos máis novos no tratamento desta enfermidade é o tratamento por obxectivos, tratando de buscar a remisión ou a mínima actividade posible. Para iso, o facultativo avaliará e escalará o tratamento ata acadar ou achegarse a estes obxectivos, buscando a menor actividade posible cos menores efectos nocivos dos tratamentos.

O tratamento con antipalúdicos como a hidroxiclороquina é esencial xa que mostrou múltiples beneficios tanto en canto á actividade como na prevención de danos. O uso doutros inmunosupresores e biolóxicos seleccionárase en función da manifestación clínica actual e/ou da necesidade de reducir os corticoides [2]. Os glucocorticoides utilízanse coa intención de controlar rapidamente os síntomas, pero o antes posible a súa dose debe reducirse ao mínimo posible xa que demostraron que, se se toman a doses elevadas e/ou durante moito tempo, están asociados a un maior dano, maior mortalidade e maior risco de infeccións, entre outras complicacións.

### Previsión, que pode levar?

Nos últimos anos, grazas ás melloras nos métodos diagnósticos e aos novos tratamentos, a supervivencia e a calidade de vida destes pacientes mellorou considerablemente. Cada vez se estudan máis moléculas para o LES e cada vez temos novos tratamentos e estratexias de tratamento ao noso alcance para un mellor control da actividade e os resultados a longo prazo.

O diagnóstico precoz e a remisión precoz aos reumatólogos é fundamental para iniciar un tratamento adecuado canto antes e evitar así danos irreversibles e complicacións da enfermidade. Tamén é necesario un seguimento continuo por



---

parte dos médicos especialistas en Reumatoloxía para o control da enfermidade e a detección precoz de posibles complicacións da mesma e dos seus tratamentos.

O paciente debe ter un papel activo en todo o proceso, desde o coñecemento adecuado da súa enfermidade, a adhesión ao tratamento, ata implicarse na toma de decisións conxunta co especialista.

### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. Seoane-Mato D, Sánchez-Piedra C, Silva-Fernández L, Sivera F, Blanco FJ, Pérez Ruiz F, et al. Prevalence of rheumatic diseases in adult population in Spain (EPISER 2016 study): Aims and methodology. *Reumatol Clin (Engl Ed)*. 2019 Mar-Apr;15(2):90-96.
2. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Alunno A, Aringer M, Bajema I, Boletis JN, et al. 2019 update of the EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2019 Jun;78(6):736-745.



## CAPÍTULO 16.

### A FIBROMIALXIA

*John Henry Guzmán Castro*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

A fibromialxia é un trastorno crónico de dor musculoesquelética que se caracteriza pola presenza de dor crónica xeral, fatiga, problemas de sono, problemas cognitivos e outros síntomas. En España, estimase que a prevalencia desta enfermidade sitúase no 2,4% da poboación adulta, afectando ao 4,2% das mulleres e ao 0,2% dos homes segundo o estudo EPISER da Sociedad Española de Reumatología. Non hai unha causa coñecida para a fibromialxia, pero semella que hai unha disfunción no procesamento da dor a nivel do sistema nervioso central. As persoas con fibromialxia teñen unha maior sensibilidade á dor. Ademais, a fibromialxia pode estar relacionada con factores xenéticos, hormonais e ambientais.

#### Como é?

Os síntomas máis comúns da fibromialxia son a dor musculoesquelética crónica, o que significa que dura máis de tres meses, e a fatiga, que poden afectar significativamente a calidade de vida da persoa. A dor é a manifestación principal da fibromialxia, e é crónica, difusa e migratoria, afectando principalmente ás áreas musculares periarticulares, especialmente ao pescozo, ombros, costas, brazos, pernas e zonas da pel; especialmente en localizacións específicas do corpo denominadas tender points ou puntos sensíbeis ou zonas gatillo. A dor pode ir acompañada de rixidez muscular, espasmos, sensación de ardor, formigo e edema. Outros síntomas frecuentes da fibromialxia inclúen trastornos do sono, como dificultade para conciliar o sono ou acordar varias veces durante a noite, que pode levar a unha sensación de cansazo ou somnolencia durante o día. Tamén é común que as persoas con fibromialxia teñan problemas cognitivos, como dificultade para concentrarse, lembrar cousas ou realizar tarefas mentais. Ademais, a ansiedade e a depresión tamén son comúns en persoas con fibromialxia.

Outros síntomas menos frecuentes da fibromialxia inclúen dor de cabeza, dor abdominal, síndrome do intestino irritable, problemas urinarios e sexuais, e sensibilidade á luz, ao ruído e a outros estímulos sensoriais.

Os síntomas da fibromialxia poden ser moi debilitantes e afectar significativamente a calidade de vida. A dor pode dificultar a realización de actividades cotiás como traballar, facer exercicio físico ou durmir ben. A fatiga pode levar a unha sensación de cansazo constante e dificultade para realizar actividades simples. A ansiedade e a depresión poden afectar ao estado de ánimo e á motivación.

### Síntomas de Fibromialxia



### Como se trata?

O tratamento da fibromialxia é multidisciplinar e pode incluír tanto medidas farmacolóxicas como non farmacolóxicas. A continuación, detallamos algúns tratamentos comúns:

---

### Estilo de vida saudable:

Un estilo de vida saudable, que inclúe unha dieta saudable, durmir ben, facer exercicio físico regular e evitar o estrés, pode axudar a reducir os síntomas da fibromialxia. O exercicio físico pode ser particularmente beneficioso para as persoas con fibromialxia, xa que pode axudar a mellorar a forza muscular, a flexibilidade e a reducir a dor. En xeral, recoméndase facer exercicios de baixa intensidade (por exemplo ioga, pilates, Tai-chi) xa que o exercicio extenuante pode empeorar a dor e a fatiga.

### Analxésicos:

Os analxésicos poden axudar a aliviar a dor, pero non son sempre eficaces. Algunhas opcións comúns inclúen analxésicos non esteroideos (AINE), como o ibuprofeno, ou opiáceos, como a tramadol.

### Antidepressivos:

Os antidepressivos poden axudar a reducir a dor e mellorar o estado de ánimo. Os antidepressivos tricíclicos, como a amitriptilina, son comunmente prescritos para o tratamento da fibromialxia por tamén mellorar o insomnio

### Anticonvulsivantes:

Os anticonvulsivantes, como a gabapentina, tamén poden ser eficaces para reducir a dor neuropática asociada á fibromialxia.

### Terapia física:

A terapia física pode axudar a mellorar a flexibilidade, a forza muscular e reducir a dor.

### Psicoterapia:

A psicoterapia pode axudar a mellorar a depresión, a ansiedade e a calidade de vida.

### Terapias alternativas:

- Acupuntura: A acupuntura é unha técnica antiga chinesa que consiste en inserir agullas finas na pel en puntos específicos do corpo. Algúns estudos indican que a acupuntura pode ser efectiva para aliviar a dor e outros síntomas da fibromialxia, pero é necesario realizar máis investigación para confirmalo.
- Masaxe: A masaxe terapéutica pode axudar a aliviar a dor, o estrés e a tensión muscular asociados á fibromialxia. Algúns estudos indican que a masaxe pode ser unha terapia complementaria útil para mellorar a calidade de vida das persoas con fibromialxia.
- Meditación: A meditación é unha práctica mental que consiste en centrar a atención nun obxecto ou pensamento específico para alcanzar un estado de relaxación e paz interior. Algúns estudos indican que a meditación pode ser efectiva para reducir a dor e a ansiedade asociados á fibromialxia.
- Augas termais: En varios estudos realizados en pacientes con fibromialxia, observouse que as terapias con augas termais poden reducir a dor, mellorar a mobilidade articular e a calidade de vida. Tamén se recomenda combinar as sesións de baño con exercicios de fisioterapia, como estiramientos musculares suaves ou masaxes, para mellorar o efecto terapéutico.
- Canabinoides: Algúns estudos indican que o uso de canabinoides, compoñentes químicos presentes na planta de cannabis, pode ser útil no tratamento da fibromialxia. Os canabinoides actúan sobre o sistema endocanabinoide do corpo, que está implicado na regulación da dor e da inflamación.

A pesar destes resultados prometedores, é importante lembrar que o uso de canabinoides en pacientes con fibromialxia aínda non está suficientemente investigado e debe ser supervisado polo equipo médico. Ademais, o uso de cannabis pode ter efectos secundarios, como somnolencia, mareos e problemas de memoria, entre outros. Por iso, é necesario avaliar os beneficios e os riscos antes de prescribir canabinoides para tratar a fibromialxia.

---

O tratamento da fibromialxia pode ser difícil, xa que os síntomas poden ser debilitantes e difíciles de tratar. É importante que as persoas con fibromialxia traballen con un equipo de profesionais da saúde para desenvolver un plan de tratamento que se adapte ás súas necesidades individuais.

### Previsión, que podo agardar?

O prognóstico da fibromialxia é variable e pode ser difícil de prever, xa que a gravidade dos síntomas pode variar de persoa para persoa e mesmo de día para día. En xeral, a fibromialxia é unha condición crónica que pode durar anos ou toda a vida, e o obxectivo do tratamento é aliviar os síntomas e mellorar a calidade de vida.

Algúns factores que poden influír no prognóstico da fibromialxia inclúen:

- Gravidade dos síntomas: As persoas con síntomas máis graves poden ter unha melloría máis lenta ou menos notable co tratamento.
- Diagnóstico precoz: O diagnóstico precoz e o inicio do tratamento oportuno poden axudar a mellorar o prognóstico da fibromialxia.
- Comorbilidades: As persoas con outras condicións médicas ou psicolóxicas, como depresión ou ansiedade, poden ter un prognóstico peor.
- Adherencia ao tratamento: A adherencia ao tratamento prescrito pode axudar a mellorar os síntomas e, por conseguinte, o prognóstico.

A pesar de que a fibromialxia é unha condición crónica que non ten cura, o tratamento adecuado pode axudar a mellorar a calidade de vida das persoas con esta enfermidade. É importante manter unha boa comunicación co equipo de atención médica para facer axustes no tratamento se é necesario.

### BIBLIOGRAFÍA:

3. *Belenguer, R., A. Carbonell, and J. García Campayo. "Guía de Debut En Fibromialgia." Victoria. Asociación Divulgación Fibromialgia (2015).*

4. Cohen-Biton L, Buskila D, Nissanholtz-Gannot R. Review of Fibromyalgia (FM) Syndrome Treatments. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep 24;19(19):12106. doi: 10.3390/ijerph191912106. PMID: 36231406; PMCID: PMC9566124.
5. Gascón, María Luisa Grande, María José Calero García, and Raquel Ortega Martínez. "Impacto social y familiar de la fibromialgia." *Seminario médico* 63.1 (2021): 13-27.



## CAPÍTULO 17.

### TÉCNICAS EN REUMATOLOXÍA

*Guillermo González Arribas*

#### Introdución

A reumatoloxía malia que sexa unha especialidade médica, precisa de diferentes técnicas para o diagnóstico ou o tratamento de diferentes doenzas do aparello locomotor e de causa inflamatoria ou autoinmune.

Poden dividirse en técnicas non invasivas (non se aborda ningunha estrutura anatómica) ou invasivas (abórdanse as estruturas anatómicas mediante punción con agulla ou toma de mostra con bisturí).

Neste capítulo trataranse de maneira resumida as diferentes técnicas utilizadas na reumatoloxía: artrocentese diagnóstica e terapéutica, infiltracións, microscopía óptica de luz polarizada, ecografía musculoesquelética e vascular, capilaroscopia e biopsia cutánea, de tecido celular subcutáneo ou de glándula salivar menor

#### Artrocentese diagnóstica e terapéutica.

A artrocentese é unha técnica invasiva realizada co obxectivo de extraer líquido sinovial para o diagnóstico das posibles causas dunha artrite e á súa vez, ten unha labor terapéutica ao producir alivio sintomático coa extracción do líquido e a posibilidade de inxectar glucocorticoides e/ou anestesia local.

Debido a que é un procedemento minimamente invasivo, non é necesario aplicar anestesia xeral, bastará simplemente con aplicar anestesia local se fora preciso.

Realízase de maneira aséptica, desinfectando o lugar da punción, utilizando material previamente esterilizado e utilizando luvas estériles.

A obtención de líquido sinovial é clave para o diagnóstico da artrite, xa que permite diferenciar a simple vista unha causa inflamatoria (apreciarase un líquido sinovial turbio e lixeiro) ou mecánica (o líquido sinovial terá máis viscosidade e a cor adoita ser transparente).

Posteriormente, deberán enviarse mostras do líquido ao laboratorio de bioquímica e microbioloxía para analizar a posibilidade dunha artrite inflamatoria ou infecciosa.

No laboratorio analizaranse de forma cualitativa e cuantitativa a presenza de glóbulos vermellos, distintos tipos de glóbulos brancos, glucosa, proteínas ou cristais (por exemplo de ácido úrico) ademais de descartar ou confirmar a presenza de bacterias ou fungos patóxenos.

As posibles complicacións derivadas do procedemento inclúen a infección no lugar da punción (o risco é mínimo se hai unha correcta esterilidade) ou a hemorraxia intraarticular ou hemartrose, circunstancias que constitúen unha urxencia médica. Ambas complicacións maniféstanse da mesma forma ca artrite aguda: dor, tumefacción, impotencia funcional da articulación e en ocasións, rubor.

### **Infiltracións articulares e de partes brandas periarticulares.**

A infiltración consiste en inxectar substancias farmacolóxicas de maneira local, ben na propia articulación ou nos tecidos circundantes (tendóns, fascias e ligamentos).

A infiltración pode vir precedida dunha artrocentese diagnóstica, converténdoa nunha artrocentese terapéutica ou pode facerse a infiltración de fármacos de xeito intencional ca finalidade de producir alivio sintomático da dor derivada dun proceso inflamatorio (artrite) ou mecánico (artrose, tendinite ou fascite).

Do mesmo xeito ca artrocentese, a infiltración deberá realizarse mediante técnica estéril para minimizar o risco de infección local.

As articulacións e partes brandas que adoitan ser infiltradas son: o xeonllo, o ombreiro, o pulso, o nocello, a cadeira, os dedos da man ou a fascia plantar no pé.

Os fármacos máis comunmente utilizados son os glucocorticoides e os anestésicos locais.

---

### Microscopía de luz polarizada.

A microscopía é a visualización de pequenos obxectos mediante grandes aumentos e a polarización é a capacidade de dividir un feixe de luz en dous raios cun ángulo de 90° entre si, e faise cun polarizador aplicado ao microscopio.

Mediante esta técnica pódese detectar a presenza de cristais no líquido articular, como por exemplo: de ácido úrico ou de pirofosfato cálcico.

Os cristais de ácido úrico presentan un brillo amarelo se estes se encontran en paralelo ao feixe de luz polarizada e brillarán cunha cor azul se se encontran en perpendicular (birrefrinxencia negativa). Polo contrario, os cristais de calcio, brillarán azul en paralelo co feixe de luz, e brillarán amarelo se están en perpendicular (birrefrinxencia positiva).

### Ecografía musculoesquelética e vascular.

A ecografía musculoesquelética é unha técnica non invasiva que consiste na visualización das estruturas anatómicas do aparello locomotor mediante a emisión e a recepción de ultrasóns e o seu procesamento para convertelos en imaxe mediante un ecógrafo.

Non depende dos raios X, polo que ten unha vantaxe sobre a radiografía ou a tomografía computadorizada. Como desvantaxe, depende da experiencia do explorador, polo que é preciso un adestramento previo.

Mediante a visualización das articulacións, os tendóns, as bursas, os ligamentos, as fascias, os tendóns e os músculos, é posible un método diagnóstico efectivo, rápido e indoloro. Ademais permite guiar infiltracións, aportando precisión a esta técnica.

A ecografía tamén permite visualizar as diferentes capas dos vasos sanguíneos que se poden afectar nas doenzas coñecidas como vasculites de grandes vasos polo que tamén pode evitar radiación no diagnóstico destas patoloxías.

### Capilaroscopia.

Consiste nunha técnica non invasiva utilizada para a visualización directa da morfoloxía e as características en directo da circulación dos vasos sanguíneos

de máis pequeno tamaño ou capilares, localizados na parte máis proximal das unllas.

Mediante un capilaroscopio (microscopio portátil) ou un videocapilaroscopio (microscopio dixital de grande aumento) é posible detectar anomalías relacionadas con certas doenzas autoinmunes sistémicas como a esclerose sistémica ou a dermatomiosite.

As anomalías máis asociadas con estas doenzas son: a presenza de megacapilares (capilares de máis de 5  $\mu\text{m}$  de ancho), áreas avasculares (ausencia de capilares nun ancho de polo menos 3 mm) ou hemorraxias.

### **Biopsia de pel e de tecido celular subcutáneo.**

A biopsia é unha técnica invasiva de cirurxía menor que permite a extracción dunha mostra biolóxica para o seu análise anatomopatolóxico ou microbiolóxico.

No caso da pel, a biopsia ten especial utilidade no diagnóstico das púrpuras e algunhas enfermidades autoinmunes como o lupus, as miopatías inflamatorias ou outras como as morfeas, a psoríase ou o eritema nodoso.

Na actualidade para realizar esta técnica é preciso utilizar un bisturí circular apelicado a un mango de plástico para obter a mostra, que deberá incluír tecido celular subcutáneo, unhas pinzas mosquito e un fío con agulla curva para coser a ferida e facer hemostase. A mostra deberá enviarse en formol para o procesamento no laboratorio.

Realízase mediante técnica aséptica, desinfectando previamente a zona da biopsia, utilizando luvas e materiais previamente esterilizados.

Unha vez estea garantida a esterilidade do campo cirúrxico, procederáse á aplicación de anestesia local na pel e tras comprobar a efectividade da anestesia, realizarase o procedemento.

En ocasións, é preciso realizar dúas biopsias se existe a sospeita de lupus, vasculite IgA ou enfermidades ampulosas, sendo necesario un envase con soro fisiolóxico adicional ao do formol.

---

É recomendable lavar a ferida diariamente con auga e xabón, mantela seca, cubrila cun apósito limpo e retirar os puntos aproximadamente unha semana despois da intervención.

Unha posible complicación desta técnica é a infección do lugar da biopsia, risco que é posible evitar sempre que se cumpran as indicacións de asepsia e hixiene da ferida.

### **Biopsia de glándula salivar menor.**

Do mesmo xeito que a biopsia cutánea, esta técnica invasiva permite obter unha mostra de glándula salivar do beizo inferior mediante unha pequena incisión cun bisturí.

Tamén precisa de anestesia local pero é posible realizar hemostase da ferida con apósitos especiais sen necesidade de aplicar puntos de sutura.

É unha técnica útil para o diagnóstico do síndrome de Sjögren.

### **Puntos clave.**

As técnicas en reumatoloxía teñen unha utilidade tanto diagnóstica como terapéutica.

Poden ser invasivas (abórdanse estruturas anatómicas, precisan anestesia local e esterilidade) ou non invasivas.

A complicación máis relacionada cas técnicas invasivas é a infección do lugar da técnica pero é posible evitalo garantindo a esterilidade do procedemento.



### A REUMA NOS NENOS. ARTRITE IDIOPÁTICA XUVENIL

*Laura Losada Ares, Carlota Laura Iníguez Ubiaga*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

A artrite idiopática xuvenil (AIX) é a enfermidade reumática inflamatoria crónica máis frecuente na infancia. Caracterízase pola inflamación persistente das articulacións, o que causa dor e limitación do movemento. O termo “idiopática” significa que non coñecemos a causa da enfermidade, e “xuvenil” porque os síntomas aparecen antes dos dezaseis anos. Cando unha enfermidade é crónica significa que non existe unha cura, cando se diagnostica non é posible predicir durante canto tempo o neno estará enfermo, pero os tratamentos que se usan melloran os síntomas e os resultados das análises.

É una causa importante de morbilidade a curto e longo prazo. Neste termo englobanse tódalas artrites de causa descoñecida que debutan antes dos dezaseis anos e persisten máis de 6 semanas, despois de excluir infeccións, traumatismos, tumores, outras enfermidades inflamatorias do tecido conectivo, enfermidades metabólicas, e outras enfermidades simuladoras.

O termo AIX foi proposto pola International League of Associations for Rheumatology (ILAR) en 1995 e substitúe a outras denominacións máis antigas (artrite reumatoide xuvenil ou artrite crónica xuvenil).

A ILAR establece diferentes subtipos de AIX segundo a forma de presentación da enfermidade e uns criterios de inclusión e exclusión ben definidos, establecéndose sete categorías de AIX segundo o número de articulacións afectadas e a presenza ou non de manifestacións extraarticulares durante os seis primeiros meses da evolución da enfermidade. Cada categoría intenta representar a grupos homoxéneos de pacientes que comparten etiopatoxenia, manifestacións clínicas, respostas a tratamentos, evolución e pronóstico, pero ten algunhas limitacións á hora de clasificar a certos pacientes, polo que esta clasificación segue a ser revisada.

A idade de aparición e o sexo predominante é variable dependendo de cada categoría de AIX. A incidencia e a prevalencia desta enfermidade é moi variable no mundo, e depende de múltiples factores (diferencias xenéticas poboacionais, factores ambientais en cada zona xeográfica, aspectos metodolóxicos, criterios de clasificación usados...), considérase unha enfermidade relativamente rara, que afecta a entre 1 e 2 persoas cada 1000 nenos.

Prodúcese por unha resposta anómala do noso sistema inmunitario, que perde a capacidade de distinguir as células externas das propias, atacando aos propios compoñentes do noso corpo e dando lugar a inflamación, por exemplo, do revestimento da articulación. Por isto se chaman enfermidades autoinmunes; o noso sistema inmunitario reacciona contra o propio organismo, aínda que se descoñecen os mecanismos precisos que ocasionan a AIX.

A AIX non é unha enfermidade hereditaria, xa que non pode transmitirse directamente de pais a fillos. É o resultado dunha combinación de predisposicións xenéticas (na súa maioría descoñecidas) e da exposición a factores ambientais (probablemente infeccións).

### **Como é? Manifestacións clínicas.**

O diagnóstico faise en base a unha historia clínica, exploración física e resultados analíticos. Cada categoría de AIX presenta certas características que a distinguen das outras, pero en todas é común a artrite: a inflamación dunha ou varias articulacións (oligoarticular: 4 ou menos articulacións afectadas; poliarticular: 5 ou máis articulacións afectadas), de máis de 6 semanas de duración, que se pode acompañar de manifestacións cutáneas (como a psoriase, exantemas), oculares (uveíte), sistémicas (febre, adenopatías, serosite, hepato e/ou esplenomegalia, dor abdominal...) ou outras manifestacións do aparello musculoesquelético (entesite).

A membrana sinovial é o revestimento delgado da cápsula articular, que na artrite faise máis grossa e énchese de células inflamatorias e tecido, ademais, prodúcese unha maior cantidade de líquido sinovial dentro da articulación. Isto produce inflamación, dor e limitación do movemento. Unha característica distintiva da artrite é a rixidez articular, que se produce despois de períodos prolongados de repouso. Polo tanto, isto é especialmente pronunciado polas mañás (rixidez matinal). Habitualmente, o neno trata de reducir a dor mantendo a articulación



---

nunha posición semiflexionada. Esta posición denomínase «antiálxica», para destacar o feito de que pretende reducir a dor. Si se mantén durante períodos prolongados (habitualmente máis dun mes), esta posición anómala conduce ao acurtamento (contractura) dos músculos e tendóns e polo tanto deformidade en flexión.

Se non se trata de forma axeitada, a inflamación da articulación pode causar dano articular a través de dous mecanismos principais: a membrana sinovial faise máis grossa e branda (coa formación do que se coñece como pannus sinovial), e a través da liberación de diversas substancias que provocan a perda da cartilaxe e óso da articulación. Nas radiografías, isto ten un aspecto de buratos no óso que se denominan erosións óseas. O mantemento prolongado da posición antiálxica provoca atrofia muscular (perda do músculo), extensión ou retracción dos músculos e das partes brandas, dando lugar á deformidade en flexión.

A enfermidade en nenos é diferente á que presentan os adultos na maioría das categorías. A forma poliarticular positiva para o factor reumatoide, que representa menos do 5% dos casos de AIX, é similar á artrite reumatoide, responsable dun 70% dos casos de artrite en adultos. A forma oligoarticular con inicio temperá representa un 50% dos casos de AIX e non se ve en adultos. A AIX sistémica é característica de nenos e obsérvase en raras ocasións en adultos.

### Como se trata?

Non hai un tratamento específico para curar a AIX. O obxectivo do tratamento para tódolos tipos de artrite é aliviar a dor, o cansazo e a rixidez, evitar o dano nos ósos e nas articulacións, minimizar as deformidades e mellorar a mobilidade preservando o crecemento e o desenvolvemento. Nos últimos 20 anos producíronse enormes avances no tratamento da AIX coa introdución de fármacos coñecidos como fármacos biolóxicos. Sen embargo, algúns nenos poden ser «resistentes ao tratamento», o que significa que a enfermidade segue sendo activa e as articulacións seguen estando inflamadas a pesar do tratamento. Existen algunhas directrices para decidir o tratamento, aínda que este debe individualizarse para cada neno. A participación dos proxenitores na decisión do tratamento é moi importante.

O tratamento baséase principalmente no uso de fármacos que iniben a inflamación sistémica ou articular e nos procedementos de rehabilitación que

preservan a función articular e contribúen a evitar as deformidades. O tratamento é bastante complexo e require a cooperación de diferentes especialistas (reumatólogo pediátrico, pediatra de atención primaria, cirurxián ortopédico, médico rehabilitador, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, e oftalmólogo). Usamos antiinflamatorios non esteroideos, corticoesteroides orais, inxeccións intraarticulares de corticoesteroides de efecto prolongado, fármacos que intentan modificar o curso da enfermidade: metotrexato, leflunomida, salazopirina, ciclosporina, fármacos biolóxicos dirixidos contra moléculas específicas (factor de necrose tumoral ou TNF, interleucina 1, interleucina 6, ou unha molécula estimuladora dos linfocitos T). Nalgúns casos a evolución non é a esperada e pode formularse o uso dun fármaco sen unha indicación aprobada polas autoridades sanitarias, ou a través dun ensaio clínico. O tratamento debe durar mentres a enfermidade persista, e a duración da enfermidade é impredecible.

### **Previsión, que podo agardar?**

Un dos principais obxectivos do tratamento é que o neno teña unha vida normal, e tamén cando chegue a adulto, e isto pode alcanzarse na maioría dos casos. Na actualidade, o uso combinado de tratamento farmacolóxico e rehabilitación pode evitar o dano articular na maioría dos pacientes. En moitos deles, a AIX entra en remisión espontánea tras unha evolución que vai de poucos a moitos anos. A evolución da AIX adoita caracterizarse por remisións e exacerbacións periódicas que conducen a cambios importantes no tratamento. Soamente se considera a retirada completa do tratamento despois de que a artrite non mostre síntomas durante moito tempo (entre 6 e 12 meses ou máis). Sen embargo, non existe información definitiva sobre a posible reaparición da enfermidade unha vez o fármaco se retira. Os médicos adoitan realizar o seguimento dos nenos con AIX ata que son adultos, incluso se a artrite non mostra síntomas.

O prognóstico da AIX mellorou de forma significativa durante os últimos anos, pero segue dependendo da gravidade da forma clínica da AIX e dun tratamento temperán e axeitado. En xeral, ao redor do 40% dos nenos estarán sen medicación e sen síntomas (remisión) entre 8 e 10 anos tras o inicio da enfermidade. As maiores taxas de remisión encontrámonas nos tipos oligoarticular persistente e sistémico. Na actualidade, na etapa inicial da enfermidade non hai características clínicas ou analíticas fiables dispoñibles e os médicos non poden predicir que paciente terá o peor prognóstico. Estes factores predictivos serían dunha considerable importancia clínica, xa que permitirían a

---

identificación de pacientes aos que se lles debería receitar un tratamento máis agresivo dende o inicio da enfermidade. Se non se trata de forma axeitada a uveíte pode ter consecuencias tan importantes como formación de cataratas e cegueira.

O propósito do exercicio e da fisioterapia é permitir que o neno participe de forma óptima en tódalas actividades da vida cotiá e que cumpra tódalas funcións sociais desexadas. Ademais, o exercicio e a fisioterapia poden usarse para animar a un estilo de vida saudable e activo. Todo isto permite que o neno participe con éxito e de forma segura nas actividades escolares e extracurriculares, como as actividades de ocio e os deportes.

### **BIBLIOGRAFÍA:**

6. *Tratado de Enfermedades Reumáticas de la SER*
7. *Manual SER de diagnóstico y tratamiento en Reumatología Pediátrica*
8. *Web de la Sociedad Española de Reumatología Pediátrica*



## CAPÍTULO 19

### DOR DE OMBREIRO

*Maite Silva-Díaz, Belén Acasuso Pardo de Vera*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

Defínese como aquela dor que se localiza na rexión do ombreiro e aparece con algúns movementos do brazo.

A dor de ombreiro é unha das consultas médicas máis frecuentes, e afecta ao 25% da poboación nalgún momento da vida. É máis frecuente en persoas maiores ou que realizan traballos pesados ou repetitivos.

A pesar de ser unha doenza moi frecuente, non sempre se coñecen ben as causas que producen a dor no ombreiro. Pode deberse a lesións distantes da articulación do ombreiro e tamén por patoloxía nas estruturas que conforman dita articulación (ligamentos, músculos, tendóns ou bolsas periarticulares). Nun 70% dos casos a dor débese á inflamación dalgún dos catro tendóns do manguito rotador, que ten como función a estabilización do ombreiro. Moi poucas veces a dor ocorre dentro da articulación.

#### Como é?

A dor aparece cos movementos do ombreiro, na cara superior e externa da articulación. En xeral, limita pouco a mobilidade, aínda que ás veces impide certos movementos. Esta dor adoita ser máis intensa pola noite, sobre todo ao durmir sobre o brazo, e mellora despois de movela suavemente. Noutros casos, a dor é moi intensa e aguda, e a dor pódese sentir na zona cervical, no antebrazo e na man. Incluso pode haber unha perda case total da mobilidade.

Na maioría das veces, o diagnóstico é sinxelo. O médico, co exame físico, asegúrase de que a dor vén só do ombreiro e con que movementos intensifica. O exame dun médico adoita ser suficiente para o diagnóstico, pero ás veces pode ser necesario realizar radiografías, ecografías ou resonancia magnética dependendo do diagnóstico sospeitoso que teña o médico.

## Como se trata?

Ao principio, a mobilidade debe limitarse segundo a dor que apareza; non debe manterse en repouso total, pero si evitar esforzos. Nunca se debe inmovilizar con vendas ou xeso. O tratamento médico baséase en tres piares:

- Tratamento farmacolóxico
- Tratamento de rehabilitación
- Inxección de anestésicos e corticoides no ombreiro (infiltración)

Os analxésicos e os antiinflamatorios, axudan a controlar a dor e mellorar a mobilidade dos brazos. As inxeccións ou infiltracións producen a maioría das veces mellora rápida dos síntomas, o que facilita a realización dos exercicios de rehabilitación. O número necesario de infiltracións será o indicado polo seu médico e pode variar dependendo da resposta á primeira.

Os exercicios de rehabilitación consisten na realización de exercicios que melloran a mobilidade do ombreiro. Deben realizarse con asiduidade e de maneira progresiva, sen provocar dor.

## Previsión, que podo agardar?

A maioría das veces cos tratamentos previamente explicados a dor desaparece. En moi poucas ocasións e cando o tratamento médico non foi eficaz, debería recorrer á cirurxía.

Nalgúns casos puntuais tamén poden utilizarse ondas de choque para tratar a dor.

É fundamental, no tratamento, a prevención de novos episodios. Se os síntomas non son moi importantes, os factores que agravan a dor deben evitarse:

- Durmir cos brazos por riba da cabeza
- Movementos repetidos do ombreiro co cóbado lonxe do corpo
- Traballar durante moito tempo cos brazos por riba da cabeza
- Levar grandes pesos
- Forzar o ombreiro cara atrás en lugar de mover todo o corpo

- 
- Evitar deportes que supoñan tensión no ombreiro.

Cando a dor diminuíu por completo, é recomendable continuar facendo os exercicios durante varias semanas.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. *Manual SER de enfermidades reumáticas. 6ª edición. Sociedad Española de Reumatología: Elsevier; 2014.*
2. <https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/hombro-doloroso/>





## CAPÍTULO 20

### ARTRITE PSORIÁSICA

*Maria Caeiro Aguado, Evelin Cecilia Cervantes Pérez*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

A psoríase é unha enfermidade inflamatoria crónica mediada polo sistema inmune que pode afectar á pel, ás uñas e ao sistema músculoesquelético. O máis frecuente é que a psoríase apareza antes dos síntomas articulares e estímase que entre o 10%-30% dos pacientes con psoríase terán artrite ao longo da súa vida. A artrite psoriásica, xeralmente, comeza entre os 30 e os 50 anos sen ter prevalencia de xénero e adoita afectar máis ás articulacións das extremidades (artrite periférica). Con todo, tamén pode verse prexudicada a columna vertebral e as articulacións sacroilíacas, localizadas entre a columna vertebral e a pelve (artrite axial ou espondiloartrite).

A etioloxía desta enfermidade non se coñece con exactitude pero varios estudos encontraron que un terzo dos pacientes con artrite psoriásica teñen algún familiar con psoríase. A enfermidade non é, pois, hereditaria, pero existe unha predisposición xenética para padecela e, ademais desta predisposición, son necesarios outros factores causantes (infeccións, traumatismos, medicinas...). Polo tanto, podería definirse que a enfermidade é a consecuencia dunha suma de factores xenéticos, inmunolóxicos e ambientais.

#### Manifestacións clínicas.

Unha das características da artrite psoriásica é a súa gran variedade de manifestacións clínicas.

Por unha parte, as lesións da pel consisten en placas vermellas cubertas de escamas abrancazadas que poden ter diferentes aspectos e tamaños. Estas lesións cutáneas distribúense frecuentemente de forma bilateral en zonas de rozamento como os codos e os xeonllos, pero tamén poden aparecer na cabeza, embugo, orellas, ao redor das áreas xenitais e do ano. Cando a psoríase afecta ás uñas, as lesións poden variar dende un fino piqueteado (pitting ungueal) ata un desprendemento da unlla con cambios de coloración e aumento de grosor.

Por outra parte, as manifestacións nas articulacións, ao inicio da enfermidade son difíciles de diferenciar doutras artrites sobre todo en ausencia de manifestacións cutáneas. A artrite psoriásica pódese presentar en forma de:

### Dor e inflamación (artrite) nunha ou máis articulacións.

A artrite adoita ter un curso lento con dor e inchazón progresiva da articulación o que dificulta o movemento, sobre todo a primeira hora do día, causando rixidez de máis de media hora de duración. En ocasións, a dor pode dificultar o sono. O máis común é que se afecten os dedos da man, sobre todo na zona máis distal (próxima á uña), pero tamén poden danarse os dedos dos pés, xeonllos, pulsos e a columna.

### Dor lumbar inflamatoria (lumbalxia inflamatoria).

A dor lumbar de perfil inflamatorio caracterízase por dor na zona lumbar baixa e glútea, onde se atopan as articulacións sacroilíacas, que empeora en repouso e mellora coa actividade física. Esta dor pode ter predominio nocturno e levantar ao paciente tras durmir unhas horas así como asociarse a rixidez matutina da zona lumbar.

### Inchazón dos dedos con forma de salchicha (dactilite).

A dactilite pode ocorrer nun ou varios dedos das mans ou pés e é secundaria a unha inflamación tanto da articulación coma dos tendóns e ligamentos próximos á articulación.

### Inflamación das enteses (entesite).

As enteses son zonas de inserción dun tendón ou ligamento ao óso e as máis prexudicadas na artrite psoriásica son as localizadas no xeonllo, tendón de Aquiles e nos cóbados.

### Inflamación dos ollos.

Unha das zonas máis afectadas do ollo nesta enfermidade é a capa media da parede ocular (úvea). Cando a úvea se inflama chámase uveíte e pode ocorrer nun ou en ambos ollos. A uveíte maniféstase principalmente por cor vermella do ollo, dor e visión borrosa.

---

## Diagnóstico.

O reumatólogo é o médico con maior experiencia para establecer o diagnóstico de artrite psoriásica e diferenciala das outras enfermidades articulares. Non existe unha única proba para chegar ao diagnóstico e este adoita facerse coa combinación dunha anamnese e unha exploración física detallada buscando lesións cutáneas e artrite con características especiais (asimetría, afectación de articulacións distais...). Tamén pode ser necesaria a realización de análise de sangue e probas de imaxe como radiografías óseas, ecografía articular, tomografía axial computarizada (TC) ou unha resonancia nuclear magnética (RNM).

Por unha parte, a análise de sangue ao comezo da enfermidade permite descartar outros tipos de artrites que cursan con síntomas similares e no seguimento para ter unha aproximación da evolución da enfermidade e descartar efectos adversos secundarios da medicación administrada.

Por outra parte, no caso de que a articulación estea inflamada pódese extraer líquido mediante unha punción e envialo a analizar. Isto permite en ocasións a diferenciación, por exemplo, dunha artrite inflamatoria dunha infecciosa.

## Tratamento.

O obxectivo do tratamento consistirá en reducir a dor e inflamación das articulacións, controlar a psoríase da pel e previr o dano articular. A elección do tratamento dependerá da extensión da pel e das articulacións afectadas (artrite axial ou periférica) así coma doutras manifestacións asociadas (entesite, dactilite, uveíte...). Moitos destes medicamentos tamén son empregados noutras formas de artrite como por exemplo a artrite reumatoide.

### Coidado da pel.

O tratamento das lesións da pel é habitualmente realizado por un dermatólogo, o cal aplicará diferentes terapias en función da gravidade das lesións. Como norma xeral, recoméndase manter unha correcta hixiene e hidratación da pel, evitar os xabóns fortes e facer uso preferiblemente do baño antes que da ducha.

### Cambios no estilo de vida.

O estrés emocional pode empeorar os síntomas polo que é necesario manter un benestar mental e buscar apoio psicolóxico cando sexa necesario así coma realizar un correcto descanso nocturno. Tamén é recomendable manter unha dieta equilibrada, evitar o tabaco e alcohol e realizar exercicio adaptado ás condicións físicas do enfermo. Por exemplo, os exercicios isométricos (contraccións musculares sen mobilizar a articulación) son os máis axeitados para as articulacións dolorosas ou inflamadas, mentres que a natación é particularmente importante nas persoas con artrite da columna vertebral (espondiloartrite). Todos estes aspectos ademais de diminuír a rixidez e a limitación dos movementos causados pola artrite, mellorarán a sensación de fatiga e cansazo asociados á enfermidade así coma axudarán a manter un peso axeitado.

### Antiinflamatorios non esteroideos (AINES).

Nas artrites, ademais de aplicar frío sobre a articulación afectada durante uns 5-10 minutos (non máis xa que o frío mantido pode causar queimaduras na pel), pódense empregar os AINES. Os máis coñecidos son o ibuprofeno, diclofenaco, naproxeno, celecoxib e etoricoxib. En pacientes con problemas cardíacos, gástricos ou renais recoméndase precaución no seu uso.

### Corticoides ou corticosteroides.

Os corticoides teñen unha acción antiinflamatoria máis potente cos AINES e pódense empregar vía oral, intramuscular ou intraarticular (puncionando a articulación). Forman parte deste grupo a prednisona, metilprednisolona, deflazacort... e deben empregarse durante períodos de tempo curtos debido aos efectos adversos asociados ao uso a longo prazo.

### Fármacos modificadores da enfermidade (FAME).

Os FAME son un conxunto heteroxéneo de fármacos que reducen os síntomas articulares e cutáneos da enfermidade. Os FAME convencionais máis empregados son o metotrexato, cuxo efecto adoita

---

manifestarse pasadas unhas semanas, e a leflunomida. Ámbolos dous fármacos están contraindicados no embarazo e precisan de vixilancia clínica e análise de sangue seriadas. Outros fármacos deste grupo son a sulfasalazina e nos últimos anos foron aprobados FAME dirixidos, como o apremilast e os inhibidores de JAK.

### Terapias biolóxicas.

Os fármacos biolóxicos son medicamentos compostos por moléculas obtidas a partir de organismos vivos. O grupo máis coñecido son os nomeados antiTNF, que bloquean unha proteína implicada na inflamación chamada factor de necrose tumoral. Entre os antiTNF comercializados encóntranse o adalimumab, certolizumab, etanercept, golimumab e infliximab cuxa administración é subcutánea, agás o infliximab que é intravenoso. Outros fármacos aprobados son o abatacept, que modula un sinal clave na inflamación, e outros fármacos que actúan sobre unhas moléculas chamadas interleucinas coma o secukinumab, ustekinumab, ixekizumab e guselkumab. Antes de iniciar o tratamento é recomendable actualizar o calendario de vacinación e descartar infección tuberculosa polo risco máis elevado que teñen os pacientes tratados con terapia biolóxica de contraer infeccións en comparación coa poboación xeral.

### Evolución da enfermidade.

O curso da enfermidade en cada paciente é moi difícil de predicir pero a maioría dos enfermos teñen boa evolución cando se fai un diagnóstico precoz. A enfermidade pode cursar con épocas de inactividade e outras de inflamación e dor. Durante o embarazo a artrite adoita mellorar, mentres que tralo parto pode empeorar. É importante que o paciente coñeza a fondo a súa enfermidade para poder recoñecer un brote e así pedir axuda ao seu reumatólogo.

Por ser a psoriase unha enfermidade multisistémica, os pacientes con dita afección son máis propensos a desenvolver, ademais do dano articular, hipertensión arterial, obesidade, diabetes e elevadas cifras de colesterol, o que fai recomendable manter normopeso e controlar a presión arterial.

A resposta aos tratamentos é variable entre pacientes e, para evitar os rebotes, os fármacos adoitan administrarse de forma prolongada. Durante o seguimento o reumatólogo fará exploracións físicas detalladas con recontos articulares e solicitará probas complementarias como análises de sangue para ter unha aproximación da evolución da enfermidade.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

9. *L.F. Linares Ferrando, P.Díaz del Campo Fontecha. Aprendiendo a vivir con la artritis psoriásica. Sociedad Española de Reumatología. Enero 2016.*
10. *Artritis psoriásica: qué es, síntomas, diagnóstico y tratamiento. Recurso online <https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/artritis-psoriásica/>.*
11. *Tratado de enfermedades reumáticas. Sociedad Española de Reumatología. 2ª Edición. ISBN 978-84-1106-033-2.*

### HIPERLASITUDE LIGAMENTOSA

*Manuel Pombo Suárez, Pablo Castro Santamaría*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

A hiperlasitude ligamentosa ou hiperlasitude articular é un signo clínico que consiste na mobilidade aumentada das articulacións. É un achado habitual na infancia, habendo máis casos entre as mulleres. A súa frecuencia vai diminuindo coa idade, estimándose que ata un 20% da poboación adulta pode ter hiperlasitude. Pode ser hereditaria ou adquirida, neste último caso asociada a traumatismos, cirurxías ou adestramento físico.

#### Como é?

A hiperlasitude non se considera en si mesma unha enfermidade, xa que na maioría dos casos este aumento da elasticidade non vai producir síntomas. Hai unha porcentaxe pequena de persoas con hiperlasitude, os doentes con síndrome de hiperlasitude articular benigna, que terán síntomas diversos, sendo os máis frecuentes a dor articular e chascas nas articulacións. En casos extremos poden chegar a producirse derrames articulares e tendinites ou escordaduras en relación con esforzos ou sobrecargas, sobre todo nos xeonllos e nocellos. Estes síntomas poden debutar na infancia e acostuman a cursar por tempadas durante toda a vida.

Para diagnosticar a hiperlasitude os médicos recorren á escala de Beighton (táboa 1), na que se avalía o aumento de mobilidade de determinadas articulacións.

Ademais, a hiperlasitude pode estar presente en varias enfermidades hereditarias coma son a síndrome de Ehlers-Danlos e a síndrome de Marfan, sendo moi importante detectalos precozmente xa que poden causar alteracións graves como trastornos cardiovasculares (aneurismas) ou oculares (luxación do cristalino). Estas síndromes adoitan cursar con manifestacións específicas como son o aumento da elasticidade da pel, aparición de estrías ou mala cicatrización, ademais doutros problemas por afectación de diversos órganos.

### Como se trata?

Non existe un tratamento específico. O sobrepeso, a sobrecarga das articulacións ou o sedentarismo poden empeorar os síntomas articulares. Un tratamento claramente beneficioso na dor crónica dos pacientes que presentan hiperlasitude é o exercicio físico regular, especialmente o fortalecemento dos músculos e tendóns afectos, así como exercicios de propiocepción e estiramientos, preferiblemente con supervisión dun adestrador acreditado. A fisioterapia tamén pode ter un papel no alivio das molestias dos nosos pacientes, así como terapias de relaxación como o pilates e a ioga. Non son recomendables os exercicios de alto impacto nas articulacións, por risco de lesión e nunca se deben realizar exercicios que xeren dor.

Os analxésicos e os antiinflamatorios, sempre durante curtos períodos de tempo, poden axudar a controlar os síntomas. En caso de escordaduras ou tendinites poden ser útiles as férulas e o tratamento rehabilitador.

Cando a hiperlasitude está relacionada con enfermidades hereditarias como a síndrome de Ehlers-Danlos ou a síndrome de Marfan necesítase un manexo multidisciplinar con distintas especialidades.

### Que se pode esperar?

A maioría das persoas con hiperlasitude non presentan ningún síntoma clínico. No caso dos doentes con síndrome de hiperlasitude benigno, como indica o seu nome, estamos ante un trastorno benigno, non invalidante e cunha esperanza de vida normal. Os pacientes deben ser conscientes das limitacións que poden presentar, sobre todo ás vistas de controlar de maneira xeitosa a dor e de minimizar o risco de lesións.

En todos os pacientes con hiperlasitude, máis aínda na poboación pediátrica, é importante a valoración por parte dun reumatólogo para descartar a asociación da hiperlasitude con enfermidades hereditarias que se beneficiarían dun manexo precoz.



Táboa 1. Criterios de Beighton para o diagnóstico de hipermobilidade articular:	
<i>Unha puntuación superior a 4 é indicativa de hipermobilidade</i>	
Criterios clínicos	Puntuación
Dorsiflexión pasiva do 5º dedo superior a 90º	1 por cada lado
Aposición pasiva dos polgares á cara flexora do antebrazo	1 por cada lado
Hiperextensión activa dos codos que sobrepase os 10º	1 por cada lado
Hiperextensión dos xeonllos por enriba dos 10º	1 por cada lado
Flexión do tronco ata tocar o chan coas palmas das mans, mantendo os xeonllos extendidos	1 punto

## BIBLIOGRAFÍA:

1. Fikree A, Aziz Q, Grahame R. Joint hypermobility syndrome. *Rheum Dis Clin North Am.* 2013 May;39(2):419-30.
2. Kumar B, Lenert P. Joint Hypermobility Syndrome: Recognizing a Commonly Overlooked Cause of Chronic Pain. *Am J Med.* 2017 Jun;130(6):640-647.



## CAPÍTULO 22

### ESPONDILARTRITE. ESPONDILITE ANQUILOSANTE

*Begoña Moreira Martínez, Rafael B. Melero González*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

As espondilartrites son un grupo heteroxéneo de enfermidades que comparten manifestacións clínicas e factores xenéticos. Existe unha inflamación das articulacións da columna vertebral, sacroilíacas, articulacións periféricas (mais frecuente en membros inferiores), entese (lugar onde os ligamentos e tendóns únense ó óso), afección ocular, afección cutánea ou inflamación intestinal.

A espondilite anquilosante afecta fundamentalmente as articulacións da columna vertebral e sacroilíacas que tenden a soldarse entre elas, producindo unha limitación da mobilidade (de aí que se chame anquilosante, do grego "ankylos"). O resultado é unha perda da flexibilidade da columna quedando ríxida e fusionada.

#### Como e por que se produce?

As espondilartrites afectan con máis frecuencia os varóns entre 20-30 anos. Os familiares dos pacientes con espondilartrite teñen un risco aumentado de padecer a enfermidade.

A espondilite anquilosante asóciase co antígeno HLA-B27 (presente nun 7% da poboación española), é frecuente que os familiares tamén sexan portadores e nestes casos o risco de padecer a enfermidade sería do 20%. Existen ata 30 xenes diferentes que están implicados nas espondilartrites.

Ademais da predisposición xenética sospeitase que algúns xermes do intestino (microbiota) son importantes na aparición da enfermidade.

#### Cales son os tipos de espondilartrite que hai?

##### Espondilartrite de predominio axial:

- Espondilartrite axial non radiográfica

- Espondilartrite axial radiográfica (= Espondilite anquilosante)

### Espondilartrite de predominio periférico:

- Artrite psoriásica
- Artrite asociada a enfermidade inflamatoria intestinal
- Artrite reactiva
- Artrite periférica
- Espondilartrite xuvenil

### Cales son os seus síntomas?

- Dor lumbar inflamatoria: é un tipo de dor que adoita aparecer en repouso e mellora co exercicio, empeora nas últimas horas da noite e obriga ó paciente a ter que levantarse e camiñar para notar alivio.
- Artrite: inflamación articular a calquera nivel aínda que é máis frecuente nas extremidades inferiores e de forma unilateral (exemplo: xeonllo esquerdo e nocello dereito).
- Entesite: proceso inflamatorio da entese, preséntase coma dor, eritema e inflamación. As máis frecuentes son a aquilea e a fascite plantar.
- Uveíte: inflamación da capa do ollo que se encarga de levar o aporte sanguíneo ó globo ocular. Dor, ollo vermello, sensibilidade á luz, visión borrosa ou diminución da visión.
- Dactilite: inflamación de todo o dedo tanto en mans coma en pés. Pode ser aguda cando a inflamación é dolorosa ou crónica cando a inflamación do dedo xa non se acompaña de molestias. Chámase comunmente "dedo en salchicha".
- Psoriase: enfermidade crónica da pel e uñas de orixe autoinmune (non contagiosa). Son lesións dende milimétricas ata placas en calquera parte do corpo. Engrosamento da pel, eritema e escamas brancas. Nas uñas poden aparecer manchas ou estrias/punteado.

- 
- Enfermedade inflamatoria intestinal (enfermedade de Crohn ou colite ulcerosa): hai que preguntar por dor abdominal, diarrea ou perda de peso non xustificada.

Trátase dunha enfermidade crónica que cursa con ataques de inflamación, estando o paciente asintomático entremedias. Habitualmente, a medida que o paciente cumpre anos, os ataques normalmente son máis leves e espazados no tempo.

### Como se diagnostican?

O diagnóstico baséase na historia clínica, antecedentes familiares e exame físico.

É necesario solicitar radiografías de sacroilíacas e columna vertebral. Nos casos máis precoces deberemos solicitar resonancia magnética para valorar a inflamación das articulacións sacroilíacas.

Solicitaremos tamén analítica de sangue con proteína C reactiva e velocidade de sedimentación (miden inflamación) e o antixeno HLA-B27.

### Cales son as opcións de tratamento?

O tratamento dependerá das manifestacións da enfermidade e en moitos casos debe ser multidisciplinar coordinado polo reumatólogo. O obxectivo é mellorar a calidade de vida do paciente controlando a sintomatoloxía e a prevención das posibles complicacións da enfermidade.

É aconsellable levar un estilo de vida saudable, o cal implica o abandono absoluto do hábito tabaqueiro, evitar o consumo de alcohol, manterse no peso ideal e evitar o sedentarismo.

Exercicio físico segundo a situación do paciente, estiramientos (diarios, no domicilio), natación ou pilates, preferiblemente supervisado. No caso de presentar un brote activo da enfermidade deben evitarse sobreesforzos e limitar as actividades que puideran empeorar os síntomas.

A primeira liña de tratamento son os antiinflamatorios: naproxeno, ibuprofeno, indometacina ou etoricoxib son algúns dos máis utilizados.

En caso de inflamación articular localizada pódense utilizar inxeccións intraarticulares de corticoides.

Naqueles pacientes con manifestacións periféricas coma sintomatoloxía principal utilízanse fármacos moduladores do sistema inmune coma metotrexate ou sulfasalazina.

Os fármacos biolóxicos son moi efectivos para manifestacións de sacroilíacas, columna vertebral, artrite, entesite, dactilite. Actualmente dispoñemos dos seguintes: infliximab, etanercept, adalimumab, certolizumab, golimumab, secukinumab, ixekizumab. Todos eles son de administración subcutánea, agás o infliximab que se administra por vía endovenosa no hospital de día de reumatoloxía.

Os últimos fármacos incorporados ó arsenal terapéutico son: Tofacitinib e Upadacitinib (comprimidos).

A cirurxía só se emprega en casos moi evolucionados como no reemplazo total de cadeira.

É moi importante a valoración de comorbilidades como a hipertensión, a dislipemia, obesidade, síndrome metabólico, ansiedade, depresión ou a osteoporose que poden aparecer nestes pacientes.

Os grupos de apoio e as asociacións son moi útiles e informativos tanto para os doentes coma par as súas familias porque axudan a estar informados e formar parte dunha comunidade que entenda o que se esta a experimentar fai que o doente se sinta comprendido.

### **Embarazo e consello xenético.**

O embarazo non supón ningún problema especial para a nai e o feto. Haberá que axustar o tratamento e retirar os fármacos que poidan danar o feto, polo que se recomenda falar co reumatólogo sobre o desexo de embarazo.

No caso de afección severa das cadeiras pode ser preferible a elección de cesárea no momento do parto.

---

O risco de padecer algunha das formas de espondilartrite é maior se algún membro da familia (pais ou irmáns) ten a enfermidade. A posibilidade dos fillos de padecer a enfermidade se ademais teñen HLA-B27 positivo é baixa, sendo o máis probable que nunca teñan a enfermidade. Por este motivo non é preciso determinar o HLA-B27 a tódolos fillos dun paciente con espondilartrite, soamente a aqueles que presenten síntomas.

### Vida laboral.

A maioría das persoas con espondiloartrite poden realizar unha actividade laboral de maneira eficaz e produtiva.

Non se recomendan os traballos que precisen grandes esforzos físicos, coller pesos así como movementos repetitivos ou forzados da columna.

No caso de traballos sedentarios, como traballar nunha oficina, recoméndase levantarse e pasear cada certo tempo. No caso de conducir medianas ou longas distancias, recoméndase paradas frecuentes para camiñar.

En caso de existiren limitacións físicas importantes recoméndase adaptación do posto de traballo ou reducir o número de horas.

As espondiloartrites poden chegar a ser enfermidades incapacitantes con limitacións severas susceptibles de valoración dunha minusvalía ou incapacidades en función do grao de afectación e as limitacións físicas que teña o paciente.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. *Tratado de Enfermedades Reumáticas (2ª edición, abril 2022), Sociedad Española de Reumatología*
2. *Patient fact sheet: Espondiloartritis. American College of Rheumatology.*  
<https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Enfermedades-y-Condiciones/Espondiloartritis>
3. *Dossier informativo sobre espondilitis. Fundación Española de Reumatología.*  
<https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/espondilitis/>





## CAPÍTULO 23

### MIOPATÍAS: DERMATOMIOSITE E POLIMIOSITE

*Nair Pérez Gómez, Sara García Pérez*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

As miopatías inflamatorias (MI) son un grupo heteroxéneo de enfermidades adquiridas dos músculos. Teñen en común a forma de manifestarse clinicamente xunto con determinadas alteracións analíticas, de imaxe e anatomopatolóxicas, aínda que tamén presentan características que permiten clasificalas en subgrupos, polo que podemos falar de: miopatías por corpos de inclusión (ICM), síndrome antisintetasa, miopatía autoinmune necrotizante (MAN), polimiosite (PM) e dermatomiosite (DM), sendo estas dúas últimas as máis frecuentes e ás que nos referiremos máis adiante.

Aínda non sabemos cal pode ser a causa da aparición desta enfermidade, aínda que parece que na súa orixe interveñen mecanismos autoinmunes.

Pola súa frecuencia considéranse enfermidades de baixa prevalencia ou enfermidades raras, xa que a súa incidencia é de aproximadamente 1/100.000 habitantes.

#### Que síntomas produce?

Débase sospeitar unha MI cando un doente, sen antecedentes familiares ou persoais de enfermidade muscular, presenta síntomas de debilidade muscular durante un período de semanas a meses, principalmente nas rexións dos brazos e pernas próximas ao tronco, coñecidas como rexións proximais, producindo caracteristicamente dificultade para levantarse das cadeiras ou subir escaleiras, dificultade para levantar os brazos, limitando actividades básicas como vestirse ou peitearse. En ocasións tamén pode haber dificultades para tragar alimentos.

A perda xeral de forza adoita ir acompañada de perda do ton muscular, atraso da motricidade, pálpabras caídas ou dificultade para soprar e cólicos ou contraccións musculares involuntarias.

As cambras musculares poden ocorrer en persoas sas despois do esgotamento muscular, pero nalgúns casos poden indicar o inicio dunha enfermidade neuromuscular. Non obstante, pode haber outros síntomas que acompañan á debilidade muscular, dependendo do tipo de miopatía. Neste sentido, na DM son frecuentes as lesións cutáneas que acompañan os síntomas musculares, como as características pápulas de Gottron (lesións elevadas e vermellas na zona dos cotelos), o exantema en heliotropo (inchazón e pálpebras arroibadas) ou o signo do chal (arroibado na zona das costas e escote) (Figura 1).



Figura 1 Pápulas de Gottron, exantema en heliotropo e signo do chal. Fondo de imaxe da Sociedade Española de Reumatoloxía (SER).

Todo isto pode ir acompañado de síntomas xerais e menos específicos, como cansazo xeral, perda de peso e fatiga.

Nalgúns doentes, unha enfermidade pulmonar intersticial asociada pode aparecer como unha complicación, cuxos síntomas iniciais caracterízanse principalmente por disnea ou sensación de falta de aire con esforzo e tose seca irritativa.

Cando un doente presenta síntomas de debilidade muscular, é fundamental realizar unha historia clínica completa, unha exploración exhaustiva para facer un diagnóstico correcto, requirindo moitas veces a colaboración entre distintos especialistas como reumatólogos, neurólogos e dermatólogos.

### Como se trata?

A reumatoloxía encárgase do diagnóstico, seguimento e tratamento da polimiosite e dermatomiosite. Hoxe, grazas a un correcto e rápido diagnóstico e manexo baseado no tratamento con corticoides en altas doses inicialmente e fármacos inmunosupresores, como ciclofosfamida, azatioprina e metotrexato,

---

que permiten controlar a enfermidade, pódese mellorar a calidade de vida destes pacientes.

O seguimento dos doentes con miopatía inflamatoria debe ser sistemático e próximo, sobre todo ao inicio do tratamento, para verificar a correcta evolución da enfermidade. Ademais dos controis analíticos correspondentes, en cada visita deberá realizarse un exame físico dirixido a valorar a forza muscular en cada un dos territorios musculares afectados.

Os principais obxectivos do tratamento son controlar a inflamación muscular, mellorar a debilidade, evitar a discapacidade funcional a longo prazo e prever as complicacións asociadas.

Podemos diferenciar entre tratamentos farmacolóxicos e non farmacolóxicos:

#### Tratamentos non farmacolóxicos:

- Exercicio físico: Permitenos preservar e mellorar a función muscular, prever a atrofia por falta de uso e evitar contracturas. Debe iniciarse o antes posible sempre que as condicións do doente o permitan. A calor, as masaxes e a mobilización pasiva asistida serían o tratamento inicial axeitado para aqueles pacientes que pola súa debilidade non puidesen realizar exercicio físico activo.
- Fotoprotección solar: imprescindible naqueles doentes con DM e a presenza de lesións cutáneas. Recoméndase filtros de protección total. Naqueles casos nos que as lesións cutáneas provocan comechón, tamén se poden usar antihistamínicos.
- Hixiene dietética: moi importante naqueles doentes que teñen dificultades para tragar. Mentres isto estea presente, debemos evitar a aspiración de alimentos nas vías respiratorias para evitar infeccións, con medidas xerais como a elevación da cabeceira da cama, unha dieta suave e o uso de protectores gástricos para evitar o refluxo.

#### Tratamentos farmacolóxicos:

baséase no uso de corticoides e inmunosupresores. Tamén hai que ter en conta a prevención da osteoporose con bifosfonatos e suplementos

de calcio e vitamina D, así como a prevención de infeccións, para as que se empregan ocasionalmente antibióticos profilácticos en baixas doses, ademais dunha correcta avaliación inicial por parte do Servizo de Medicina Preventiva do hospital recomendando a vacinación necesaria para cada doente.

- Corticoides: Ao inicio do tratamento son necesarias doses máis altas, incluso por vía intravenosa, facendo unha diminución progresiva no tempo que dependerá da evolución de cada doente.
- Inmunosupresores: O metotrexato ou a azatioprina úsanse en casos leves, empregando micofenolato mofetilo, ciclosporina A, ciclofosfamida ou terapias biolóxicas como rituximab, fármacos anti-TNF ou tocilizumab para pacientes máis sintomáticos ou con outras complicacións asociadas.
- Inmunoglobulinas intravenosas: útiles como terapia asociada naqueles doentes con dificultade para tragar ou enfermidade retractaría a outros tratamentos.

### Que podo agardar? Previsión.

O prognóstico das MMII é variable dependendo do subtipo da enfermidade, da idade do doente, das complicacións asociadas e da presenza ou ausencia doutras enfermidades.

Sábese que un dos factores determinantes que implican un bo prognóstico a longo prazo é o diagnóstico e tratamento precoz, así como a fisioterapia dirixida a mellorar o ton muscular, previr atragoamentos en doentes con dificultades para tragar, evitando así infeccións respiratorias, e realizar un seguimento adecuado das posibles complicacións.

### BIBLIOGRAFÍA:

1. Selva ÓCallaghan A. *Diagnóstico diferencial de las miopatías inflamatorias*. In: Rúa-Figueroa I, González-Gay MA, editores. *Tratado SER de Diagnóstico y Tratamiento de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas*. Madrid: Panamericana; 2018. p. 175e8.
2. Schmidt J. *Current Classification and Management of Inflammatory Myopathies*. *J Neuromuscul Dis*. 2018;5(2):109-29

## CAPÍTULO 24

### A ARTROSE

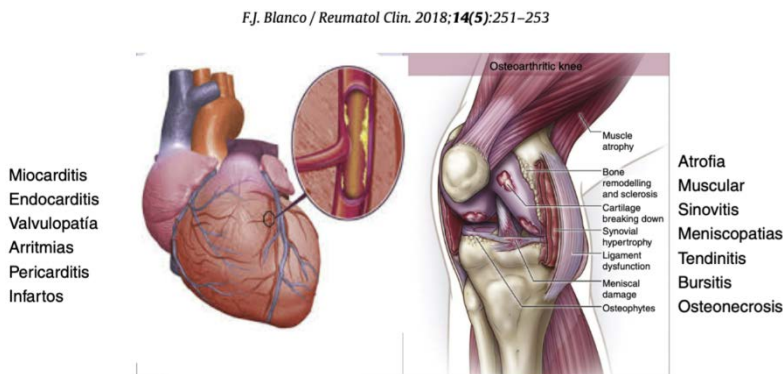
*Dra. Natividad Oreiro Villar*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

A artrose é a enfermidade musculoesquelética máis común en España, onde afecta ó 19.6% da poboación maior de 40 anos de idade (segundo o estudo EPISER 2016).

Pode afectar ás diferentes articulacións do corpo humano e nos últimos anos, grazas ós estudos desenrolados, comprobouse que o proceso que ten lugar é moi activo e onde a enfermidade débese a un desequilibrio entre a destrución e a reparación dos tecidos articulares.

Hoxe consideramos a artrose como unha enfermidade de toda a articulación, considerada esta como un órgano (igual que outros como son o corazón, o ril ou o pulmón) e o cal é entendido como un conxunto de tecidos especializados que posúen unha estrutura e organización determinada para cumprir cunha función que neste caso é a mobilidade (figura 1).



*Figura 1: A articulación como un órgano*

A modo de exemplo, a articulación do xeonllo está constituída por varios tipos de tecidos como son os osos, o oso subcondral, a cartilaxe articular, a membrana sinovial, os ligamentos cruzados, os meniscos, a cápsula articular, os ligamentos periarticulares, as bursas e o músculo que a rodea. Todos eles están ben organizados de forma que posibilitan a mobilidade articular e por todo iso non nos cabe dúbida de que estamos ante un órgano.

### Manifestacións clínicas da artrose.

A enfermidade maniféstase sempre primeiro como unha alteración no metabolismo (procesos físicos e químicos do corpo que converten ou usan enerxía) dos tecidos articulares seguido de desarranxos de tipo anatómicos e fisiopatolóxicos caracterizados pola degradación da cartilaxe e a inflamación articular entre outros, culminando ca aparición da sintomatoloxía articular (Figura 2).

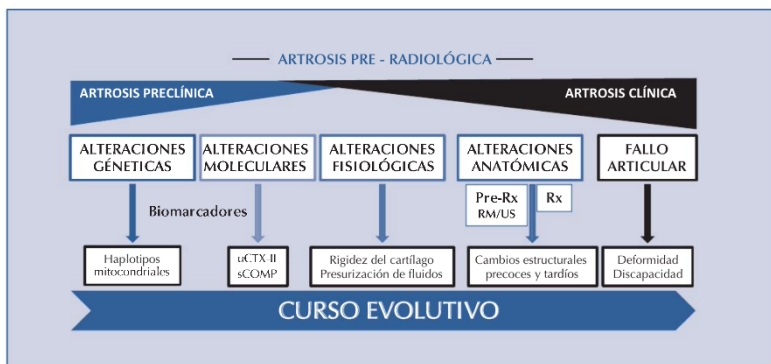


Figura 2: Curso evolutivo da artrose. uCTX-II, telopeptido carboxiterminal do coláxeno tipo II en oroiños; sCOMP, proteína oligomérica da matriz da cartilaxe sérica; Pre-Rx, pre-radiolóxica; Rx, radiolóxica; RM, resonancia magnética; US, ultrason.

Os esforzos da Medicina nestes anos están orientados a identificar diferentes marcadores onde poidamos detectar a enfermidade nas etapas máis iniciais (diagnóstico precoz) e onde aínda non se desenrolaron os cambios típicos estruturais, radiolóxicos e xa irreversibles. Existen así unhas etapas silentes da patoloxía e onde tamén se pode dar unha disociación entre a clínica e a radioloxía.

---

A sintomatoloxía da enfermidade pode cursar da seguinte maneira:

12. *Dor mecánica (co movemento ou uso da articulación e a cal mellora co repouso).*
13. *A rixidez articular ou entumecemento (que non adoita superar os 10-30 minutos) tralos períodos de inactividade ou pola mañá.*
14. *A sensación de tumefacción articular (leve a moderada) que adoita asociarse á deformidade articular.*
15. *A limitación da mobilidade articular.*

O impacto no paciente varía moito de uns a outros e depende de factores como a articulación afectada, a gravidade da artrose e de moitas outras características individuais (actividade da vida diaria, ocupacional ou de ocio).

Os signos físicos máis comúns son a crepitación (renxidos audibles durante a mobilización, sobre todo en movementos activos e debidos ó roce entre as superficies deterioradas da cartilaxe ou ósos), a dor á palpación e á mobilización, a redución no rango de mobilidade, o engrosamento e a deformidade articular.

En formas graves todo isto orixina inestabilidade articular, lasitude nos ligamentos, contracturas ou atrofas musculares e incluso trastornos na marcha cando afecta a articulacións dos membros inferiores.

O diagnóstico desta patoloxía adoita ser clínico, onde a anamnese do doente e o exame físico son os piares fundamentais nos que se sustenta. Sen embargo as técnicas de imaxe e sobre todo a radioloxía simple adoitan constituir o diagnóstico de confirmación, especialmente importante para o diagnóstico diferencial nos casos atípicos.

O uso da resonancia magnética está máis relegado para o campo da investigación onde se emprega para realizar estudos máis avanzados de morfometría (estudo da forma e dimensións) e dos cambios bioquímicos na cartilaxe articular.

### **Como se trata a artrose e que podemos agardar:**

O tratamento desta enfermidade debe facerse sempre de maneira individualizada e acorde á articulación afectada.

Os obxectivos serán: o control da dor, manter a funcionalidade da articulación e reducir ó máximo a progresión da artrose.

En todo isto é moi importante ter en conta a articulación afectada, o número de articulacións implicadas e as diferentes comorbilidades do doente. Só excepcionalmente esta patoloxía é invalidante e aínda que non existe un tratamento curativo, si que existen técnicas e fármacos para mellorar a calidade de vida.

### Tratamento básico:

En primeiro lugar debemos facer énfase nos factores modificables tales como son os de risco para a enfermidade.

Dentro do tratamento básico incluíríamos polo tanto:

- Exercicio moderado: camiñar polo chan, Tai-Chi
- Exercicio na auga, natación, exercicio aeróbico (de resistencia ou cardiovascular)
- Fortalecemento muscular, exercicios isométricos
- Diminuír de peso
- Uso de bastón ou apoios adecuados se é preciso
- Uso de calzado adecuado
- Aplicar frío ou calor rexional segundo corresponda

### Tratamento farmacolóxico:

A estratexia farmacolóxica está baseada no uso de tratamentos modificadores dos síntomas que diminúen a dor (farmacolóxicos ou non) e no uso de tratamentos modificadores da estrutura que poden reducir, frear ou revertir a destrución da cartilaxe articular.

É importante ter en conta se existen ou non certos factores de risco como son os cardiovasculares e os gastrointestinais para elixir o tratamento máis adecuado.



---

Analxésicos: Como analxésico de primeira liña a maioría das guías recomendan o uso do Paracetamol á dose de 3-4 gramos ó día (sempre tendo en conta as comorbilidades e recomendacións do seu médico).

Como fármacos analxésicos de segunda liña están os antiinflamatorios (aínda que o seu uso debe ter unha extrema precaución e facerse de maneira individualizada).

Fármacos modificadores de síntomas: son de acción lenta e o seu efecto mantense un tempo tralo cese do uso dos mesmos. Forman parte deste grupo o ácido hialurónico, o condroitín sulfato, o sulfato de glucosamina e a diacereína.

Os glucocorticoides: onde o seu uso máis estendido é mediante infiltración articular. Resérvase a administración oral para certas situacións clínicas.

Fármacos modificadores de estrutura: son aqueles que poden frear, revertir ou reducir a destrución da cartilaxe articular. De momento non está ningún aprobado no noso país e moitos deles están na actualidade en fase de investigación e en uso mediante ensaios clínicos.

### Tratamento cirúrxico:

Inclúese sobre todo as cirurxías correctoras e as próteses articulares (parciais ou totais).

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. *Francisco J Blanco, Maite Silva-Díaz, Víctor Quevedo Vila, Daniel Seoane-Mato, Fernando Pérez Ruiz, Antonio Juan-Mas, José M Pego-Reigosa, Javier Narváez, Neus Quilis, Raúl Cortés, Antonio Romero Pérez, Dolores Fábregas Canales, Teresa Font Gayá, Carolina Bordoy Ferrer, Carlos Sánchez-Piedra, Federico Díaz-González, Sagrario Bustabad-Reyes, en representación del Grupo de Trabajo del Proyecto EPISER 2016. Prevalencia de artrosis sintomática en España: Estudio EPISER 2016. Reumatol Clin. 2020. doi:10.1016/j.reuma.2020.01.008.*
2. *F.J. Blanco. La artrosis y la aterosclerosis de la articulación. Reumatol Clin. 2018;14(5): 251–253.*

3. *Jesús Tornero Molina, Francisco Javier Blanco García. Tratado de enfermedades reumáticas de la SER. Sociedad Española de Reumatología. Sección IX: Artrosis. 2018 Editorial Médica Panamericana S.A.*

## CAPÍTULO 25

### SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICA

*M<sup>a</sup> Noelia Álvarez Rivas, Lucía Cristina Domínguez Casas*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

A síndrome antifosfolipídica (SAF) é unha enfermidade autoinmune sistémica. Caracterízase pola produción duns anticorpos contra os compoñentes das nosas células ou tecidos que alteran a coagulación do sangue e pode afectar a distintos órganos. Isto facilita a aparición de tromboses (das arteria e/o das veas) e a aparición de complicacións durante o embarazo.

Existen varios tipos de anticorpos antifosfolipídicos (AAF), sendo os máis coñecidos e os que se utilizan para o diagnóstico os anticorpos anticardiolipina e os anti-beta2-glicoproteína. Outra proba que se usa para o diagnóstico e o test do anticoagulante lúpico,

Pode presentarse de forma illada (SAF primaria) ou estar asociado a outras enfermidades autoinmunes sistémicas, como o lupus eritematoso sistémico (SAF secundaria).

#### Como é? Manifestacións clínicas.

As principais manifestacións clínicas son as derivadas da oclusión dos vasos sanguíneos, tanto a nivel venoso como a nivel arterial, a diferentes niveis. A localización máis frecuente é nas veas das pernas. As tromboses poden ser de repetición.

Ademais, ao afectar vasos da placenta, poden producirse complicacións durante o embarazo, como abortos no primeiro trimestre, morte fetal no segundo e terceiro trimestre, retraso do crecemento do feto ou desprendemento prematuro da placenta. A nai tamén pode desenvolver pre-eclampsia (tensión alta durante o embarazo).

Outros síntomas poden ser o descenso do número de plaquetas do sangue (trombocitopenia), afectación das válvulas do corazón ou afectación da medula espiñal (mielite transversa).

Algúns doentes poden presentar na pel unha rede superficial de vasos de coloración violácea, sobre todo nas extremidades, que se chama livedo reticularis.

De forma excepcional pode presentarse como un cadro de elevada gravidade, denominado SAF catastrófica, onde ocorren múltiples tromboses que afectan a varios órganos nun curto período de tempo.

Para o seu diagnóstico, os pacientes deben presentar polo menos un episodio de trombose ou complicación durante o embarazo xunto coa presenza de AAF. Estes anticorpos teñen que estar elevados en dúas ou mais ocasións separadas polo menos 12 semanas.

### Como se trata?

O principal obxectivo do tratamento é intentar diminuír a aparición de tromboses, polo que se utilizan medicamentos que fan o sangue máis fluído, como o ácido acetil salicílico (AAS, Aspirina®) e os anticoagulantes.

Ademais, é fundamental un control estrito dos factores de risco cardiovascular como a hipertensión arterial, o colesterol alto, a diabetes, a obesidade e evitar o consumo de tabaco e a toma de estróxenos (unhas hormonas presentes nos anticonceptivos ou na terapia hormonal substitutiva para a menopausa) que poder aumentar o risco de trombose.

O tratamento vai ser diferente segundo o tipo de manifestación que presente o paciente ao diagnóstico:

- Se o paciente nunca fixo unha trombose, é dicir, é unicamente portador dos AAF, pero ten factores de risco (é fumador, ten a tensión arterial alta ou colesterol, ten outra enfermidades autoinmune asociada...) xeralmente utilízase a AAS como tratamento preventivo. Así mesmo, en situacións de alto risco de trombose, como cando existe unha inmovilización prolongada ou

---

unha cirurxía maior, recoméndase como prevención un anticoagulante inxectable (heparina).

- Cando o doente xa fixo unha complicación trombótica, adoita utilizarse un anticoagulante oral como o Acenocumarol (Sintrom®) ou inxectable como a heparina. Ás veces, pode ser necesario engadir tamén AAS.
- Durante o embarazo o tratamento consiste en doses baixas de AAS e un anticoagulante inxectable diario.

### Que pode agardar?

O pronóstico xeral para a maioría dos pacientes é bo. Cun control adecuado dos factores de risco e un tratamento correcto a maior parte dos pacientes non teñen novos episodios de trombose. En canto ao embarazo, a maioría das pacientes conseguen un embarazo exitoso coa terapia habitual.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Cáliz Cáliz R, Díaz Del Campo Fontecha P, Galindo Izquierdo M, López Longo FJ, Martínez Zamora M, Santamaría Ortiz A, et al. Recommendations of the Spanish Rheumatology Society for Primary Antiphospholipid Syndrome. Part I: Diagnosis, Evaluation and Treatment. *Reumatología clínica*. 2020;16(2 Pt 1):71-86.
2. Cáliz Cáliz R, Díaz Del Campo Fontecha P, Galindo Izquierdo M, López Longo FJ, Martínez Zamora M, Santamaria Ortiz A, et al. Recommendations of the Spanish Rheumatology Society for Primary Antiphospholipid Syndrome. Part II: Obstetric Antiphospholipid Syndrome and Special Situations. *Reumatología clínica*. 2020;16(2 Pt 2):133-48.
3. Vela Casasepere P. Síndrome Antifosfolípido. En: Balsa Criado A, Díaz González F, editores. *Tratado de Enfermedades Reumáticas*. 2ª edición. España: Editorial Médica Panamericana S.A.; 2022. p. 478-486.



## CAPÍTULO 26

### AS VASCULITES. A ARTERITE DE CÉLULAS XIGANTES.

*Rafael B. Melero González, Almudena Barros Barros.*

#### Que é unha vasculite?

O termo «vasculite» abrangue a un conxunto de enfermidades raras e moi complexas nas que a principal característica é a inflamación dos vasos sanguíneos (arterias, arteríolas, capilares, vénulas e veas). Como consecuencia desta inflamación, hai unha diminución do fluxo vascular ou mesmo unha interrupción completa do mesmo.

#### Como e por que se produce?

A orixe da maioría destas enfermidades non está completamente aclarada en todos os casos, e pode estar influenciada por moitos factores: inmunolóxicos, ambientais, xenéticos, xeográficos..., e, neste senso, podemos facer dúas distincións: as vasculites primarias e as secundarias.

Referirémonos ás VASCULITES PRIMARIAS cando se produzan sen causa aparente e sen estar asociadas a ningunha outra enfermidade. A maioría das vasculites están mediadas por mecanismos inmunes en individuos xeneticamente predispostos. Isto significa que se deben a procesos mediados por defectos do sistema inmune, onde as defensas do noso corpo non son quen de recoñecer o propio do alleo, reaccionando contra o noso organismo coma se fose estraño para el.

Por outra banda, as VASCULITES SECUNDARIAS poden ocorrer como consecuencia dun dano directo ao vaso debido a unha causa desencadeante identificable, sen embargo non podemos explicar por que non todas as persoas expostas a estes potenciais desencadeantes desenvolven unha vasculite. Son exemplos delas, as vasculites secundarias a enfermidades autoinmunes (coma o lupus ou a artrite reumatoide), infeccións (coma a hepatite B ou C, sífilis ou VIH), ou unha reacción a certos tipos de medicamentos ou drogas.

## Cantos tipos de vasculite hai?

As vasculites poden afectar a calquera tipo de arteria ou vea e afectar desde grandes vasos, coma a aorta, ata vasos microscópicos, coma as arteriolas dos ollos ou dos riles.

Dependendo da localización dos vasos afectados e os seus diferentes calibres e dos diferentes achados histolóxicos observados na biopsia identificáronse e clasificáronse os seguintes tipos de vasculites:

### Vasculites de gran vaso:

Son vasculites que afectan ás grandes arterias do corpo, con preferencia pola arteria aorta. As máis comúns son:

- Arterite de células xigantes.
- Arterite de Takayasu.

### Vasculites de mediano vaso:

Son vasculites que afectan aos vasos pequenos e medianos. As máis comúns son:

- Poliarterite nodosa (PAN).
- Enfermidade de Kawasaki.

### Vasculites de vaso pequeno e microscópico:

Son vasculites que afectan aos vasos máis pequenos, principalmente aqueles que nutren aos órganos. As máis comúns son:

#### Vasculites de pequeno vaso asociadas a ANCA:

- Poliarterite microscópica.
- Granulomatose eosinofílica con polianxeíte (antes chamada Granulomatose de Churg-Strauss).
- Granulomatose con polianxeíte (antes chamada Granulomatose de Wegener).



---

### Outras vasculites de pequeno vaso:

- Vasculite por hipersensibilidade.
- Púrpura de Schönlein-Henoch.
- Vasculite crioglobulinémica.
- Vasculitis antimembrana basal glomerular (antes chamada Síndrome de Goodpasture).

### Vasculites de vaso variable:

Son vasculites que poden afectar a calquera vaso, independentemente do seu tamaño. A máis común é:

- Síndrome de Behçet.

### Vasculites que afectan a un só órgano:

- Vasculites cutáneas.
- Vasculite primaria do sistema nervioso central.

## **A quen afecta?**

As vasculites poden desenvolverse practicamente en calquera idade e sexo, aínda que con algúns matices. Por exemplo, a enfermidade de Kawasaki afecta a nenos e adolescentes; a síndrome de Behçet e a arterite de Takayasu adoitan aparecer ao redor dos 20-30 anos e esta última ten predominancia en mulleres; outras coma a granulomatose eosinofílica con polianxeite (Churg-Strauss) ou a granulomatose con polianxeite (Wegener) afectan de forma preferente a pacientes entre os 40 e os 60 anos de idade; e a arterite de células xigantes afecta principalmente a persoas maiores.

## **Cales son os seus síntomas?**

A afectación inflamatoria vascular provoca a aparición de SÍNTOMAS XERAIS, coma son o cansazo, a perda de peso ou a febre, e o desenvolvemento de MANIFESTACIÓNS CLÍNICAS LOCAIS dependendo do órgano en cuestión coma consecuencia da isquemia («diminución ou detención da circulación sanguínea») por oclusión dos vasos.

Deste xeito, os pacientes poden presentar síntomas neurolóxicos crónicos coma a perda de forza ou os formigos, a dor abdominal intermitente, a afectación renal en forma de insuficiencia renal, a presión arterial alta, o deterioro visual con posibilidade de desenvolver cegueira, fatiga por afectación pulmonar, lesións na pel e inflamación das articulacións, entre outros.

### **Como se diagnostican?**

O diagnóstico ás veces é complexo e normalmente require dunha exhaustiva avaliación do historial médico, onde a sospeita clínica é fundamental, xunto con varias probas adicionais.

Son moi importantes as analíticas xerais con marcadores de inflamación, a determinación de ANCA (anticorpos anti-citoplasmáticos neutróficos) no caso das vasculites de pequeno vaso, e probas de imaxe coma a Ecografía Doppler ou a angiografía para comprobar a existencia, localización ou o grao de obstrución vascular.

Pero, sen dúbida, a confirmación histolóxica cunha biopsia é a chave diagnóstica, pois trátase de atopar os sinais de inflamación no vaso sanguíneo. Por exemplo, a biopsia da arteria temporal nos casos de sospeita de arterite de células xigantes ou a biopsia cutánea no caso de vasculite con implicación da pel, biopsias do nervio sural cando sospeitemos afectación dos nervios das pernas, e incluso de músculo, ril ou pulmón se é preciso.

### **Como se tratan?**

Nas vasculites, coma na maioría das enfermidades en Reumatoloxía, é necesario individualizar os tratamentos. E neste caso debemos ter en conta o tipo de vasculite á cal nos enfrentamos, o grao de afectación sistémica que presenta o paciente, así coma outros factores individuais coma son a idade, a presenza doutras enfermidades concomitantes, etc.

Dito isto, e de forma xeral, dado que se trata dunha enfermidade na que se produce inflamación dos vasos sanguíneos é necesario o uso de potentes antiinflamatorios coma son os glucocorticoides, en doses medias ou altas, e doutros fármacos moduladores do sistema inmune coma o metotrexato, a ciclofosfamida, a azatioprina, o micofenolato, e incluso, terapias biolóxicas coma o rituximab e o tocilizumab, entre outras.

---

Asemade, estes medicamentos poden provocar algunhas complicacións coma a osteoporose, infeccións, diabetes, esterilidade, etc. que requirirán outro tipo de atención ou seguimento a longo prazo por parte de reumatólogos expertos.

### A arterite de células xigantes:

A arterite de células xigantes (ACX) é a vasculite primaria máis común en Europa e América do Norte e afecta a arterias de grande e mediano calibre. En concreto, mostra unha predilección polas arterias da cabeza, especialmente ás das sens.

Precisamente, este é o motivo polo que a presentación clínica clásica da ACX é a dor de cabeza, a sensibilidade do coiro cabeludo, a dor facial ou a claudicación da mandíbula. En casos avanzados, pódese producir cegueira, polo que é fundamental establecer un diagnóstico precoz e un rápido tratamento para evitar estas fatais consecuencias.

Tamén pode afectar á aorta e as súas ramas principais, e neste caso, os síntomas predominantes son os síntomas xerais (cansazo, perda de peso ou febre), e pode asociar en moitas ocasións unha polimialxia reumática (dor e rixidez no pescozo, ombreiros e cadeiras) (ver capítulo 29). Outras complicacións menos frecuentes, pero graves, son a formación de aneurismas ou os accidentes cerebrovasculares.

Unha das súas características máis definitorias é que afecta case exclusivamente a persoas maiores de 50 anos e a súa incidencia aumenta coa idade, acadando un pico máximo entre os 70-79 anos, con predominio feminino. Ademais, estes pacientes presentan de forma típica unha velocidade de sedimentación dos glóbulos vermellos (análise de sangue que traduce inflamación) moi alta na maioría dos casos, aínda que este dato non é específico da ACX.

Do mesmo xeito que noutros tipos de vasculites, o diagnóstico da ACX é fundamentalmente clínico, aínda que o diagnóstico definitivo require a demostración desta inflamación na biopsia da arteria temporal. Nos últimos anos desenvolvéronse estudos con Ecografía Doppler, anxiorresonancia magnética e tomografía de emisión de positrons (PET) que se poden empregar na diagnose da ACX (evitando nalgúns casos a realización de biopsia) e para controlar a resposta ao tratamento.

En relación a este último, o inicio rápido de corticoides normalmente alivia os síntomas da ACX e pode evitar a perda de visión, polo que non sempre se agarda a ter un diagnóstico definitivo para comezar co tratamento. Por outra banda, outros moduladores do sistema inmune que se empregan nesta enfermidade son o metotrexato, coma fármaco aforrador de corticoides, e a terapia biolóxica con tocilizumab. Tamén é importante o control de potenciais efectos secundarios destes tratamentos co control de factores de risco cardiovascular, coa correcta suplementación de calcio e vitamina D, e coa vixilancia de posibles infeccións, entre outros.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. *Dossier informativo sobre Vasculitis. Fundación Española de Reumatología.*  
<https://inforeuma.com/wp-content/uploads/2021/06/VASCULITIS.pdf>
2. *Patient fact sheet: Giant cell arteritis. American College of Rheumatology.*  
<https://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions/Giant-Cell-Arteritis>.

## CAPÍTULO 27

### SÍNDROME DA DOR REXIONAL COMPLEXA TIPO 1 (DISTROFIA SIMPÁTICA REFLEXA)

*Raquel Dos Santos Sobrín*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

A síndrome de dor rexional complexa (SDRC) tipo 1 ou distrofia simpática reflexa (DSR) é unha enfermidade, espontánea ou inducida, que produce dor cunha intensidade moito máis alta da esperada en algunha rexión do corpo humano<sup>1,2,3</sup>.

Esta enfermidade describiuse por primeira vez en 1851. Posteriormente varios médicos describiron cadros similares pero non foi ata 1994 cando a International Association for the Study of Pain (IASP) unificou o criterio. Descríbense entón dous termos: SDRC tipo 1 e tipo 2. O SDRC tipo 1 presenta un claro causante (traumatismo, cirurxía, inmovilización...) mentres que o SDRC tipo 2 desenvólvese tras un dano nervioso (é o menos frecuente, 13%<sup>1,2</sup>).

#### Como aparece a SDRC tipo 1?

A súa orixe non está clara, aínda que créese que o sistema nervioso autónomo (SNA), responsable da regulación das funcións do organismo que non están controladas pola vontade da persoa, como a respiración, dixestión, circulación, ten un importante papel.<sup>1</sup>

A predisposición xenética e os factores psicolóxicos, entre outros, tamén foron estudados como factores causales da SDRC tipo 1, pero ningunha teoría conseguiu demostrarse.<sup>1,2</sup>

Algunhas das teorías que poderían explicar a orixe son:<sup>1,2</sup>

#### Inflamación neuroxénica:

a tumefacción ou edema da parte do corpo dolorosa está presente en case todos os doentes ao principio da enfermidade. Mais as biopsias

tomadas en doentes con SDRC tipo 1 non amosaron inflamación nos tecidos.

### Isquemia-reperfusión:

Parte da base do traumatismo como orixe. Os tecidos danados inflamaríanse e quedarían sen fluxo sanguíneo durante un período de tempo. Isto provocaría dano crónico neses tecidos, e por tanto dor.

### Enfermidade autoinmune:

Baséase na aparición de anticorpos fronte a neuronas do SNA no sangue dalgúns doentes (ate 35%).

## **Cal é a frecuencia de aparición da SDRC tipo 1?**

Tendo en conta as dificultades para o diagnóstico da SDRC, os rexistros varían moito entre rexións. Hai estudos que sitúan a incidencia en 5,5 casos por 100.000 habitantes (Estados Unidos) e outros en 26 casos por 100.000 habitantes (Países Baixos).<sup>1,2</sup>

## **Quen ten máis risco de padecer a SDRC tipo 1?**

A SDRC tipo 1 é máis frecuente en mulleres que en homes (entre 2 e 4 veces máis frecuente), e preséntase sobre todo entre os 50 e os 70 anos de idade. As escordaduras, o síndrome do túnel carpiano ou as fracturas óseas preséntanse como as lesións previas máis frecuentes. Ademais, ter dor severo co traumatismo inicial ou a inmovilización aumentan o risco de aparición (sobre todo do SDRC tipo 1), así como a fibromialxia e a artrite reumatoide.<sup>1,2,3</sup>

## **Cales son os signos e os síntomas da SDRC tipo 1?**

A dor que presentan os doentes é crónico e incapacitante, con baixa resposta aos tratamentos habituais. A dor ten características neuropáticas (queimura, formigo, sensación de corrente...) e a intensidade non se corresponde coa exploración que presenta o doente<sup>1,2,3</sup>.

As extremidades superiores adoitan afectarse máis frecuentemente que outras rexións do corpo. Ao principio a zona afectada pode estar tumefacta, fría, ter

---

alteracións no color da pel ou incluso pódense perder en esa zona os anexos cutáneos (como os folículos pilosos) <sup>1,2</sup>.

O diagnóstico da SDRC tipo 1 non é fácil de realizar. Unha das causas é que a súa orixe non está clara aínda: moitos doentes non teñen ningún antecedente importante; mais traumatismos, cirurxías ou eventos cardiovasculares maiores (como infarto cardíaco ou ictus cerebral) adoitan estar presentes antes de que comecen os síntomas. Ademais, as probas complementarias feitas de xeito rutineiro adoitan amosar resultados inespecíficos<sup>1,2,3</sup>.

É importante facer un bo diagnóstico diferencial con outras enfermidades que poderían dar síntomas parecidos (neuropatías, vasculites ou tromboflebitis, infeccións, tóxicos, fracturas ou artrite, síndrome compartimental, etc.)<sup>1</sup>.

Os criterios diagnósticos da SDRC tipo 1 baséanse nos criterios de Budapest, onde o doente debe ter unha dor persistente e desproporcionada, non ter outro diagnóstico que poda explicar o cadro clínico e amosar algunhas características especiais (coma por exemplo asimetría da temperatura local, cambios na coloración da pel, debilidade, tremor, asimetría na sudoración, edema...) <sup>1,2</sup>.

### Que probas se deben facer para o diagnóstico?

Inicialmente adóitanse facer as probas básicas e rápidas: análise de sangue (adoita ser normal) e radiografía simple da zona (ao inicio adoita ser normal, máis adiante pode ter perda da masa ósea).<sup>1,2</sup>

A gammagrafía ósea (GO) amosa un aumento de captación na zona afectada, maior canto máis tarde nos atopemos na evolución da enfermidade. A tomografía computadorizada (TC), a resonancia magnética (RM) ou a tomografía por emisión de positróns (PET) poden realizarse se hai dúbidas no diagnóstico.<sup>1,2</sup>

### Cal é o tratamento da SDRC tipo 1?

O tratamento está dirixido a mellorar a dor, a mobilidade e diminuír as secuelas. Non existe un consenso de tratamento para estes doentes<sup>1,2,3</sup>.

#### Tratamento non farmacolóxico

A terapia ocupacional e a terapia física son as dúas grandes intervencións que pódense facer en estes doentes dende o inicio da

enfermidade. Diminúen a tumefacción do membro así como melloran a dor e a funcionalidade<sup>2</sup>.

O tratamento rehabilitador amósase como un dos primeiros pasos a dar, para reducir a dor, evitar a discapacidade e mellorar a función das articulacións implicadas<sup>2</sup>.

### Tratamento farmacolóxico

Segundo cales sexan os síntomas predominantes pódense prescribir varios fármacos.

Se predomina a tumefacción, os glucocorticoides (GC) poderían melloralas. Habería que retiralos se non hai unha mellora significativa. Se predomina a dor neuropática, os fármacos anticomociales como a pregabalina poderían ser de axuda. Se existe perda da masa ósea rexional, os bisfosfonatos poderían ser usados. Baclofeno ou calcioantagonistas poderíanse considerar se hai síntomas secundarios á afección do SNA. Os opioides poderíanse usar cando a enfermidade está avanzada para o control da dor<sup>1,2,3</sup>.

Os antiinflamatorios non esteroideos (AINE) demostraron non ser eficaces no tratamento do SDRC<sup>2</sup>.

### Tratamento cirúrxico

A cirurxía resérvase para os doentes con manifestacións graves que non responden as medidas convencionais. Os bloqueos nerviosos ou os sistemas de estimulación da medula espinal son as técnicas máis empregadas<sup>1,2</sup>.

## Cal é o prognóstico da SDRC tipo 1?

A evolución dos doentes con SDRC amósase difícil de prognosticar, mais o diagnóstico e tratamento temperá do SDRC mellora o prognóstico da enfermidade<sup>1,2</sup>.



---

## BIBLIOGRAFÍA

1. *Arboleya L. Osteoporosis regional transitoria y síndromes de dolor regional complejo. En: Balsa A, Díaz F, eds. Tratado de Enfermedades Reumáticas (2ª edición). Editorial Médica Panamericana, 2022;95:698-701.*
2. *Hernández-Porras BC, Plancarte-Sánchez R, Alarcón-Barrios S, et al. Complex regional pain syndrome. A review. Cir Cir. 2017;85:366-374.*
3. *Taylor S-S, Noor N, Urits I, et al. Complex regional pain syndrome: a comprehensive review. Pain Ther. 2021;10(2):875-892.*



## CAPÍTULO 28

### SÍNDROME SAPHO

*Rodrigo Aguirre del Pino, Álvaro Seijas López*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

É unha enfermidade mediada inmunolóxicamente de moi baixa frecuencia (estímase que arredor de 1 de cada 10.000 persoas de orixe caucásica) e caracterízase pola aparición de manifestacións cutáneas, óseas e articulares. SAPHO son as siglas de: Sinovite, Acne, Pustulose, Hiperostose e Osteíte (SAPHO). A orixe da enfermidade non está completamente clara, pero considérase que están implicados tanto factores xenéticos como ambientais (certas infeccións).

#### Manifestacións clínicas e diagnóstico

As alteracións osteoarticulares (ósos e articulacións) son as manifestacións principais da enfermidade e poden acontecer de forma illada sen presentar manifestacións cutáneas (acne e pustulose). Arredor do 60% dos casos presentan ó mesmo tempo ditas afectacións da pel. En xeral, a diferenza de tempo entre a aparición das lesións cutáneas e a artrite adoita ser duns dous anos até en un 70% dos doentes. Tamén outras manifestacións no seo da enfermidade non son raras, como a síndrome xeral (febre, perda de peso e fatiga moi importante).

#### Osteoarticulares:

é característica a aparición de dor, inflamación e sensibilidade nas áreas afectadas. Pódense observar artrite (inflamación das articulacións), osteíte (inflamación dos ósos) e hiperostose (proliferación ou crecemento dos ósos). Estes síntomas pódense achar nunha ou varias rexións anatómicas. Ata o 90% dos doentes afectados pola síndrome SAPHO teñen afectación da parece torácica (como a articulación entre o esterno e a clavícula e a articulación entre o esterno e as costelas). Outras rexións, como as articulacións periféricas (nocello e xeonllo), a

sacroilíaca e a mandíbula tamén pódense ver afectadas, pero cunha menor frecuencia.

### Cutáneas:

a aparición de pústulas nas palmas das mans e as plantas dos pés é a manifestación máis común. Pode aparecer acne nodular ou quístico na cara, nos pés ou nas costas. Tamén pode aparecer unha hidradenite supurativa (inflamación con nódulos dolorosos nas dobreces como as inguas ou as axilas).

O diagnóstico da enfermidade pode ser complexo por mor da infrecuencia e da falta de probas específicas. Como é habitual, unha boa historia clínica e un exame físico son a primeira aproximación ó diagnóstico.

Cunha radiografía podemos atopar achados que sinalen á síndrome SAPHO, mais nalgúns casos o resultado pode ser inespecífico ou negativo. Outras probas radiolóxicas poden axudar ó diagnóstico se a radiografía non é suficiente, coma a resonancia magnética ou a tomografía por emisión de positróns.

As probas de laboratorio adoitan ser inespecíficas, con elevación dos reactantes de fase aguda e, de forma máis inconstante, alteracións hematolóxicas como anemia leve ou discreta leucocitose.

Nalgúns casos é necesario realizar intervencións como biopsias de pel ou descartar infeccións antes de que se poida confirmar o diagnóstico de síndrome SAPHO.

### **Tratamento**

É preciso tratar as manifestación articulares e da pel non só para calmar a dor e tratar a inflamación, senón que tamén poñémonos como obxectivo evitar danos crónicos. No caso de que se precise doutro tratamento, os glucocorticoides, como a prednisona, poden ser unha boa opción co obxectivo de tratar rapidamente a dor e baixar a inflamación. En ocasións, no caso de que sexa precisa outra liña de tratamento pola inefectividade do tratamento con glucocorticoide, existen outras posibilidades, como metrotexate ou terapias biolóxicas coma inhibidores do TNF (por exemplo, infliximab). Nalgúns casos de acne grave, o tratamento antibiótico pode axudar tanto a mellorar a pel como as articulacións.

---

## Evolución e prognóstico

A síndrome SAPHO é unha condición crónica na maioría dos casos. Adoita ter un curso estable nunha porcentaxe moi elevada dos afectados, podendo presentar nalgúns casos recaídas e remisións. Aínda que o curso sexa variable, as complicacións raramente son incapacitantes. En xeral, estímase que os homes teñen un prognóstico lixeiramente mellor.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Rukavina I. *SAPHO syndrome: a review. J Child Orthop* 2015; 9:19
2. Nguyen MT, Borchers A, Selmi C, et al. *The SAPHO syndrome. Semin Arthritis Rheum* 2012; 42:254
3. Heras, A. D. L. (2022, 10 junio). *Síndrome de Sapho: qué es, síntomas, diagnóstico y tratamiento. Inforeuma. <https://inforeuma.com/enfermedades-reumaticas/sindrome-de-sapho/>*



## CAPÍTULO 29

### POLIMIALXIA REUMÁTICA

*Sabela Fernández Aguado, Alejandro Souto Vilas*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

A polimialxia reumática (PMR) é unha enfermidade reumática inflamatoria caracterizada pola presenza de dor incapacitante en cinturas escapular e pelviana (zona dos ombreiros e as cadeiras). Describiuse por primeira vez na década entre 1940-1950 e é unha enfermidade frecuente en pacientes de idade avanzada (de cando en cando aparece en menores de 50 anos). A maior incidencia dáse en persoas maiores de 65 anos, cun pico no grupo de idade de 70-79 anos. Nun 15-30% dos casos pode asociarse a un tipo de vasculite chamada arterite de células xigantes. Non se sabe con exactitude a causa da enfermidade, pero asociouse a algúns tipos de polimorfismos ou alteracións xenéticas e a algúns axentes infecciosos (virus, principalmente) que poderían ser determinantes para o desenvolvemento da enfermidade.

#### Síntomas

Os síntomas adoitan comezar nos ombreiros de maneira simétrica con dificultade para levantar os brazos e facer tarefas cotiás como peitearse ou asearse. Se afecta á cintura pelviana, o paciente adoita ter dificultade para levantarse dunha cadeira sen axuda das mans. A dor tamén afecta con frecuencia ao pescozo e as coxas e pode acompañarse de síntomas inespecíficos como febre, cansazo ou perda de apetito. Adoita existir rixidez articular prolongada polas mañás, e pode producir artrite (inflamación articular) sobre todo en xeonllos e pulsos. A aparición dos síntomas adoita ser rápida, xeralmente nuns poucos días e nalgúns casos de forma aguda durante a noite. Non se asocia a debilidade muscular; a importante limitación para o movemento é pola dor e esta adoita ser peor despois de períodos de repouso e pola mañá. A aparición de cefalea, sensibilidade no coiro cabeludo ou manifestacións visuais pode indicar que a PMR está asociada a unha arterite de células xigantes.

## Diagnóstico

Non existe ningunha proba específica que permita confirmar definitivamente a enfermidade. Nos casos típicos, o diagnóstico é bastante sinxelo e baséase na historia clínica, a exploración física e a avaliación dos marcadores de laboratorio de inflamación (elevación de proteína C reactiva -PCR- e da velocidade de sedimentación globular -VSG-). Outras anomalías de laboratorio asociadas con inflamación, como a anemia e as plaquetas elevadas, poden atoparse en pacientes con enfermidade activa, pero non son específicas da PMR. Existen outras enfermidades (metabólicas, infecciosas, neurolóxicas ou mesmo outras enfermidades reumáticas, como a artrite reumatoide) que poden simular unha PMR, polo que o reumatólogo realizará un estudo diferencial para poder confirmar o diagnóstico. Nalgúns ocasións tamén poden ser útiles algunhas probas de imaxe. A ecografía musculoesquelética permite detectar alteracións características da PMR como bursite, inflamación de pequenas bolsas habitualmente situadas entre ósos, tendóns e articulacións, que adoita afectar de forma bilateral aos ombreiros e ás veces tamén ás cadeiras. Nalgúns casos nos que non existan as habituais manifestacións da enfermidade ou non estean claros e necesítese descartar outro tipo de enfermidades, pode ser necesario completar o estudo cunha resonancia magnética (RM) ou mesmo un PET (tomografía de emisión de positróns), unha técnica que permite tomar imaxes do organismo que mostran a actividade e o metabolismo dos órganos do corpo. Con todo, esta última proba adoita limitarse só ao estudo dalgúns casos específicos pola radiación e o seu custo.

## Tratamento

O tratamento de elección son os glucocorticoides (GC), en principio a doses medias, que xeralmente controlan de forma eficaz e rápida a enfermidade. É moi frecuente utilizar prednisona a dose de entre 12,5-25 mg ao día, pero poden utilizarse outro tipo de GC con efecto similar e a dose pode individualizarse en función de cada paciente. Unha vez que se consegue controlar a enfermidade, diminúese de forma progresiva a dose ata chegar finalmente á súa suspensión. Algúns pacientes poden presentar recaídas cando se diminúe o tratamento ou anos despois (ata un 10%), pero habitualmente contrólanse ben reaxustando o tratamento. En pacientes con efectos secundarios graves asociados aos GC ou naqueles que requiran un tratamento prolongado debido a unha recaída poderían utilizarse fármacos inmunosupresores como o metotrexato. Tamén se obtiveron



---

bos resultados con algúns tipos de tratamentos biolóxicos dirixidos a bloquear a interleucina 6, como o Sarilumab, pero o seu uso non é habitual. En xeral, o pronóstico desta enfermidade é favorable xa que a resposta ao tratamento adoita ser boa.

### **BIBLIOGRAFÍA:**

1. *Alejandro Balsa Criado. Federico Díaz González. Tratado de Enfermedades Reumáticas de la SER. 2ª edición. España: Editorial Panamericana; 2022*
2. *Fundación Española de Reumatología: <https://infoeuma.com> [Internet]*
3. *Miguel A González-Gay, Eric L Matteson, Santos Castañeda. Lancet. 2017 Oct 7;390(10103):1700-1712*



## CAPÍTULO 30

### SÍNDROME DE SJÖGREN

*Sara García Pérez, Irene Allabás González*

#### Que é? Concepto de enfermidade

Trátase dunha enfermidade autoinmune sistémica na que o sistema inmune reconece como alleo ó propio e produce anticorpos que danan os tecidos. No caso da síndrome de Sjögren, a enfermidade atópase nas glándulas exócrinas (que secretan líquidos) producíndose a súa destrución lenta e progresiva, e dando secura de mucosas. A maioría dos doentes presentan só afectación glandular pero poden afectarse outros sistemas como o locomotor, o respiratorio, o neurolóxico... (manifestacións extraglandulares). Os anticorpos máis frecuentes son os anti-Ro e anti-La.

Diferenciamos dous tipos de síndrome de Sjögren, o primario cando aparece só e o secundario cando aparece no eido doutra patoloxía autoinmune sistémica, sendo as máis frecuentes o lupus eritematoso sistémico e a artrite reumatoide.

A idade de aparición rolda os 40-60 anos e principalmente son mulleres nunha proporción de 9:1, afectando a un 0,5-4% da poboación adulta. A secura progresiva en idades superiores adoita deberse ao proceso de envellecemento e a medicacións crónicas (antihipertensivos, antihistamínicos, antidepressivos, antiarrítmicos...).

Malia que non se sabe que o provoca, considérase debido a múltiples factores internos (hormonais, xenéticos, inmunolóxicos...) que xunto a factores externos (infeccións víricas) producen a aparición da enfermidade en individuos xeneticamente predispostos.

#### Como é? Manifestacións clínicas

O máis característico son as manifestacións glandulares en forma de secura de boca (xerostomía) e ollos (xeroftalmia). Isto coñécese tamén como síndrome seco.

### Xerostomía:

Ata na metade dos doentes con síndrome de Sjögren prodúcese hipertrofia de glándulas salivares de forma puntual ou crónica por inflamación das mesmas e dáse a secura da boca. Obsérvase unha boca con pouca humidade, a lingua depapilada e con fisuras aumentando a incidencia de candidiase oral e caries. Para medir esta secura realízase una sialometría, un procedemento que consiste en medir a cantidade de saliva que se pode cuspir sen estimulación durante 5-15 minutos e logo de estimular a produción de saliva con zumes ácidos ou pilocarpina.

Outra proba que se adoita facer é una biopsia de glándula salivar, que permite confirmar a inflamación típica do síndrome de Sjögren fronte outras patoloxías ou envellecemento.

Nos últimos anos estase a substituír una proba coñecida como gammagrafía de glándulas salivares pola ecografía das mesmas xa que esta última non implica radiación, é rápida e pode realizarse na mesma consulta de dispor dun ecógrafo.

### Xeroftalmia:

Consiste na sensación de area nos ollos, precisando bágoas artificiais e tendo como complicación úlceras corneais recorrentes. Tamén se produce dor, fotofobia, arrubiamento dos ollos e lagañas abrancazadas.

Para valorar esta manifestación utilízanse varias técnicas sendo a máis habitual o test de Schirmer que consiste en colocar unha tira secante de 15mm e medir o que se molla en 5 minutos. Considérase patolóxico se é menor de 5mm. Outras probas consistirían en explorar o ollo con distintas tinguiduras para valorar o dano corneal e o tempo de rotura da bágoa

### Outras mucosas:

Pode aparecer secura nasal en forma de costras e sangrados de repetición (epistaxe), secura cutánea, secura xenital con dor nas relación sexuais e aumento de infeccións por cándida e vaxinose bacteriana.

---

### Manifestacións extraglandulares

A presenza destas manifestacións rolda o 35-36% segundo o rexistro nacional da Sociedad Española de Reumatología sendo as manifestacións musculoesqueléticas as máis frecuentes en forma de artrite, artralxias e fibromialxia.

Tamén pode aparecer afectación cutánea como vasculite e fenómeno de Raynaud, enfermidade inflamatoria pulmonar, do sistema nervioso en forma de neuropatía ou vasculite, dos riles, etc.

Cómpre destacar o risco de linfoma que presentan estes doentes que é un 5% maior ca poboación xeral e que aumenta co tempo de evolución da enfermidade.

Por último, nomear que nunha elevada porcentaxe de casos os afectados sofren afectación do tiroides en forma de tiroidite autoimune ou hipotiroidismo subclínico.

### **Como se trata?**

#### Manifestacións glandulares:

Baséase en tratamento sintomático e substitutivo con lubricantes de ácido hialurónico. No caso da saliva utilízase a pilocarpina oral, un fármaco que estimula a secreción de saliva na afectación inicial da enfermidade pero ata o momento ningún fármaco específico inmunomodulador ou inmunosupresor conseguiu tratala.

No caso da afectación oftálmica, aparte de bágoas artificiais se existe afectación grave, pódense utilizar soros autólogos e colirios con fármacos como glucocorticoides e ciclosporina.

#### Manifestacións extraglandulares:

Dependerá da afectación e da gravidade pero neste caso si que a utilización de glucocorticoides e inmunosupresores pode controlar a enfermidade: adalimumab, abatacept, belimumab, rituximab, etc.

## Previsión, que podo agardar?

Se ben non hai tratamento efectivo para os síntomas glandulares, nos últimos anos estanse a investigar novos fármacos e outros xa aprobados para outras enfermidades que poderían funcionar neste dominio. Cómpre recordar que na meirande parte dos casos as manifestación glandulares son as únicas presentes e non sempre implican patoloxía grave, daquela a meirande parte dos doentes levan unha vida normal.

É importante levar un seguimento por Reumatoloxía e Medicina de Familia para actuar se aparecen novas manifestación o máis pronto posible e conseguir a remisión da enfermidade.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ramos-Casals M, Brito-Zerón P, Bombardieri S, et al. On behalf of the EULAR-Sjögren Syndrome Task Force Group, et al. EULAR recommendations for the management of Sjögren's syndrome with topical and systemic therapies. *Ann Rheum Dis* 2020;79:3-18
2. Andréu Sánchez JL, Fernández Castro M, Díaz del Campo Fontecha P, et al. Recomendaciones SER sobre la utilización de fármacos biológicos en el síndrome de Sjögren primario. *Reumatol Clin* 2019;15(6):315-26.
3. Fernández Castro M, Andréu Sánchez JL, Sánchez Piedra C, et al. SJÖGRENSENER: Registro nacional de doentes con síndrome de Sjögren primario de la Sociedad Española de Reumatología: objetivos y metodología. *Reumatol Clin* 2016;12(4):184-9.

## CAPÍTULO 31

### ENFERMIDADES REUMATICAS AUTOINMUNES SISTÉMICAS. ENFERMIDADES MEDIADAS POR INMUNOCOMPLEXOS

*María Cristina López Sánchez, Tomás Ramón Vázquez Rodríguez*

#### Que é? Concepto da enfermidade.

Con este nome reúnen unha serie de enfermidades de características semellantes no que respecta a súa causa e comportamento.

Chámase autoinmunes porque o problema principal é que as nosas defensas presentan un erro no xeito de desenvolver a súa función, e comezan a actuar contra as nosas propias células. Un dos mecanismos que empregan é a produción de anticorpos. Os anticorpos son unhas moléculas que se unen a bacterias ou outras sustancias alleas, marcándoas para que sexan eliminadas polo organismo.

Denomínanse sistémicas porque poden afectar a varios sistemas do noso organismo (sistema circulatorio, musculoesquelético, respiratorio, urolóxico, etc.).

Cando aparece unha enfermidade autoimune as defensas producen anticorpos contra as nosas propias células, ou contra algunha parte específica delas, chamados autoanticorpos; de xeito sinxelo, as defensas non recoñecen as células normais do noso corpo, consideran que son alleas e tratan de defenderse coma se fosen xermes.

Adoitan presentarse en xente con certa predisposición xenética á que se lle engaden outros factores ambientais, podendo así acabar desenvolvendo a enfermidade (tabaco, tóxicos, infeccións, etc.). Pénsase que a xenética só non é abondo para xerar estas doenzas. Polo tanto non podemos saber se a partir dun pai ou nai afecto terán un fillo coa mesma enfermidade, aínda que si podemos afirmar que é un pouco máis probable.

Dentro destas enfermidades engádese un grupo menos frecuente que están mediadas por inmunocomplexos. Este termo implica que os anticorpos dos que

falamos antes únense á sustancia recoñecida como estraña, que non está unida a ningunha célula, senón que circula polo organismo ata que se deposita nalgún punto (xeralmente nas paredes dos vasos, no ril, etc.) e actúan alí, lonxe do sitio onde se xeraron.

Son enfermidades pouco frecuentes, o que dificulta pensar nelas. Coñecer os síntomas que se lle asocian, os tratamentos e o seu curso, é o mellor que se pode ofertar ós doentes para convivir con estas enfermidades.

### Como é? Manifestacións clínicas.

Dado que as enfermidades autoinmunes sistémicas engloban doenzas múltiples (coma o lupus eritematoso sistémico, a esclerose sistémica, a vasculite, etc.), a sintomatoloxía é variada dependendo dos órganos que se afecten. Poden limitarse a só un órgano (pel, ril, sangue, pulmón, etc.), aínda que o máis frecuente é a afectación de varios deles.

Hai síntomas que poden darse en todas estas enfermidades, chamados síntomas xerais, coma poden ser: astenia ou debilidade, febre, perda de apetito, dores articulares e musculares, etc. Trátase de síntomas moi frecuentes, comúns tamén en outras enfermidades é, polo tanto, moi inespecíficos, aportando pouco de cara ó diagnóstico, aínda que poden ser difíciles de resolver mesmo co tratamento axeitado. Tampouco son síntomas que se consideren graves, pero si poden supoñer unha limitación na vida dos pacientes.

Pola outra banda, outros síntomas que se poden presentar son moi suxestivos de enfermidades autoinmunes sistémicas, e deben facer considerar a valoración por parte do especialista en reumatoloxía, co fin de establecer un diagnóstico rápido. A súa vez son tamén moi variadas, e entre as máis características poden ser:

- Lesións na pel múltiples (manchas, protuberancias, úlceras, etc.) engrosamento da pel das dedas ou outras partes do corpo, fotosensibilidade (pel lesionada con facilidade ou de gravidade pola exposición ó sol), fenómeno de Raynaud (cambio da cor dos dedos coa exposición ó frío pasando a pálidos, morados ou vermellos).



- 
- Aftas (feridas pequenas, úlceras) no interior da boca ou na área xenital (vulva, escroto...) de xeito repetido, sensación de falta de bágoas ou saliva, etc.
  - Dor (e/ou inflamación) das articulacións, debilidade dos ombreiros ou das cadeiras, que dificulta erguer os brazos ou incorporarse dunha cadeira.
  - Dor de cabeza importante, distinta ás habituais, sensación de dor cando se toca a cabeza nas sens ou no coiro cabeludo.
  - Falta de aire, dor no tórax.
  - Abortos de repetición e sen causa aparente.

A ampla constelación de síntomas fai que chegar a un diagnóstico definitivo poida ser custoso e precise tempo. Non é infrecuente tampouco que se precise da axuda doutros especialistas para chegar ó diagnóstico, ou de cara a facer probas específicas. Así nos últimos anos comezaron a organizarse unidades multidisciplinares que reúnen a varios especialistas diferentes dedicados ó diagnóstico e tratamento destes pacientes, e que demostrou unha mellora na atención, manexo e o prognóstico dos doentes.

### Como se trata?

O primeiro paso será o de establecer un diagnóstico de que enfermidade se trata. Dado que algún caso son enfermidades pouco frecuentes, isto pode dar lugar a un retraso, podendo aparecer sintomatoloxía máis severa. Adoita ser o reumatólogo quen fai o diagnóstico, pero o médico de primaria debe sospeitalo para derivalo. Xa na consulta, o reumatólogo por medio dun interrogatorio dirixido, unha exploración completa, valéndose de diferentes probas adicionais, poderá chegar a saber a enfermidade que tratamos, ou polo menos acoutar o diagnóstico.

Entre as probas máis demandadas están a análise sanguínea, que inclúe determinados anticorpos, e probas radiolóxicas coma radiografía/ecografía de inicio, e en casos concretos outras como tomografía computadorizada (TC), resonancia, gammagrafía, eletromiografía, etc. Tamén nalgúns casos pode ser necesaria a biopsia de pel, glándula salivar ou doutros órganos.

Cando a enfermidade xa ten nome, o tratamento irá encamiñado a controlala e así previr a afectación de órganos vitais. É primordial que o tratamento se faga o máis rápido posible.

De xeito inicial o manexo adoita facerse con glucocorticoides; aínda que son medicamentos seguros e eficaces, poden ter efectos secundarios se os empregamos a doses altas ou durante moito tempo. Por ese motivo engádense outros medicamentos, os inmunosupresores, que actúan diminuindo a actividade das nosas defensas, de xeito similar ós glucocorticoides, pero cun menor grado de efectos secundarios.

Entre as opcións de tratamento, o seu médico explicarlle a que sexa máis adecuada no seu caso. Os nomes poden resultar complicados: antipalúdicos, metotrexato, azatioprina, micofenolato de mofetil, ciclosporina, ciclofosfamida, etc.

Nos últimos anos foron aparecendo o que se coñece como terapias biolóxicas. Trátase dun tipo de anticorpos de orixe biolóxica, producidos no laboratorio, moi semellantes ós que causan a enfermidade, que actúan tamén tentando controlar as nosas defensas. Entre outros temos: rituximab, belimumab, anifrolumab, infliximab e outros que se unirán nos próximos tempos, máis selectivos e específicos na súa función contra a parte alterada das defensas, sen afectar ó resto.

### **Previsión. Que podo agardar?**

Este tipo de enfermidades son crónicas. Polo tanto os tratamentos axudan a controlar os síntomas e intentan previr o agravamento, pero non determinan a curación da enfermidade.

Pese a un tratamento axeitado, pódense experimentar episodios de reagudización da enfermidade. Isto fai necesario o seguimento por parte do reumatólogo durante moito tempo, incluso de por vida.

Con todo, é importante dicir que os pacientes non están sempre enfermos. Os tratamentos que temos conseguen na meirande parte dos doentes que poidan desenvolver unha vida normal e independente.

---

Tampouco implica que teñan que recibir tratamento de xeito continuo. Outra das funcións do seguimento polo reumatólogo é valorar a actividade e, con base a isto, axustar a medicación, tentando manter a dose máis baixa posible que controle a enfermidade. En ocasións é posible incluso a suspensión por completo da medicación durante largos períodos de tempo.

Hai casos en que a enfermidade non se controla, pode ser necesario o ingreso hospitalario para tratar sintomatoloxía grave e buscar o tratamento máis axeitado. Nalgúns, poucos casos, os pacientes poden precisar do ingreso nunha unidade de cuidados intensivos. Nunha franca minoría, pero a ter en conta pola afectación de órganos vitais, poden ter un desenlace fatal. É por iso polo que coñecer estas enfermidades, e o diagnóstico e tratamento temperán, así como un correcto seguimento é esencial, podendo evitar secuelas e desenlaces fatais, e de cara a normalizar a vida dos nosos pacientes.

Para rematar, e a modo de recordo, os puntos claves destas enfermidades:

- Xéranse porque as nosas defensas atacan os tecidos confundíndoas con elementos alleos.
- Poden afectar á práctica totalidade dos órganos, dando síntomas moi variados.
- A derivación rápida a Reumatoloxía axuda a establecer un diagnóstico e tratamento temperán adecuados.
- A meirande parte dos pacientes poden levar unha vida normal.
- Hai un grupo pequeno de pacientes que poden ter enfermidades de especial severidade.
- Os medicamentos conseguen en moitos casos un control óptimo da enfermidade pero non a curan.
- O seguimento é necesario para mellorar e axustar o control clínico e terapéutico dos nosos pacientes.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. *Balsa Criado A, Díaz González F, Sociedad Española de Reumatología. Tratado de Enfermedades reumáticas. 2ª edición. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2022*

## CAPÍTULO 32.

### EXERCICIO FÍSICO NAS ENFERMIIDADES REUMATOLÓXICAS

*Tatiana Díaz Díez*

O exercicio físico é un tipo de actividade física que se realiza voluntariamente, de xeito planificado, estruturado e repetitivo coa finalidade de manter ou mellorar a forma física e a saúde.

A actividade física defínese coma calquera actividade realizada cos movementos corporais, producidos polo aparello musculoesquelético, que supoña un gasto de enerxía.

Podemos definir os seguintes termos:

#### Tipo de exercicio

- Exercicio aeróbico ou cardiorrespiratorio (exercicios onde os grandes grupos musculares do corpo móvense ritmicamente durante períodos prolongados, requirindo osíxeno).
- Exercicio de fortalecemento muscular (exercicios onde contraense determinados músculos para vencer forzas ou resistencias).
- Exercicios de flexibilidade ou estiramientos (melloran o movemento das articulacións).
- Exercicios de equilibrio (melloran a capacidade de manter o corpo en calquera posición, tanto en repouso como realizando actividades, e preveñen as caídas)

#### Frecuencia

Indica cantos días á semana faise o exercicio ou actividade física.

#### Intensidade

É o esforzo necesario para facer un determinado exercicio.

## **Duración**

É o tempo dedicado a realizar cada exercicio.

A actividade e o exercicio físico son seguros e apenas teñen efectos secundarios, pero debemos coñecer e ter en conta algunhas precaucións á hora de realizalo para evitar calquera risco.

O exercicio físico aporta importantes beneficios tanto a nivel físico como psicolóxico nos doentes con enfermidades reumatolóxicas.

Mellora os principais síntomas destas enfermidades como son a dor, a inflamación, a debilidade, a limitación física e outros problemas asociados ás mesmas coma a HTA, obesidade, diabetes e problemas psicolóxicos, entre outros.

Os doentes que realizan actividade física e exercicio con regularidade teñen menos síntomas, presentan menor limitación funcional, dor, perda de masa muscular e ósea, mellora a súa forma física, a súa mobilidade, o descanso nocturno e o seu estado de ánimo. Como consecuencia de todo isto, presentan unha mellor calidade de vida.

O exercicio físico tamén contribúe á perda de peso nos doentes con obesidade.

A obesidade aumenta a inflamación, a limitación funcional e diminúe a resposta ós tratamentos biolóxicos no caso da artrite reumatoide, espondiloartrite axial e artrite psoriásica.

Tanto o exercicio ocasional como o que se practica habitualmente, ten un efecto inmunomodulador e protexe fronte ás infeccións.

En adultos con patoloxías reumáticas as recomendacións son semellantes ás da poboación en xeral, con algunhas modificacións, segundo o nivel previo de actividade física e o estadio no que se atope a enfermidade.

Recoméndase facer exercicio aeróbico case a diario e de fortalecemento polo menos dous días á semana. É fundamental para mellorar a función cardiorrespiratoria, gañar resistencia física e queimar calorías.

---

Deberíanse facer este tipo de exercicios (camiñar, nadar, bicicleta ou bailar) polo menos 70-150 minutos á semana.

É recomendable comezar a modo e ir aumentando a frecuencia, a duración e a intensidade progresivamente. Distribuírase ó longo da semana.

Calquera actividade que incremente a situación previa será beneficiosa xa que o sedentarismo ten un resultado negativo sobre a saúde.

Ó iniciar o exercicio deberá facerse unha fase de quentamento previo duns 5-10 minutos para preparar o corpo e mellorar o rendemento e a tolerancia ó mesmo.

Antes de rematar é recomendable realizar exercicios de arrefriamento uns 10-15 min, semellante ós de quentamento, para adaptarse progresivamente á fase de repouso cunha diminución mais gradual da frecuencia cardíaca e da presión arterial. Deste xeito mellora o retorno venoso nas extremidades inferiores reducindo a baixada excesiva da tensión arterial, xa que podería provocar mareos.

### **Recomendacións a ter en conta cando se vai facer exercicio físico**

- Beber auga antes, durante e despois de facer exercicio.
- Roupas cómodas e adaptadas á temperatura do lugar onde se realice o exercicio.
- Evitar horarios de temperaturas extremas. No caso de frío ou calor excesiva mal tolerados, é mellor facer o exercicio no interior ou con luvas.
- Non se debe realizar exercicio en xaxún. Deberase facer unha comida lixeira 1-2 horas antes.
- Se aparece un brote con dor ou inchazón das articulacións é recomendable seguir facendo exercicio porque aliviará a dor, pero debemos reducir a intensidade, a frecuencia ou a duración. Tamén podemos cambiar o tipo de exercicio, evitando aqueles que sobrecarguen a zona afectada.
- Se durante o exercicio ou ó rematalo aparece unha dor intensa durante máis de 2 horas ou que provoque dor ó día seguinte, é

recomendable parar, diminuír a intensidade ou cambiar o tipo de exercicio, segundo sexa necesario, ata que mellore a dor.

- Debe interromperse o exercicio se aparece dor torácica, palpitations, mareo ou sensación de atordamento.
- Deberase consultar co médico antes de comezar a facer exercicio se existe enfermidade ou factores de risco cardiovascular (diabetes, hipertensión arterial).
- Elixir o tipo de exercicio en función da enfermidade que se teña e o estadio no que se atope a mesma.

Poden ser exercicios de baixo impacto (natación, bicicleta, camiñar a ritmo lento en terreo chan, elíptica ou máquina de remo estático), de impacto moderado (camiñar por terreo chan a velocidade rápida, bicicleta de montaña, tenis dobres, padel, esquí de fondo, patinaxe, baile) ou de alto impacto (carreira ó aire libre ou en cinta de correr, tenis individual, deportes que impliquen saltos, fútbol, camiñar a ritmo moi rápido ou por terreo irregular, esquí alpino, zumba).

- No caso de perda da mobilidade articular están indicados exercicios de movemento activo, en todo o percorrido posible da articulación afectada e tamén exercicios de estiramento.
- Se a función respiratoria está limitada, os exercicios estarán dirixidos a favorecer a respiración diafragmática.
- Son tamén beneficiosos os exercicios de relaxación (ioga, tai-chi).

**“SE A TÚA DOENZA QUERES MELLORAR, EXERCICIO FÍSICO DEBES REALIZAR “**



## CAPÍTULO 33

### A ALIMENTACIÓN NAS ENFERMIDADES REUMATOLÓXICAS

*M<sup>a</sup> Luisa Uriondo Martínez, Begoña Carballal Platas*

A alimentación é unha parte importante do tratamento deste tipo de doenzas.

Non existe unha dieta que sirva para todos, pero unha correcta alimentación é moi importante para mellorar nas patoloxías reumáticas.

Os alimentos non curarán a enfermidade nin reverterán o dano que xa apareceu no corpo, pero poden reducir a inflamación activa, mellorar os síntomas e diminuír o risco de futuros brotes da enfermidade.

Unha mala alimentación xera sobrepeso (obesidade) que pode causar artrose nas articulacións dos xeonllos, coxas e en articulacións que xa teñen artrite ou artrose e a dor aumenta.

Certas comidas xeran a produción de sustancias que empeoran algunha destas doenzas, como as citoquinas, que producen a inflamación e son o resultado dos chamados ácidos araquidónicos contidos nas graxas saturadas das carnes, embutidos e produtos lácteos.

Por outro lado o corpo pode producir ácidos araquidónicos a partir de ácidos linoleicos contidos noutros alimentos como o aguacate, as nozes, etc.

A dieta debe ser elaborada e guiada por un especialista en nutrición. Debe ser balanceada e equilibrada co aporte adecuado de calorías e nutrientes cunha alimentación variada.

A inxesta de alimentos dos cinco grupos alimenticios proporcionaralle ao corpo os nutrientes que necesita.

É importante manter o peso ideal para reducir o esforzo que fan as articulacións de sostén: xeonllos, nocellos y coxas.

Aconséllase substituír as carnes roxas magras por carnes brancas como o polo ou o pescado.

Substituír as frituras por alimentos á prancha ou asados, usar o leite e os seus derivados desnatados ou semidesnatados.

Reducir o consumo de azucres que aportan calorías sen valor nutritivo.

Consumir froitas e legumes, en especial as de folia verde que aportan vitaminas, minerais e antioxidantes que axudan a combater o dano que os radicais libres exercen sobre as articulacións.

Deberase ter precaución coa inxesta de certos alimentos como a espinaca e a veteraba que teñen un alto contido de oxalatos que forman cristais que se depositan nas articulacións.

Tamén hai que evitar certos vexetais ricos en purinas como fabas, coliflor, lentellas, champiñóns, espárragos que contribúen a aumentar o ácido úrico.

Consumir omega-3 que atópase nos pescados azuis como o atún, salmón, arenque, sardiña que reduce a inflamación das articulacións.

O consumo de lácteos e os seus derivados polo aporte de calcio e vitamina D, evitarán o desenrolo da osteoporose.

Consumo adecuado de hidratos de carbono como pan, pastas, arroz e cereais que se son integrais é moito mellor.

Evitar o consumo de café, alcohol e colas.

Facer exercicio que, ademais de queimar o exceso das calorías da nosa dieta, vai mellorar a mobilidade das articulacións enfermas, manter a masa muscular, estimular a formación do óso e aumenta a nosa estabilidade física e emocional.

Un síntoma presente nas enfermidades reumáticas é a inflamación.

Un exemplo de dieta antiinflamatoria é a chamada Dieta Mediterránea que demostrou que diminúe a inflamación articular, a dor e a rixidez matinal.

---

A dieta mediterránea caracterízase por un alto consumo de vexetais, froitas, legumes, graxas insaturadas (especialmente pola presenza do aceite de oliva), un contido moderado de pescado e baixo de produtos lácteos e carne roxa. Os principais compoñentes da dieta (vitamina C y E, carotenoides e polifenoles) posúen unha alta capacidade antioxidante.

### Recomendacións nutricionais:

Cubra polo menos a metade do seu prato con abundantes verduras (sen amidón) e froitas de todo tipo.

Engada carbohidratos de índice glicémico baixo en lugar de alimentos de índice glicémico alto, e cereais integrais en vez de refinados.

Elixa proteínas de orixe vexetal e limite as carnes roxas.

Consuma graxas saudables ricas en ácidos graxos monoinsaturados ou poliinsaturados omega-3.

Utilice aceite de oliva virxe extra, rico en ácidos graxos monoinsaturados, para cociñar e aliñar as ensaladas.

Outras fontes de graxa saudable son os aguacates, os ovos enriquecidos con omega-3 e os alimentos integrais de soia (por exemplo, tofu, tempeh, edamame).

Condimente a súa comida con especias antiinflamatorias como cúrcuma ou raíz de xenxibre.

Un consumo elevado de sal tamén resulta prexudicial, xa que retén os líquidos do corpo e a presión sanguínea aumenta, favorecendo a inflamación.

Recoméndase beber 2 litros de auga ao día se non hai contraindicación asociada a outra patoloxía.

Evite calquera alimento que conteña aceites hidroxenados ou parcialmente hidroxenados, a fariña procesada, o azucre engadido, os alimentos que conteñen xarope de millo de alta frutosa e os zumes con alta frutosa.

É recomendable un alto consumo de fibra, xa que axuda no control do peso debido a que induce á saciedade e limita a absorción de colesterol e azucres.

**Lembre sempre:**

Un prato saudable está composto por un 50% de froitas e verduras, 25% de proteínas e 25% de cereais integrais.

## CAPITULO 34

### VACINAS

*Coral Mourino Rodríguez, María Pena Martínez*

Existen certas enfermidades ou condicións médicas que poden aumentar a probabilidade de sufrir infeccións que poden previr as vacinas. Para estas persoas, pode ser necesario recibir vacinas adicionais ou máis doses das vacinas estándar para manter unha protección a longo prazo. Ademais, hai que considerar situacións laborais, hábitos ou familiares de pacientes crónicos que poidan necesitar recomendacións específicas de vacinación.

A vacinación en pacientes con enfermidades reumatolóxicas autoinmunes é un tema de gran importancia debido a que estes pacientes poden ter un maior risco de desenvolver enfermidades graves por infeccións debido á disfunción do sistema inmunitario e ó tratamento inmunosupresor.

Dada a complexidade das enfermidades reumatolóxicas inflamatorias crónicas, é importante avaliar a vacinación de forma individualizada, elixindo o momento máis apropiado para vacinar, preferiblemente canto antes despois do diagnóstico ou antes de que a enfermidade progrese. Este momento é crucial porque a resposta da vacina é mellor se se administra cando o sistema inmunolóxico está máis intacto.

A vacinación do paciente reumatolóxico tamén debe ser complementada con outras medidas preventivas, como a vacinación dos seus familiares e do persoal médico que lle trata, así como medidas hixiénicas como a hixiene de mans, ventilación de espazos pechados e o uso de máscaras en caso de padecer enfermidades transmisibles por vía aérea<sup>1</sup>.

As vacinas elabóranse a partir de microorganismos e trala súa administración estimulan o sistema inmunitario do paciente proporcionándolle protección fronte a determinadas enfermidades dunha maneira segura e eficaz.

A vacinación permitiu erradicar a variola, transmisible en humanos, e é posible que outras enfermidades tamén sexan erradicadas nun futuro próximo, como a

poliomielite. Ademais, moitas outras enfermidades infecciosas, como a difteria e o sarampelo, foron eliminadas de amplas zonas xeográficas grazas á vacinación. Actualmente, existen máis de 40 vacinas dispoñibles para previr máis de 25 enfermidades infecciosas en humanos.

Existen diferentes formas de clasificar os tipos de vacinas que existen:

#### Polo axente microbiano que as forman:

- Vacinas de microorganismos vivos ou atenuados: Son as que conteñen microbios que perderon a súa capacidade para causar dano (varicela, triplo vírica, ...).
- Vacinas de microorganismos mortos ou inactivados: Son aquelas que conteñen o axente morto íntegro, só unha parte do microorganismo ou a súa toxina (gripe, pneumococo, tétano, virus do papiloma humano, ...).

#### Pola composición:

- Vacinas monovalentes: Conteñen un só tipo de microorganismo (sarampelo, rubéola, febre tifoide, ...).
- Vacinas polivalentes: Son necesarias cando o microorganismo divídese en diversos tipos e producen diferentes tipos de resposta no organismo (meningococo, polio, ...).
- Vacinas combinadas: Asíciáanse varios compoñentes procedentes de distintos microorganismos (DTP, triplo vírica, ...).

#### Pola poboación á que vai dirixida:

- Vacinas sistemáticas: Presentan un interese individual e comunitario, polo que se aplican á totalidade da poboación, dentro dos programas de Saúde Pública (calendarios de vacinación) para conseguir elevadas coberturas vacinais que aseguren niveis adecuados de inmunidade colectiva fronte a esas enfermidades.
- Vacinas non sistemáticas: A aplicación destas vacinas é de carácter individual, baseándose nas indicacións formuladas por un médico á vista das circunstancias individuais ou ambientais do

---

paciente (enfermidades ou tratamentos, viaxes, exposición profesional, estilo de vida, etc.) ou ante a aparición de brotes epidémicos.

A vacinación en pacientes con enfermidades reumáticas debe ser individualizada, considerando factores como o tipo de enfermidade, idade, fármacos utilizados e momento da enfermidade. A vacinación contra a gripe e a enfermidade pneumocócica son recomendadas en xeral, mentres que outras vacinas inactivadas poden ser utilizadas en situacións especiais. As vacinas de microorganismos inactivados poden ser administradas en pacientes inmunodeprimidos, aínda que se recomenda facelo polo menos dúas semanas antes do inicio do tratamento. As vacinas vivas atenuadas deben evitarse en pacientes con inmunosupresión de alto grao. É importante asegurar a inmunidade contra certas enfermidades antes de iniciar o tratamento inmunosupresor e educar aos familiares directos para que tamén reciban as vacinas necesarias.

A Alianza Europea de Asociacións para a Reumatoloxía (EULAR) desenvolveu unhas recomendacións de vacinación para pacientes con enfermidades reumáticas inmunomediadas. Baséanse principalmente na necesidade dunha avaliación anual do estado de vacinación, a toma de decisións compartida e o momento da vacinación, favorecendo a vacinación durante a enfermidade en remisión, preferiblemente antes do inicio do tratamento inmunosupresor (glucocorticoides, metotraxato, hidroxicloroquina, leflunomida, terapias biolóxicas...)¹.

### **Recomendacións de vacinación en pacientes con enfermidades reumáticas inmunomediadas¹:**

En xeral, recoméndase vacinarse contra a gripe e a enfermidade pneumocócica. Outras vacinas inactivadas só recoméndanse en persoas inmunodeprimidas de alto risco ou en situacións especiais.

É mellor vacinarse antes de comezar un tratamento inmunosupresor, pero se é necesario comezar o tratamento antes, non se debe atrasar só para vacinarse.

As vacinas de microorganismos inactivados son seguras para administrar en pacientes inmunodeprimidos, pero é preferible administralas polo menos 2 semanas antes de comezar o tratamento inmunosupresor para que sexan máis

efectivas. Se se administran durante o tratamento, é posible que non sexan tan efectivas, polo que pode ser necesario volver a administralas.

As vacinas de microorganismos atenuados non son recomendables para pacientes con inmunosupresión de alto grao, pero poden ser administradas en inmunosupresión de baixo grao. Se é posible, é mellor administrar estas vacinas antes de comezar o tratamento inmunosupresor e evitar administralas durante as 4 semanas previas ó comezo do tratamento. Despois de finalizar o tratamento, é necesario esperar un tempo variable antes de administrar vacinas atenuadas, e recoméndase un intervalo mínimo de 3 meses. As vacinas vivas atenuadas tamén deben evitarse durante os primeiros 6 meses de vida nos recentemente nados de nais tratadas con fármacos biolóxicos durante a segunda metade do embarazo.

Os pacientes con enfermidades reumáticas, especialmente aqueles con lupus eritematoso sistémico, deben recibir vacinas contra o virus do papiloma humano de acordo coas recomendacións para a poboación xeral.

Débese animar aos familiares directos sans que compartan fogar co paciente crónico a recibir as vacinas de acordo coas guías nacionais, excepto para a vacina oral contra a polio.

Nas seguintes imaxes pódense ver as vacinas recomendadas en pacientes diagnosticados de enfermidades reumáticas inflamatorias/autoinmunes en función de se están a recibir ou non tratamento inmunosupresor<sup>2</sup>.

Ademais, as últimas guías incluíron a vacina contra o Herpes zóster para pacientes que estean a recibir tratamento con inhibidores do JAK como baricitinib, tofacinib, upadacitinib o filgotinib. E a vacina da COVID igual que na poboación xeral, podendo precisarse unha 4<sup>a</sup> ou 5<sup>a</sup> dose.

É recomendable que os profesionais sanitarios realicen un seguimento da vacinación dos seus pacientes con enfermidades reumáticas inmunomediadas e que se aseguren de que estean actualizados coas vacinas recomendadas. Ademais, deben educar aos pacientes sobre a importancia da vacinación, os riscos e beneficios das vacinas e as recomendacións específicas relacionadas coa súa enfermidade e tratamento<sup>1</sup>.



**IMIDVAC****VACUNAS****RECOMENDACIONES DE VACUNACIÓN****EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS / AUTOINMUNES SISTÉMICAS****A) SI NO RECIBE TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR**

<b>GRUPE</b>	Debe vacunarse de gripe todos los años durante la temporada de gripe (finales de octubre-finales de diciembre).	
<b>NEUMOCOCO</b> Tipos	<b>CONJUGADA</b>	Debe vacunarse el año en que cumple 65 años (60 en algunas comunidades). Es una sola dosis.
	<b>POLISACÁRIDA</b>	Debe vacunarse el año en que cumple 66 años o un año después de administrar la conjugada. Es una sola dosis.
<b>TÉTANOS / DIFTERIA</b>	Debe administrarse una dosis de recuerdo el año que cumple 65 o después si no se la ha puesto antes. Es una sola Dosis.	
<b>HEPATITIS B</b>	Si usted ha nacido en el año 1982 o después. A) Si no se ha vacunado debe vacunarse. Son tres dosis: a los 0, 1 y 6 meses. B) Si ya se ha vacunado no hace falta revacunarse.	
<b>TRIPLE VÍRICA (SARAMPIÓN, RUBEOLA Y PAPERAS) VARICELA</b>	Si usted ha nacido en el año 1988 o después. Debe vacunarse si no está vacunado con al menos 2 dosis registradas o si no pasó el Sarampión. Son dos dosis: a los 0 y 1 meses.	
<b>VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO</b>	Si usted ha nacido en el año 1994 o después. A) Si no ha sido vacunada antes. Son tres dosis: a los 0, 2 y 6 meses. B) Si ya ha sido vacunada no es necesario revacunarse.	

**IMIDVAC****VACUNAS****RECOMENDACIONES DE VACUNACIÓN****EN PACIENTES CON ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS / AUTOINMUNES SISTÉMICAS****B) SI ESTÁ RECIBIENDO TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR**

<b>GRUPE</b>	Debe vacunarse de gripe todos los años durante la temporada de gripe (finales de octubre-finales de diciembre).	
<b>NEUMOCOCO</b> Tipos	<b>CONJUGADA</b>	Debe vacunarse idealmente al iniciar tratamiento inmunosupresor. Es una sola dosis.
	<b>POLISACÁRIDA</b>	Debe vacunarse un año después de administrar la vacuna conjugada. Inicialmente es una sola dosis. Se recomienda repetir a los 5 años.
<b>TÉTANOS / DIFTERIA</b>	Debe vacunarse el año que cumple 65 o después si no se la ha puesto antes. Es una sola dosis. En caso de herida sucia, consulte a su médico.	
<b>HEPATITIS B</b>	Si usted ha nacido en el año 1982 o después. A) Si no se ha vacunado debe vacunarse. Son tres dosis: a los 0, 1 y 6 meses. B) Si ya se ha vacunado no hace falta revacunarse.	
<b>TRIPLE VÍRICA (SARAMPIÓN, RUBEOLA Y PAPERAS) VARICELA</b>	CONTRINDICADA, NO PUEDEN ADMINISTRARSE.	
<b>VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO</b>	Si usted ha nacido en el año 1994 o después. A) Si no ha sido vacunada antes. Son tres dosis: a los 0, 2 y 6 meses. B) Si ya ha sido vacunada no es necesario revacunarse.	

Fuente: [imidvac.com](http://imidvac.com)

## **BIBLIOGRAFÍA:**

1. *Furer V, Rondaan C, Heijstek MW, et al. 2019 Update of EULAR recommendations for vaccination in adult patients with autoimmune inflammatory rheumatic diseases. Annals of the Rheumatic Diseases 2020;79:39-52.*
2. *www.imidvac.com*

## ANEXO. LISTADO DE ASOCIACIONES DE DOENTES

### ACCIÓN PSORIASIS - ASOCIACION DE PACIENTES DE PSORIASIS, ARTRITIS PSORIASICA

932 804 622

info@accionpsoriasis.org

www.accionpsoriasis.org

### AECOAR - ASOCIACIONES ESPAÑOLA CON LA OSTEOPOROSIS Y LA ARTROSIS

91.431.22.58

nfo@aecosar.es

www.aecosar.es

### ASOCIACIÓN ESPAÑOLA SÍNDROME DE SJÖGREN

915 358 654

contacto@aesjogren.org

www.aesjogren.org

### AGAL - ASOCIACION GALLEGA DE LUPUS

Coruña: coruna@lupusgalicia.org

Ferrol: 628 744 855 / ferrol@lupusgalicia.org

Vigo: 635 013 366 / vigo@lupusgalicia.org

Pontevedra: 616 330 093 / pontevedra@lupusgalicia.org

Santiago: 606 115 063 / santiago@lupusgalicia.org

Lugo: 648 661 019 / lugo@lupusgalicia.org

Ourense: 659 585 182 /ourense@lupusgalicia.org

agal@lupusgalicia.org

<http://www.lupusgalicia.org/>

**ASEARPO - ASOCIACION DE ENFERMOS DE ARTRITIS DE PONTEVEDRA**

638 395 017

info@asearpo.org

www.asearpo.org

**AVIDEPO - ASOCIACIÓN VIGUESA DE ESPONDILITICOS DE PONTEVEDRA**

678 58 68 65

avidepo@avidepo.com

www.avidepo.com

**ASOCIACIÓN DE BECHET**

webmaster@behcet.es

www.behcet.es

**CEADE - COORDINADORA ESPAÑOLA DE ASOCIACIONES DE ESPONDILOARTRITIS**

contacto@eaceade.es

www.eaceade.es

**CONARTRITIS**

915 352 141

Santiago: 659 084 950 / santiago@conartritis.org / <http://artrite-santiago.blogspot.com/>

www.conartritis.org

**FEDELUPUS - FEDERACION ESPAÑOLA DE LUPUS**

691 77 50 03

Email: felupus@felupus.org

www.felupus.org

**LIGA REUMATOLÓGICA ESPAÑOLA**

911 250 150 / 692 271 099

lire@lire.es

www.lire.es

---

**LIGA REUMATOLÓGICA GALLEGA**

981 236 586

[info@ligagalega.org](mailto:info@ligagalega.org)

[www.ligareumatologicagalega.es](http://www.ligareumatologicagalega.es)

**SEFIFAC - SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FIBROMIALGIA Y SINDROME DE FATIGA  
CRONICA**

932 001 658

[secretaria@seffiac.es](mailto:secretaria@seffiac.es)

[www.seffiac.es](http://www.seffiac.es)