

COMO CIERTOS REUMATISMOS INFLAMATORIOS E INFECCIONES CRONICAS PUEDEN HACER FRACASAR LA CIRUGIA ORTOPEDICA PARA LA METATARSALGIA

Dr. J. MARTORELL MARTORELL

RESUMEN

Ciertos pacientes bien intervenidos continúan con molestias iguales o algo menores que las que justificaron el acto quirúrgico.

El problema surge por pensar en un defecto local y no atinar que el paciente puede padecer una afección generalizada de comienzo o solapada que, de ignorarla, será la causa directa del fracaso de la intervención.

Las causas pueden ser múltiples ya sea de tipo séptico crónico, inflamatorio o dismetabólico.

La más frecuente entre las primeras es el reumatismo infeccioso focal crónico.

Las segundas son numerosas, pero la principal es la artritis reumatoidea.

Entre las terceras destaca la condrocalcinosis.

Para evitar estos fracasos quirúrgicos conviene recordar unas normas:

- además de un hallux valgus más o menos intenso, el paciente puede pade-

cer una enfermedad sistémica que sea la verdadera causa de los dolores.

- una anamnesis insuficiente es la causa de gran parte de los errores diagnósticos. Una pregunta clave es: ¿y no padece o ha padecido de dolor en otros lugares?.

- siempre que se pueda se deben agrupar todos los síntomas del paciente bajo una sola afección.

En este trabajo se desarrolla el diagnóstico diferencial de todas las causas del fracaso.

Un colega extranjero nos mandó una paciente que aquejaba una metatarsalgia en ambos pies. Había empezado por un solo pie que fue intervenido por este médico, consiguiendo una mejoría relativa, pero al poco tiempo se iniciaron dolores en el otro antepie. Fue mandada para la confección de unas plantillas ortopédicas que tampoco aliviaron a la paciente. Este tipo de historia hace sospechar: pregunté a la paciente si había padecido cefalalgias de vez en cuando, lumbalgias, dorsalgias o cervicalgias. La

respuesta fue afirmativa para todas estas zonas y ello ya con anterioridad a la intervención. También lo fue referente a sugilaciones a un pequeño golpe y a púrpura. Además existían antecedentes familiares apoyando el RIFOC (se explicará esta afección). Fue suficiente hallar focos crónicos para redondear el diagnóstico, entre los que destacaba una bronquitis crónica.

La cosa puede ser "más grave" en el caso de existir artritis, por ejemplo de cadera, discreta y crónica, que puede ser originada por focos crónicos. Esta artritis aprovecha la coxartrosis coexistente para incidir allí.

Dichos focos facilitarán la infección de la prótesis total, que el cirujano ortopeda piensa colocar por la coxartrosis coexistente a la que atribuye los dolores. Los gérmenes ya están dentro del paciente y todas las medidas de asepsia externa que se puedan tomar son inútiles. Intentaremos despistar las causas, que pueden hacer fracasar una cirugía perfecta. Vayamos por partes.

La metatarsalgia de origen mecánico causa dolor, que aumenta andando y de pie, en la zona de apoyo de las cabezas metatarsianas.

La de origen inflamatorio se define además por dolor en reposo e incluso en cama. Esto último es la hipalgia.

Signos que completan el diagnóstico: apretando cada cabeza metatarsiana con un dedo por encima y otro por debajo, duele aquella cuya metatarsofalángica padece artritis. La flexión plantar pasiva de los dedos es dolorosa, es el signo de Gaenslen. y la compresión transversal de todas las cabezas metatarsianas también es dolorosa. Estos tres: signos sólo permiten el diagnóstico de artritis y no él de la enfermedad causa.

Muchas metatarsalgias de origen inflamatorio están producidas por enfermedades sistemáticas, más o menos evi-

dentos en cada enfermo. Como su diagnóstico no es posible a través de los pies, debemos buscar otra sintomatología fuera de ellos. Se esquematiza el diagnóstico diferencial entre las diversas causas.

Una causa muy frecuente de metatarsalgia de origen inflamatorio y de errores de diagnóstico, es el...

REUMATISMO INFECCIOSO FOCAL CRONICO o RIFOC

En esta exposición se ha tomado como eje esta enfermedad, porque gran parte de los fracasos terapéuticos de la metatarsalgia, y los hay,... se deben a su desconocimiento.

El paciente nos viene por dolor en un solo lugar (97 %), la metatarsalgia por ejemplo, por ser el dolor que más le molesta, o en una rodilla. Y no habla de los demás dolores presentes, y menos de los que ha padecido anteriormente. Por ello, se deben averiguar una por una las posibles localizaciones de otros dolores y otros posibles síntomas padecidos. Si no, no los cuenta.

Estos pacientes suelen padecer cefaleas o migrañas.

Tienen valor los antecedentes de infecciones repetidas o intensas, a menudo padecidas en la infancia: se suele tratar de amigdalitis, a veces intervenidas, en algunos casos dos veces, que a menudo recidivaron en forma de faringitis crónica con carraspera, o de sinusitis, otitis, bronquitis e infecciones urinarias.

La madre afectada por este cuadro, asegura que sus hijos no tienen, ni han tenido nada en relación con su propio cuadro. Sólo preguntando síntoma por síntoma es cuando los de los niños salen si han existido, y se descubre así el factor hereditario evidente. Por ello son fundamentales los antecedentes familiares,

buscando síntomas de RIFOC en padres, abuelos, hermanos e hijos.

En la segunda infancia, los maestros evalúan al niño con RIFOC como un niño "listo, pero que no pone atención". Es que no puede ponerla, sufriendo a veces la pérdida de uno o dos cursos aunque sea un niño listo.

El RIFOC aparece a cualquier edad y sexo.

La sintomatología es polifacética.

SINTOMAS DEL ESTADO GENERAL

Ocasiona: astenia general durante el día (88 %) y también al despertarse (79 %), criestesia, "friolero" en lenguaje vulgar (62 %), e/o hipersensibilidad general al calor, vulgarmente "caluroso" (57 %). Los dos últimos síntomas existen por inmunodeficiencia y son generales. No son de sólo una o ambas piernas, como en la compresión medular o por causas vasculares, ni únicamente de pies y manos, aunque lo último es frecuente en la mujer joven y puede existir. Pesadez de piernas (84 %). Pruritos, sobre todo al irse a dormir (64 %), que pueden incidir en cualquier parte, pero se subraya la cabeza. También destacan: cefaleas (89 %), pesadez de piernas (84 %).

SINTOMAS DEL APARATO LOCOMOTOR

Aparecen una o varias artritis, artralgi-
as, una hidrartrosis que duele o no, sólo calor local o, bien, cuando se quejan de una zona raquídea, la exploración es negativa. Estas artritis son fijas o lentamente erráticas, asimétricas, con un cierto predominio en un lado del cuerpo.

Los dolores son continuos, hipnálgicos. A lo sumo mejoran algo con el reposo. Al inicio son recidivantes y más tarde recurrentes. Se pueden presentar mialgias, entesitis, tendinitis y sacroileítis.

Destacan: cervicalgias (72%), lumbalgias (71%), dolor de rodilla (67%), dolor en metacarpofalángicas (67%), dorsalgias (46%), dolor en escapulohumeral (35%), otros dolores (71%).

Suelen empeorar en primavera y también en otoño.

SINTOMAS DEL APARATO DIGESTIVO

Suele existir un síndrome irritativo de todo el tubo digestivo, con variaciones en el tiempo y según la zona del tracto.

Pueden aparecer: aftas (69%), halitosis (58%), boca pastosa (52%), xerostomía (66%; se trata de boca seca), y constipación (82 %) de grado variable, disgeusia (67%), punto de McBurney doloroso (64%), tiflitis (64%).

SINTOMAS DEL APARATO CIRCULATORIO

Las mujeres y algún hombre presentan: sugilaciones por un pequeño golpe (60%; se trata de equimosis de tamaño numular) y púrpura (59%) de uno o escasos elementos, que aparece de forma espontánea, pero rara vez en mucosas en el RIFOC. Ello ocurre sin alteración del número de plaquetas.

A veces retienen líquidos, incluso con edemas palpebrales, perimaleolares, en manos, etc.

SINTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO

Estos dependen de la disfunción del sistema antitóxico. Se hallan:

Retrasos de evocación (92%): el paciente no es capaz de evocar cosas que sabe y puede tardar a recordar los segundos, un minuto, una hora, un día o ya no las recuerda nunca, según la intensidad del defecto.

Escotomas centelleantes esporádicos (47%), es decir, ven lucecitas, destellos o estrellitas, a veces fulgurantes, en general brillantes y blancas, pero a veces amarillas, azules o de colores.

Escotoma móvil, negro o gris, uni- o bilateral (36%) y, según la intensidad, constante o esporádico.

Paranomias y parafasias esporádicas (78%). Las primeras consisten en que el paciente, hablando, cambie el nombre de los objetos por otro nombre completamente diferente.

Parafasia esporádica: el paciente no halla la palabra adecuada y usa una frase substitutiva. También le puede ocurrir escribiendo. En vez de "boca", se deja una letra "bca", o cambia una letra y escribe "boda", o cambia el orden de las sílabas ya sean juntas, como en "cabo", o bien separadas, en vez de "sintetizada" escribe "sintatiteda". A veces une dos trozos de dos palabras.

El paciente con RIFOC admite que le ocurre a menudo. Al que no padece RIFOC, no le ocurre nunca o algo de ello le sucede rara vez.

Temblor (72 %) no intencional: el paciente no tiembla en general, pero le basta un susto, una emoción, una situación de miedo o de lucha para temblar, ya sea de manos, de piernas o temblor interior.

Nebulosidad (49 %): se enturbia la visión un momento y se aclara poco después.

Defectos de atención esporádicos (71%, junto con los dos siguientes): por momentos está "en su mundo imaginativo" siguiendo un camino distinto de lo que se dice y no se entera de lo que se habla.

Defectos de fijación esporádicos (86%): se entera y entiende, pero "no fija" lo que dice. Por lo tanto, no lo podrá recordar.

Sordera verbal de Wernicke esporádica: a veces, "oye, pero no entiende", está como "desconectado".

También existen sensación vertiginosa o vértigo (76%), pruritos (64%), sensación de falta de aire (61 %).

SINTOMAS DE ANSIEDAD

Aparecen en muchos procesos, incluso el RIFOC. Es una de las causas por las que estos pacientes son mandados al siquiatra y aceptados por éste. Entre ellos existen dos, el temblor fácil, no intencional y fino al asustarse y los pruritos, que pueden ser producidos por disfunción antitóxica entre otras causas además de la ansiedad.

Estos síntomas comunes de ansiedad desaparecen de forma total o, en pocos casos, casi total, si el paciente con RIFOC se trata adecuadamente. Sólo se quedan tinnitus, meteorito, constipación y por supuesto el miedo en los escasísimos casos en que coexiste.

Otros síntomas de ansiedad son rarísimos en el RIFOC: miedo, temor, terrores nocturnos, pérdida de interés, rechinar de dientes, cambios de voz, pulsaciones en los vasos, sensación de desmayo, suspiros y exoftalmos.

ACCION DE LOS ANTIALGICOS Y ANTIINFLAMATORIOS

Incluyendo los AINE y la morfina o son ineficaces o muy poco efectivos. Además, una dosis normal de morfina puede obnubilar al paciente sin calmarlo. Sólo en los casos leves existe la excepción.

Este punto es tan capital que, si un calmante no alivia a un paciente adulto, y se descarta el cáncer, se debe pensar en el RIFOC o en la algodistrofia, antes que en un cuadro siquiátrico.

Los corticosteroides descienden el dintel defensivo y por ello están contraindicados. Además calman poco los dolores.

Los tranquilizantes y antidepresivos, tampoco les resuelven nada.

Todo este cuadro desaparece con tratamiento adecuado.

EXPLORACION

Además de lo antes citado en el aparato locomotor, en la metatarsalgia de origen infeccioso, al efectuar la presión súpero-inferior de cada cabeza metatarsiana, además de dolor, se halla engrosamiento de las articulaciones afectadas secundario a una sinovitis. La luxación del dedo a nivel de la metatarsofalángica no suele doler con éste signo.

La cadera puede doler a la presión del triángulo de Scarpa, cerca de la arteria femoral. Ello equivale al dolor en axila en la artritis del hombro. Si además duelen los movimientos extremos, sin olvidar los de extensión, la artritis de coxofemoral existe, a pesar de la normalidad del laboratorio y de la radiología y que el paciente no se queje de allí. Aquí también sólo se puede hablar de inflamación sin precisar más.

En la osteomielitis aguda metafisaria existen (fig. 1): "dolor de parte a parte" de Ombredanne. Dolor y edema circunferencial) del hueso afectado. Y dolor al tacto con la punta del dedo ("one finger rheumatism" de Kennon), como en el caso de una fractura.

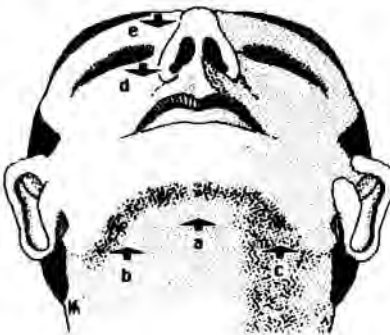
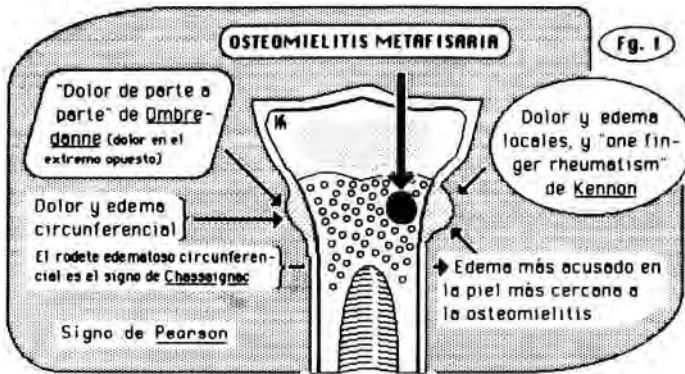
El signo de Pearson consiste en dolor en la metáfisis afectada, después de haber apretado un rato la diáfisis del mismo hueso lejos del foco.

La mastoiditis se detecta con la presión y la percusión locales dolorosas.

De modo semejante a lo explicado se buscan los focos infecciosos crónicos.

Los FOCOS AMIGDALARES CRONICOS son los más frecuentes (77%). A menudo la infección ha profundizado en las amígdalas. La exploración visual intrabucal es normal o a lo sumo existe una ligera hiperemia.

Debe apretarse entre el hioides y la barbilla (fig. 2, a), lo que sirve de punto de referencia, y después algo más hacia



DONDE APRETAR PARA EXPLORAR LOS FOCOS CRONICOS:

- a punto no doloroso entre la barbilla y el hioides
- b y c puntos amigdalares
- d punto para apretar el seno maxilar
- e punto para apretar el seno frontal

Fig. 2

la línea media de cada ángulo de la mandíbula (b,c), en dirección a la amígdala. Si de forma clara duele más en los segundos puntos, existen focos crónicos. Si duele igual, no existen. Se habla de crónicos, porque los agudos causan fiebre y dificultad dolorosa de paso de alimentos, y los crónicos, no. En ocasiones coexisten adenopatías. (fig. 3,e,f).

Los FOCOS SINUSALES tampoco dan fiebre, ni dolor. La transluminación y la radiografía suelen ser normales, porque sólo existe una inflamación superficial, con una pequeña capa de mucosidad séptica, y una hipertrofia de la mucosa sinusal. Estas dos exploraciones son negativas, si las secreciones sinusales no substituyen una gran parte del aire contenido en el seno. Ello no es el caso en la inmensa mayoría de estos pacientes.

Dichas sinusitis se diagnostican apretando cada seno palpable: frontal (fig.3 a), etmoidales anteriores (b), maxilar (c), punto amigdalár (d) y ótico (fig. 4). Si la

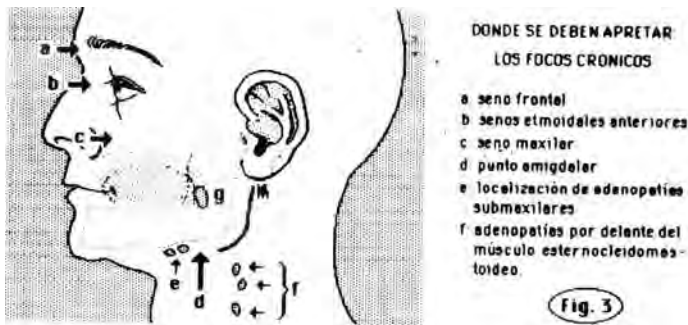
presión duele más que en otro sitio anodino del cráneo, es que existe la sinusitis. Si no duele más no existe. A menudo en un mismo paciente le duelen unos senos sí y otros no, o un oído sí y el otro no.

GRANULOMA DENTARIO APICAL O FLEMON DENTARIO

Es poco frecuente en estos pacientes. Se detecta percutiendo en dirección del eje de la raíz dentaria. Propenden a la piorrea más que al granuloma.

(38%): el tímpano o está bien o alguna rara vez está perforado como consecuencia de otitis pasadas, incluso de años. La otitis es media, se originó en faringe y por trompa de Eustaquio pasó al oído medio.

Se detecta apretando el trago como si se quisiera que penetre en el conducto auditivo externo (fig. 4). Puede que no



duela, en cuyo caso niega el foco. Pero si duele, puede ser por tres causas:

- foliculitis o forúnculo en conducto auditivo, cosa que se descarta por inspección visual.

- artritis temporomaxilar: se aprieta por delante del conducto auditivo externo en la articulación temporomaxilar mientras el paciente abre y cierra la boca varias veces. Si duele, existe dicha artritis, si hay sólo otitis, con esta maniobra la articulación temporomaxilar no duele. Una vez descartados el forúnculo y dicha artritis, sólo puede ser la...

- otitis media crónica, aunque el propio paciente no la sospeche.

Es de señalar que estas otitis crónicas, abandonadas a su destino y con años, conducen a la sordera progresiva y total, sin molestia alguna.

Siempre que se halla un foco crónico séptico palpable, se aprecia un gesto de dolor en la cara del paciente.

BRONQUITIS CRONICA

Es un foco relativamente frecuente y el germen se suele detectar fácilmente por el examen de esputos.

TIFLITIS o infección del ciego (64 %): si es discreta, como lo son la mayoría, no se detecta a rayos X. Sólo se halla: un punto de McBurney doloroso, con sólo una ligera reacción de pared, quizás dolorcitos espontáneos en fosa ilíaca derecha de vez en cuando, incluso en el caso de una paciente ya apendicetomizada, y, mucho más rara vez, febrícula. Va con apendicitis crónica si el apéndice no se extirpó ya.

Los cirujanos de aparato digestivo cuentan que, a un cierto número de pacientes bien apendicetomizados, les quedan dolores residuales mucho tiempo. La causa puede ser una tiflitis a la que no se dio importancia, que si existe, cura con tratamiento antibiótico prolongado el tiempo necesario. En caso de

tiflitis, el ciego muestra una ligera hiperemia que pasa desapercibida.

SISTEMA URINARIO

Su infección es bastante frecuente. Causa disuria. La palpación de la vejiga urinaria es dolorosa. Se pedirá un sedimento.

La presencia de focos no es privativa del RIFOC. También aparecen en la Artritis Reumatoidea (AR), por ejemplo.

En el RIFOC, suelen hallarse varios focos a la vez. Véase el gráfico de barras que muestra los porcentajes de los principales focos hallables en el RIFOC.

El diagnóstico del RIFOC se efectúa por anamnesis y exploración clínica detallada y dirigida. No es por exclusión como ocurre en la PM, la ACJ o la monoartritis subaguda.

LABORATORIO

Los análisis son anodinos, pero estos pacientes tienden a la leucopenia, neutropenia y linfocitosis. En un 50 % de casos la VSG es normal. Las reacciones de Látex y Waaler-Rose son negativas en un 96%. El líquido sinovial es aséptico y limpio, rara vez ligeramente turbio.

El frotis amigdalár es infructuoso en muchos casos, a pesar de que la infección existe en profundidad, de la misma manera que el frotis de la piel que cubre el absceso no fistulizado es negativo o salen unos gérmenes sin relación con los de dentro del absceso. Por ello, existen dificultades para aclarar el tipo de germen, si se exceptúa en las bronquitis crónicas y algunas infecciones urinarias.

Por la inmunodeficiencia que estos pacientes padecen, el germen puede ser cambiante. Es decir, mientras se combate un germen con un antibiótico adecuado para unos focos amígdalo-sinusales por ejemplo, aparece una infección urinaria por un germen no sensible al antibiótico empleado en aquel momento. Así, estos

pacientes reafirman la presencia de su inmunodeficiencia.

Ello también presupone que un paciente puede estar infectado por diferentes gérmenes en diferentes zonas.

En resumen, la frecuente negatividad del laboratorio no niega.

La inmunodeficiencia facilita la aparición de los focos crónicos. Estos no son la causa directa y única de la enfermedad, sólo "añaden leña seca a las brasas". Estas consisten en un factor hereditario determinante. Este puede causar dolores incluso con los focos curados, si no se tratan más que los focos y la inmunodepresión y se olvida la disfunción antitóxica existente.

Esta última debe tratarse con Uridin-5'-trifosfato (UTP) y con Citidin-5'-monofosfato (CMP).

RADIOLOGIA

Suele ser anodina o existen artrosis propias de la edad. Por cierto, la mayoría

de estas artrosis no duelen una vez resuelto el RIFOC.

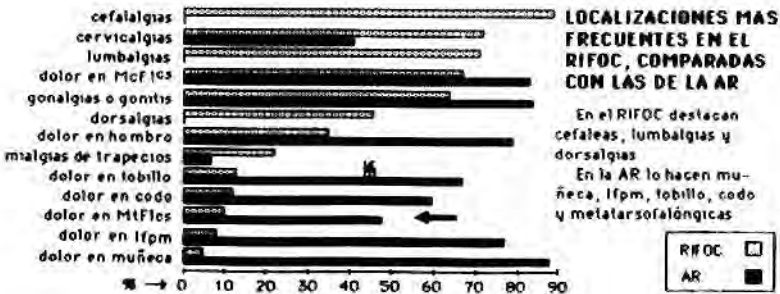
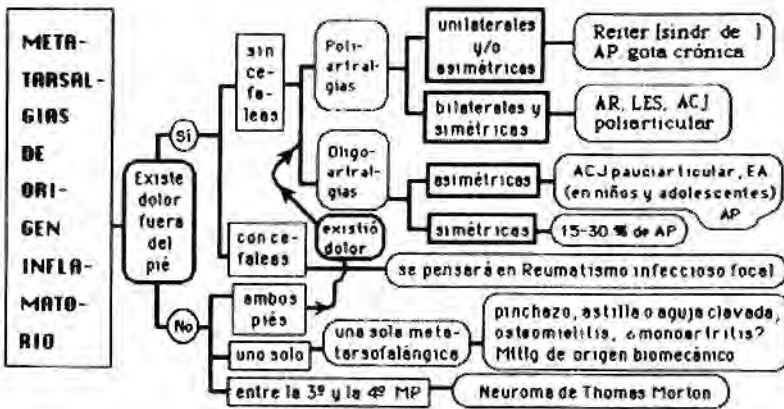
En resumen, la frecuente negatividad de la radiología no niega.

Ahora entramos en el DIAGNOSTICO DIFERENCIAL propiamente dicho de las metatarsalgias de origen inflamatorio.

1. Ante cualquier mttlg o bien monoartritis subaguda se debe preguntar por dolores anteriores en otros lugares. En caso de haber existido, dichos síntomas, todos, los anteriores y los actuales, se considerarán como pertenecientes a una afección sistémica recidivante extendida en el tiempo.

2. Toda metatarsalgia coincidente con cefaleas descarta la AR, la AP, el LES, cuando aún está sin complicaciones neuropáticas, el síndr. de Reiter, y cualquier tipo de ACJ.

3. En el paciente que inició el cuadro siendo mayor de 16 años, se descarta cualquier tipo de ACJ.



Entre el RIFOC y la AR existen diferencias en cuanto a la localización de los dolores. En el gráfico con barras de dos tonos de gris se aprecian las frecuencias de las zonas dolorosas afectadas.

La radiología en la AR es negativa en cualquier parte corporal en un 80% de casos durante el primer año de evolución. Por ello la radiografía no nos

permite un diagnóstico precoz. Además, las lesiones a nivel de la quinta cabeza, que hace un tiempo se daban como específicas de la AR, hoy se sabe que no lo son. Todo ello confirma la dificultad del diagnóstico diferencial a través del pie.

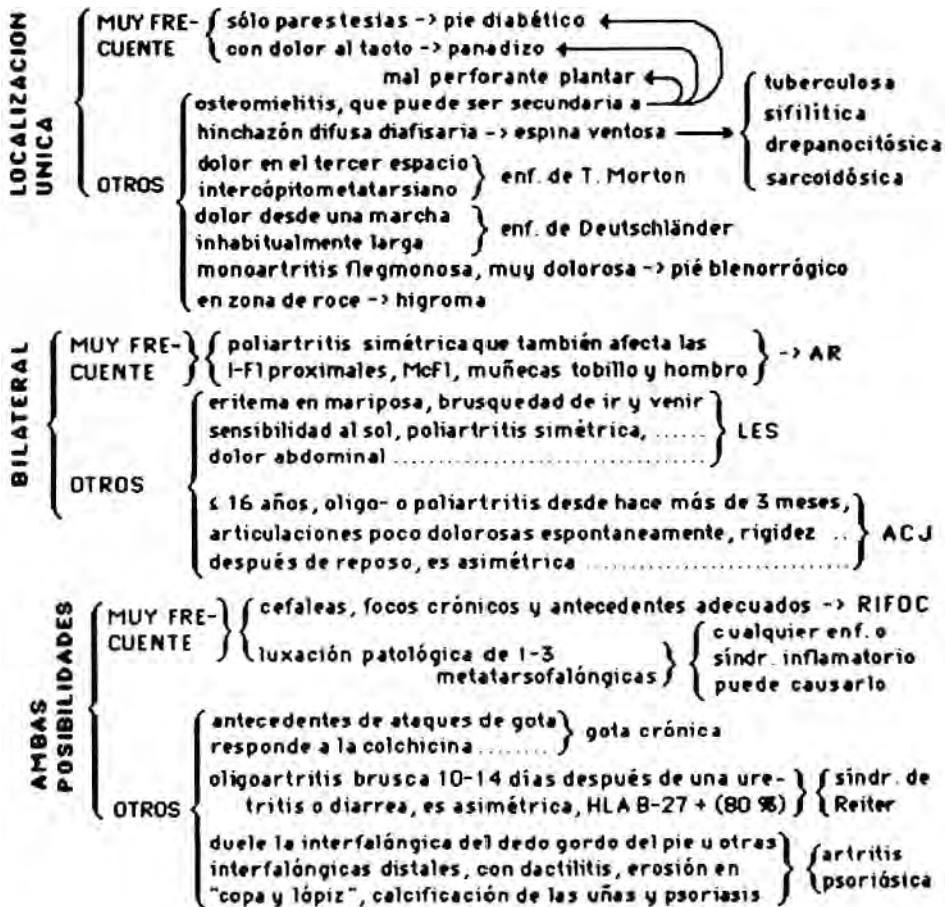
En la siguiente tabla el signo x significa «sí», «a menudo sí» o «a veces».

| DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE LA ARTRITIS REUMATOIDEA (AR) Y EL REUMATISMO INFECCIOSO FOCAL CRONICO (RIFOC) con exclusión de la localización de los dolores CLINICA | ARTRITIS REUMATOIDEA | RIFOC |
|---|----------------------|--------------|
| afecta articulaciones simétricas | si | eg no |
| dolor abdominal en % | no [#] | 17 |
| el paciente es friolero-caluroso, en % | alguna vez | 62-57 |
| pruritos en % | no | 64 |
| aftas y halitosis en % de cada | rara vez | 69 y 58 |
| constipación en % | no en especial | 84 |
| equimosis y púrpura en % | sólo casos graves | 60 |
| vértigos o sensación vertiginosa | no | 76 |
| retrasos evocación en % | no | 92 |
| escotomas centelleantes % | no | 47 |
| escotomas negros o grises en % | no | 36 |
| parafasias en % | no | 78 |
| parafasias escritas en % | no | 54 |
| el paciente tiembla al asustarse, en % | raro | 72 |
| muestra defectos de atención en % | no | 86 |
| retrasos de evocación, 1 min., 1 hora, 1 día, % | no | 92 |
| propensión a vómitos de comida o biliosos, en % | no | 49 |
| disgeusia, en % | no | 67 |
| los AINE no actúan o poco | poco en severos | x |
| remite y ataca sin control | av | x |
| recidivante | av | x |
| recurrente | fr | tardío |
| LABORATORIO | | |
| anemia | eg | rara |
| Latex y Waaler-Rose + | 50% | 4% |
| RADIOLOGIA | | |
| geodas _____ erosiones en estiloides → | fr | raras |
| _____ cubital y pequeños huesos de la muñeca → | fr | muy raras |
| afecta las interfalángicas proximales | fr | muy rara vez |

NOTA: Abreviaturas empleadas en las tablas sobre todo y algunas en el texto: 1ras = primeras, ACJ = artritis crónica juvenil, AP = Artritis psoriásica, AR = artritis reumatoidea, EA = espondilitis anquilosante, eg = en general, g ≥ = gammaglobulina algo aumentada o normal, (Gaenslen) = signo de Gaenslen, Ifpm = interfalángica proximal de la mano, LES = lupus eritematoso sistémico, MCP = metacarpofalángicas, MTP = metatarsofalángicas, Mtt = metatarsiano, Mttlg = metatarsalgia, psbl = posible, PIP = interfalángica proximal de la mano, PM = polimiositis, RIFOC = Reumatismo Infeccioso Focal Crónico, síndr. = síndrome, T. Morton = Thomas Morton.

Las diferencias con el síndrome de Reiter se hallan en la siguiente tabla.

| DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE | REITER | RIFOC |
|---|-----------------|--------------------|
| Primeros antecedentes, inicio | cercanos; agudo | lejanos; insidioso |
| Antecedentes de uretritis o diarrea | sí | 1º, psbl; 2º, no |
| Cefaleas | no | sí |
| Oligoartritis asimétrica | sí | a veces |
| Poliartralgias, monoartritis y mialgias | posible (psbl) | sí |
| Atrofia del cuádriceps | sí | no |
| Dolor abdominal espasmódico | rarisimo | algo frecuente |



CAUSAS POR LAS QUE ALGUIEN NO CREE EN EL RIFOC

Ante una metatarsalgia, la anamnesis se efectúa de forma insuficiente, no pensando en la posibilidad de una enfermedad sistémica.

Lo mismo ocurre con los antecedentes familiares. Se centran en el motivo de muerte o la existencia de otras enferme-

dades, por ejemplo: hipertensión, intervención de hernia, cardiopatía isquémica, fractura del cuello de fémur u otras. Nada de ello nos orienta.

Uno de los padres pudo haber padecido toda su vida de cefaleas que, de no preguntarlo, no se mencionan. Eso sí que nos orienta. Las cefaleas pueden llegar a ser totalmente invalidantes y continuas,

día y noche, con ligeras variaciones de intensidad y provocando vómitos a menudo.

Interesa preguntar la posible existencia de los síntomas destacados del RIFOC en padres, hermanos e hijos. Aquí la anamnesis o es meticulosa y dirigida o no aclara nada.

Algunos médicos no suelen hallar focos en estos pacientes...

Hablando de los amigdalares, confían en la visualización y suele considerar normales. Pero no los suelen apretar.

Se dice: "Aún extirpando amígdalas e incluso progresivamente otros focos, estos pacientes no curan". En todo caso se olvida la inmunodeficiencia existente que facilita la infección de la herida quirúrgica antes de cicatrizar.

Es muy diferente la curación de una amigdalectomía, que recibe continuamente el aire respirado y a ratos el tránsito de las comidas y bebidas, de la de una laparotomía cuidadosamente aislada de todo contacto.

La búsqueda de sinusitis se efectúa por transiluminación y radiografías para senos. Marañón, hablando de la presencia de sinusitis maxilar crónica, en la pag. 458 dice: "La presión sobre el maxilar superior es dolorosa". Y hablando de la transiluminación, la exploración por el especialista y las radiografías de senos, dice en la misma pag. "he visto bastantes casos ciertos, en los que estas exploraciones eran negativas". Tampoco se suelen apretar los senos.

Pensando en otitis media, se puede hallar algún caso de tímpano perforado, pero suele ser normal y no abombado. Resultado: se cree que no existe nada. Pero, ello no niega una otitis media crónica. Esta sólo se halla por presión del trago y descartando las otras dos posibilidades, lo que no se suele practicar.

Tiflitis crónica: ciertos dolores en fosa ilíaca derecha postapendicectomía desaparecen con la curación del RIFOC con tratamientos largos con antibiótico. Se suele decir: "la apendicitis crónica ya fue extirpada y el paciente no curó". Respuesta: "pero se dejó la tiflitis". La permanencia de un solo foco inutiliza cualquier cirugía de otros focos, estén donde estén, puesto que deja gérmenes dentro.

Normalmente, los focos crónicos no suelen causar fiebre, dolor local, etc. Algún paciente los ignora. A otros pacientes se les brinda una explicación a lo que sentían sin conocer la causa.

Se dice: "se hallan muy pocos signos a la exploración" o "a este paciente no se le encuentra nada", salvo en casos de artritis evidentes. Ello es cierto, si no se procede a una anamnesis dirigida y extensa, y si no se buscan focos crónicos sépticos con los dedos. En la creencia que existen pocos signos se pasa a confiar en los exámenes de laboratorio, en las radiografías u otras exploraciones... "El laboratorio de muchos de estos pacientes es normal", se dice. Pero, ¿que nos autoriza a negar un análisis normal?. Ello es como negar la presencia de un úlcus gástrico porque los análisis de sangre son normales.

"La radiología de muchos de estos pacientes es normal", o sea, no esclarece o desorienta. Pero decir que el paciente no tiene nada basándose en las radiografías normales, es como negar un primer ataque evidente de gota porque no se aprecia ninguna geoda en la radiografía.

Se dice: "se trataron los focos con antibiótico y el enfermó no curó". En tal caso se suelen referir a antibioterapia que duró entre cinco días a tres semanas seguidas. Ello es evidente y natural tratándose de focos crónicos. Nadie pretenderá curar un proceso tuberculoso o micótico en tres semanas, y menos en un paciente inmunodeficiente.

De focos purulentos de este tipo, los cirujanos y cirujanos ortopédicos encuentran de vez en cuando algún caso, con supuraciones intermitentes que no se resuelven con diversas tandas de antibioterapia previo antibiograma. Siempre que ello ocurra, se debe pensar en inmunodeficiencia.

La antibioterapia debe continuarse el tiempo necesario, a menudo muchos meses, cambiando el antibiótico cada mes.

La inmunodeficiencia debe tratarse también con vacunas polivalentes. Las gammaglobulinas resultaron inoperantes.

Ciertos cirujanos, sin preguntar mas, tienden a buscar una deformidad que justifique la cirugía. Y, si se plantea que el paciente padece o ha padecido de otros dolores, se suelen inhibir y se deciden por operar un discretísimo Hallux valgus, un dedo en martillo o una alineación de cabezas metatarsianas, y dejan el resto a la "deriva". Ello es menos oportuno aún, cuando se trata de intervenir de hallux valgus una mujer joven que padece condrocalcinosis (Denis) o en caso de AR activa que se inicia.

Si se interviene sin preguntar mas al paciente que sólo se queja de metatarsalgia, pero que en realidad tiene otras dolencias, la intervención sólo resuelve una mínima parte del problema y los dolores persisten o cambian de lugar. En general no se conoce la evolución porque el paciente va a consultar a otro medico.

En caso de un paciente que cuenta bastantes síntomas compatibles con ansiedad, cuando no se halla nada a la exploración en análisis y radiología, se deduce que no padece nada orgánico y se manda al siquiatra. Cuatro años despues del tratamiento siquiatrico, se encuentra peor porque la enfermedad ha empeorado espontáneamente.

Ante una imagen radiológica sospechosa de tumor óseo, si se efectúa un tratamiento antisifilítico y el paciente cura, se acepta que se trataba de sífilis y no de un tumor.

Lo mismo, si se trata el RIFOC con tratamiento digamos adecuado y se cura en un tiempo suficiente en relación con su cronicidad, quedando el paciente liberado de todas sus molestias, incluida la metatarsalgia, parece evidente que se había acertado el diagnóstico y el tratamiento. Sobre todo en casos ya tratados por otros medios durante años, sin alivio o con un alivio mínimo.

Si persistimos en pensar "el RIFOC no existe...!", quedan cuatro puntos oscuros por explicar:

1. ¿Por que algo que "no existe" desaparece con toda su sintomatología, incluyendo la metatarsalgia, cuando estos pacientes se tratan adecuadamente y durante el tiempo suficiente?

2. ¿Por que estos pacientes no responden a otros tratamientos incluso aplicados largo tiempo?

3. ¿Por que, una vez que el paciente se encuentra liberado de dolores, incluyendo la metatarsalgia, si abandona totalmente el tratamiento adecuado, aquello que "no existe" reaparece con toda la sintomatología, incluyendo su metatarsalgia, tal y como la padecía antes el mismo paciente?, Ello ocurre por el factor hereditario.

4. ¿Es imaginable que una personalidad de la categoría de Marañón creyese en algo que "no existe", como son los focos crónicos, la intoxicación focal y el "reumatismo infeccioso de origen focal" (pag. 460, punto A 4), tal como se aprecia en su libro de diagnóstico diferencial que fue traducido a mas de diez lenguas?.

Luego, ¡el RIFOC existe!.

BIBLIOGRAFIA

AHO K et al : Reactive arthritis. Clin Rheum Dis 11:25-40,1985.

DRONFIELD MW et al: Coincident salmonella infections and ulcerative colitis: problems of recognition and management. Br Med J, 1:99-100,1974.

GYGGES GRW: enfermedades del tejido conectivo. Traducida de la 3ª ed. inglesa. Ediciones Consulta S.A. Barcelona, 1987.

GYGGES GRW: Les polyarthrites rhumatoides sont-elles des maladies infectieuses?. EULAR Bull 10:38-41, 1981.

MARAÑÓN G: Manual de Diagnóstico Etiológico 5ª ed. Espasa Calpe, S.A. Madrid, 1950.

MIELANDS et al: Comunicación en el Congreso Internacional de reumatología celebrado en Israel el Nov. del 1986.

MOLERES FERRANDIZ R: Artritis reactivas. HLA-B27 negativas. Ann. Méd-Quirurg. de las Enf. Osteoartic., 3:84-88,1984.

TAYLOR-ROBINSON S. et al: Salmonella Infection por and colitis ulcerosa. The Lancet, 1:1.145,1989.