

EL QUE ÉS IMPORTANT ÉS CURAR O MILLORAR AL PACIENT

Dr. Josep Muñoz Gómez.

Cap del Servei de Reumatologia. Hospital Clínic. Barcelona

Les tècniques exploratòries han evolucionat de manera espectacular. Tots som conscients del risc a que se sotmeten els nostres malalts quan els demanem, per exemple, una mieelografia amb lipiodol per a la detecció d'hèrnies discals, una arteriografia cerebral, o les primeres artroscòpies i laparoscòpies. De tot això se'n va obtenir l'experiència necessària perquè més tard, ajudats pel progrés de les tècniques d'imatge (escàner, ressonància magnètica, angioescàner, angioressonància magnètica, gammagrafia de positrons, noves metodologies laparoscòpiques, cateterismes, etc), es disminuïssin els efectes secundaris, a vegades greus, per a minimitzar-los i arribar a aconseguir eliminar-los. Però calgué pagar un preu car, pel malalt i pel metge, fins que es modificaren els procediments, es millorà l'utilitatge, etc.

No podem deixar de banda la gran quantitat d'informació que ens han proporcionat les biòpsies. A vegades ha calgut punxionar òrgans potencialment perillosos, com el fetge, el cor o el cervell. Fa anys ja es va considerar com una agressió fer una biòpsia de ronyó, però no vull pensar on estaríem encara si no s'hagués tingut la determinació d'anar a la cerca d'un diagnòstic, potser per damunt de tot.

Des del punt de vista del món del diagnòstic crec que l'agressivitat és necessària. Sense un diagnòstic no es pot fer un tractament adequat o, com a molt, serà simptomàtic. Un altre gran capítol en el que poden estar justificades actituds que en alguns moments semblen saltar-se les regles del joc, és el de la terapèutica. Aquí l'espectre és molt ampli. En repassarem alguns temes.

Situant-nos en el camp de les malalties de l'aparell locomotor, pel que s'ha mogut la major part de la meua vida acadèmica, personalment m'he fet conscient de la importància d'una certa agressivitat, això sí amb un coneixement bàsic de fons. Els reumatòlegs tractem sovint malalties inflamatòries cròniques o sistèmiques potencialment invalidants o mortals, a més de processos locals que poden provocar una gran incapacitat, sigui pel dolor o per les alteracions anatòmiques que comporten: artritis, artrosis, dolor crònic, etc.

L'artritis reumatoide (AR) és una malaltia articular crònica, potencialment invalidant, de la que ho coneixem gairebé tot, excepte la causa. En un cert moment se la va considerar empíricament com una malaltia maligna (1), el que va justificar la utilització de fàrmacs citostàtics. Un dels capdavaners en la seva utilització fou Jiménez Díaz (2) l'any 1950, quan va utilitzar les mostasses nitrogenades. Més tard, a finals dels anys seixanta, s'emprà la ciclofosfamida (3), clorambucil, combinacions de diferents fàrmacs, plasmafèresi, irradiació total, etc.

Personalment he viscut en primera línia la introducció del metotrexat pel tractament de l'AR. Jo era resident en un hospital anglès, capdavanter en la investigació en reumatologia, i havia de tenir cura directa dels malalts als quals s'administraven dosis altes del fàrmac (1 mg/kg/dia). Així vaig veure les complicacions greus amb aplàsia medul·lar i mort d'alguns malalts per complicacions sistèmiques. L'estudi pilot es va parar i va ser alguns anys més tard, de la mà dels dermatòlegs i pel tractament de l'artritis psoriàsica, que vaig aprendre que dosis més baixes podien ser útils, i així es va demostrar en estudis posteriors controlats (4). I d'aquesta manera avui és el fàrmac d'elecció. El metotrexat i la ciclofosfamida es continuen utilitzant en dosis d'1 gram per al tractament de situacions que posen en perill la vida del malalt (vasculitis, neuropaties, nefropaties, altres). També en diverses malalties sistèmiques en particular el lupus i l'AR. El clorambucil és, fins ara, el millor tractament de l'amiloidosi renal secundària a diferents malalties inflamatòries cròniques.

La cortisona va representar també un gran progrés pel tractament d'aquestes malalties. Però la seva utilització va ser en part incorrecta en les fases inicials (dosis altes, error en la prescripció, etc) doncs es partia d'un error fonamental, creure que amb dosis elevades es guaria la malaltia quan l'únic que s'aconseguia era disminuir la inflamació, però no eradicar-la. El mateix passa amb els fàrmacs biològics que després esmentarem. Estàvem utilitzant un medicament amb un gran poder antiinflamatori, però amb un gran potencial lesiu, i que s'havia de prendre durant tota la vida.

Així es van veure els efectes secundaris greus: hipertensió, osteoporosi amb fractures, alteracions del metabolisme dels glúcids, insuficiència suprarenal, Cushing secundari, etc. Però tot això no ha fet pas que es deixessin de banda. Utilitzats a les dosis adequades, amb indicacions precises, amb un objectiu concret encara es recreen. Però els malalts van ser els qui van patir aquests efectes negatius, fins que es va conèixer més bé perquè es donaven.

La utilització de fàrmacs biològics és potser el tractament més novedós, en les malalties cròniques i sistèmiques, reumatològiques i intestinals, com són l'AR, les espondiloartropaties, la malaltia de Crohn, i altres. Són fàrmacs que s'han dissenyat a mida, ja que bloquegen la inflamació en diverses fases actuant contra el TNF alfa, les interleukines, etc. I plantegen un apropament més global a la malaltia.

Segons dades recents, publicades el gener de 2007 per la Societat Espanyola de Reumatologia, amb informació recollida fins el mes

de gener de 2006 (5), en un conjunt de 6.909 malalts registrats s'hagué de parar el tractament en un 28%, per causa de l'aparició d'efectes secundaris. Entre ells els més freqüents van ser les infeccions (36%), seguides de les reaccions infusionals greus (20%), reaccions cutànies (10%) i cardiovasculars (7%). Durant els sis anys de seguiment hi hagué 73 òbits i 587 ingressos hospitalaris. Les morts van ser en la seva majoria per infeccions (38%) i episodis cardiovasculars (27%). Hi ha doncs problemes greus en la seva utilització, però tots estem d'acord en que s'han d'assumir, malgrat que en la meua opinió, es tracta només de grans antiinflamatoris sense capacitat per a curar la malaltia.

Actualment es tendeix a recomanar que s'utilitzin en les fases inicials, quan fa pocs anys el criteri era diferent i la prescripció s'ajustava només als casos refractaris. Els clínics estem treballant en la cerca de determinats marcadors de pronòstic, com són els anticossos anticitrulins, que ens ajudin a conèixer el casos que tenen més possibilitats d'una evolució negativa, per a tenir en compte aquestes indicacions.

El tractament del dolor crònic, no oncològic, és un altre capítol en el que d'alguna manera hi estem implicats els reumatòlegs. Aquest quadre clínic, de gran prevalença, és molt sensible per a la població que ho pateix perquè els mètodes de que disposem (bloqueigs nerviosos, estimulacions medul·lars, còctels d'anestèsics, morfina, etc) sovint no són ben interpretats ni pels malalts ni pels metges. Els malalts estan desesperats demanant alguna cosa que els alleugui en el seu patiment i estan decidits a acceptar el risc que les diverses actuacions mèdiques els hi poden ocasionar, si se'ls ofereix alguna possibilitat de millora en el seu dolor.

La cirurgia de reemplaçament (pròtesi) per a problemes articulars concrets també entra en aquest camp, sovint turbulent, i a vegades les intervencions han resultat un desastre. Però pensem en què hagués passat si s'hagués parat la recerca perquè els resultats inicials eren dolents? Perquè avui els resultats ja són bons, magnífics, i la substitució de diverses articulacions, en particular el maluc i el genoll ens fan oblidar les dificultats i mals moments del començament.

En els últims anys han aparegut nous procediments que semblen, i són, bàsicament molt agressius. M'he de referir a les intervencions

d'ablació vertebral, conegudes amb el nom de corpectomies (6). Van començar pel tractament de tumors malignes, o benignes que posaven en perill la vida o la capacitat funcional del malalt (paraplègia o tetraplègia). Aquestes intervencions, tan agressives, eren necessàries malgrat els seus mals resultats inicials, perquè amb les millors tècniques i amb un utilatge més precís, es puguin emprar en processos teòricament benignes, com són les estenosis cervicals (7) o a altres nivells.

L'enfocament d'aquestes possibilitats ha permès que avui ja es facin amb una certa freqüència intervencions com les vertebroplasties o cifoplasties en les que s'injecta en el sí de vèrtebres fracturades, per osteoporosi o per tumors, metacrilat, o un baló que els hi retorna una configuració més anatòmica.

Així doncs, després d'aquesta repassada breu i incompleta (no hem pas tractat de la quimioteràpia en tumors, per exemple) veiem com el progrés de la medicina basat en un diagnòstic correcte i un tractament adequat, està ple d'incidents, a vegades greus, però que han estat necessaris per aconseguir el progrés en el coneixement. Podem comparar aquesta situació als grans incendis forestals on per parar la seva progressió cal que els bombers provoquin tallafocs, amb nous incendis controlats per evitar un risc més gran.

BIBLIOGRAFIA

1. Winkelstein, A. Efficacy of combined therapy with plasmapheresis and immunosuppressants in rheumatoid vasculitis. *J Rheumatol*, 1984; 11, 162.
2. Jiménez Díaz, C; Merchante, A; Perianes, J, et al. El tratamiento de las enfermedades de disreacción con las mostazas nitrogenadas: fundamentos y resultados. *Rev Clin Esp*, 1950; 38, 261.
3. Muñoz Gomez, J; Rotés Querol, J; Roig Escofet, D: Tratamiento de las enfermedades reumáticas con ciclofosfamida. *Med Clin (Barc)* 1969; 53, 179.
4. Weimblatt, ME; Coblyn, JS; Fox, DA et al. Effect of low dose methotrexate in rheumatoid arthritis. *N Eng J Med*, 1985; 312, 818
5. Descalzo, MA: Registro español de acontecimientos adversos de terapias biológicas en enfermedades reumáticas (BIOBADASER): informe de la situación, 26 enero 2006. *Reumatol Clin*, 2007; 3,4.
6. Salzman, M; Jamaris, J; Leveque H and Ducker, TB. Transoral cervical corpectomy. The aid of the microscope. *Spine J*, 1979; 4, 209.
7. Medow JE; Trost, G; Sandin, J: "Surgical management of cervical myelopathy: indications and techniques for surgical corpectomy. *Spine J*, 2006; 6 (S-233.