

En resumen, durante los últimos 12 meses se ha empleado la aminopterina en el tratamiento más o menos prolongado de 21 niños con leucemia aguda. Este medicamento se ha encontrado con toxicidad de grado variable, según el sujeto y las dosis empleadas. Se convino que los resultados pudieron contarse como buenos en 10 de los 21 niños tratados. Como esta proporción es mejor que la obtenida a base de otras medicaciones, señalamos la necesidad de proseguir los estudios con la aminopterina.

## REUMATOLOGIA

### PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS DEFORMIDADES EN LA ARTRITIS REUMATOIDEA

Dres. DONALD F. HILL y W. PAUL HOLBROOK

Tucson, Arizona

**E**L tratamiento más importante de la artritis reumatoidea es, al presente, la prevención de la deformidad y la conservación de las funciones. Tal vez por el hecho de que se habla tanto de nuevos descubrimientos y de que el mercado se haya llenado de miles de remedios contra la artritis, los fundamentos de evitar la invalidez y la incapacidad se olvidan con más frecuencia. Puede afirmarse que ni un 1 por 100 de los pacientes artríticos sigue en la actualidad las reglas convenientes para protegerse las articulaciones y conservar su función, más de extrañar aún si se compara lo que se hace a este respecto en la poliomielitis.

Lo primero que debe considerarse, es aconsejar al paciente que se valga de reglas de descanso y evite los esfuerzos innecesarios a las articulaciones. La inflamación de éstas remitirá si se inmovilizan y se impide el esfuerzo. Es un dicho muy repetido que «deben seguir andando o, de lo contrario, no podrán andar ya más». El pánico del artrítico de quedarse inmovilizado en la cama se disipa si el médico se toma la molestia de explicarle que el descanso y los ejercicios funcionales son los únicos medios que le darán movimiento y energía.

La mala postura y la marcha en esta forma provoca más esfuerzo sobre las articulaciones que soportan el peso del cuerpo y, con el esfuerzo aumentado, seguirá más irritación. La posición erecta en postura correcta, con el cuerpo bien equilibrado con muletas, pero no encorvado sobre ellas, es factor favorable para impedir el esfuerzo y la irritación. Sin los consejos convenientes, el enfermo tiende a permanecer en la cama en posiciones de flexión, lo que ayuda a que evolucionen más contracturas. La cama adecuada ha de ser plana y resistente, con tablas por debajo de los colchones, para evitar hundirse y permitir que el paciente pueda descansar en actitud correcta, con las articulaciones extendidas. La cama se elevará en conjunto por medio de calzos, con lo que se conseguirá la manipulación más fácil del paciente y que éste pueda abandonar la cama y volver a ella sin tantas molestias. Una rodilla rígida, con torsión y caída del

pie, tenderá a empeorar si no se corrige; para dominar el dolor y para mejorar la extensión de este miembro, deberá mantenerse en posición correcta con sacos de arena, tablas de apoyo para el pie y soportes de descanso modelados sobre la misma pierna del paciente en la posición de máxima comodidad. Se protegerá el pie contra el peso de los cobertores por medio de arcos adecuados. Según se obtenga la distensión de los miembros, se colocan piezas de fieltro bajo los tobillos, de modo que gradualmente pueda enderezarse la articulación de la rodilla. Por otra parte, los asientos bajos son motivo de más flexión de la espalda, de la cadera y de la rodilla, y también provocan más molestias y esfuerzos al levantarse y sentarse; en cambio, las sillas más altas, con brazos y respaldos rectos, invitan a mejorar la postura y no causan molestia al cambiar de posición y al levantarse.

En los pacientes ambulatorios, se indican calzados convenientes, a veces corregidos con soportes, provistos de anchos tacones y refuerzos para la porción de los metatarsianos. En la extremidad superior, las deformidades y las pérdidas de función vienen también en la actitud de flexión. Debe instruirse al paciente para que descance tanto como le sea posible con los hombros en actitud de extensión y abducción. Respecto a la mano y la muñeca, si se permite que se anquilosen en flexión no podrá lograrse que la primera agarre con fuerza; se intentará colocar el antebrazo en una férula ligera de escayola o de metal que impida la caída de la mano y la desviación cubital de los dedos.

La parte del tratamiento que sigue en importancia, aunque también es poco considerada, es el ejercicio correctivo. A causa de la atrofia y la debilidad de los músculos, el paciente debe emprender los ejercicios a pequeñas dosis, con progreso lento y sistemático. Para que el sujeto enfermo se preste con voluntad al tratamiento, el médico debe explicarle los motivos en que se funda el ejercicio racional: (1) para mantener y aumentar el movimiento de las articulaciones; (2) para reforzar los grupos musculares que sostienen a éstas; (3) y para favorecer la circulación. Los ejercicios se prescribirán bien descritos, con instrucciones claras y con el número de movimientos y el progreso de los mismos.

Deberá explicarse al paciente, también hasta dónde debe llegar la «tolerancia», de modo que no se detenga si el ejercicio le molesta al principio. Es buena indicación cuando, no obstante sentir cierto dolor con los movimientos, éste no persiste horas después ni resulte el mismo ejercicio más doloroso al día siguiente. Se explicarán al paciente las actividades que le son permitidas y aconsejadas. Es defecto común de muchos de ellos, hacer muy poco o nada cuando la articulación duele, hasta el punto de suprimir toda actividad; al sentirse mejor, pasan al extremo contrario, lo que puede recrudecer los fenómenos inflamatorios.

### Corrección de las deformidades

La corrección de las deformidades es empresa mucho más difícil que prevenirlas, además de que impone conocimientos y cuidados más laboriosos. Con la atención a las medidas preventivas, muchas de las deformidades que se suelen ver podrían haberse evitado.

Para la corrección de las deformidades, la intervención quirúrgica tiene su lugar en limitado número de casos, sobre todo los muy inveterados; pero muchas de las contracturas pueden ser corregidas simple y fácilmente por medio de un sistema de ejercicios e inmovilizaciones seguido de manipulación con el paciente anestesiado, y con otro grupo de ejercicios e inmovilizaciones para mantener los movimientos. Los resultados más halagadores los hemos encontrado en las contracturas de la rodilla, especialmente aquellas que impedían la marcha. Las fases sucesivas son generalmente las siguientes: primera, restaurar

todo el movimiento y la energía posibles por medio del descanso y los ejercicios; segunda, aprender la técnica correcta para la manipulación, la cual no es difícil si se comprende; tercera, inmovilizar la articulación en posición correcta durante unos cuantos días, hasta que ceda la reacción; cuarta, comenzar la tensión de músculos en el miembro inmovilizado, para continuar después con ejercicios activos y pasivos pasados unos seis días, hasta el límite de la tolerancia. En el caso de la rodilla, las férulas se conservan después de abrirlas, para utilizarlas como canales en los intervalos de descanso entre los ejercicios. En cosa de unas ocho semanas, el paciente se siente con la suficiente fuerza para mantenerse erecto en buena posición con el sostén auxiliar de unas muletas. Entonces empezarán los ejercicios de marcha, bajo supervisión, para orientar sobre la corrección de la misma.

En una serie de 65 pacientes, todos inválidos en la cama, que presentaban contracturas, que perduraban durante un período promedio de 3,2 años, se logró —después del tratamiento indicado— que 11 caminaran con muletas y algo de ayuda, que 12 pudieran andar con muletas pero sin ayuda, y que 40 consiguieran andar sin la ayuda de las muletas. Sólo en 2 enfermos no se lograron resultados, a causa de la intensidad de la anquilosis.