



Medicinas alternativas y complementarias en pacientes con neoplasias linfoides

Sr. Editor: Hemos leído con sumo interés el artículo de Bruguera et al¹ recientemente publicado en MEDICINA CLÍNICA.

El uso de las medicinas alternativas y complementarias (MAC) es un tema importante en oncología. Se estima que las utiliza el 31% del total de pacientes en todo el mundo, el 84% de los niños con neoplasias² y el 56,6% de pacientes con leucemia³. Su impacto económico es considerable pero su eficacia está por determinar^{4,5}.

A continuación detallamos los datos obtenidos por nuestro grupo en pacientes con neoplasias linfoides, y hacemos algunas consideraciones sobre una cuestión tan relevante en la actualidad.

Durante los meses de febrero y marzo de 2004 se evaluó a un total de 87 pacientes (50 mujeres y 37 varones) afectados de neoplasias linfoides (linfoma, 73; mieloma, 14) que recibían atención en el Servicio de Hematología y que se encontraban en fases distintas de la enfermedad. La intención del estudio fue determinar la difusión de este tipo de prácticas y productos entre nuestros pacientes, así como sus actitudes, percepciones y patrones de uso. A los participantes se les solicitó que respondieran de forma voluntaria un cuestionario autoadministrado y anónimo acerca de diversos aspectos de la utilización de MAC.

Un total de 67 pacientes (77%) reconoció haber utilizado o estar utilizando algún tipo de MAC. Los productos más utilizados fueron: manzanilla (83,5%), tila (67,1%), valeriana (20,8%), jalea real (20,8%), lecitina de soja (19,4%), té verde (16,4%), levadura de cerveza (10,4%), germen de trigo (10,4%), ginseng (8,9%) y aloe (7,4%); menos del 5% de los encuestados consume uña de gato, hierba de San Juan (hipérico), equinácea, extracto de semilla de uva, cardo mariano, graviola y marihuana. Entre las prácticas más utilizadas se encontraron oración (16,4%), relajación (11,9%), masajes con aceites (11,9%) e imposición de manos (4,4%); menos del 3% de los encuestados utilizan meditación, yoga, imaginación guiada, psicoterapia, tratamiento cognitivo-conductual, grupos de apoyo, homeopatía, quiropráctica, acupuntura y visita a un curandero. No se han referido visualización, hipnosis, *biofeedback*, musicoterapia, cromoterapia, reflexología, shiatsu o terapias a través del humor, del movimiento y la danza o por Internet. Los encuestados reconocen que buscan un complemento para la medicina tradicional (25,3%), combatir los efectos secundarios de los tratamientos (20,8%) o tener control sobre la propia enfermedad (10,4%) y no adoptar una conducta pasiva ante ella (23,8%); otros motivos son contentar a los familiares (5,9%) o pensar que su curación será más rápida (22,3%). En ningún caso pretendían sustituir a la medicina tradicional. Sólo el 29,8% conocía claramente el significado de los términos «medicina alternativa y complementaria». El 77,7% desconocía la cualificación profesional del personal que le suministraba productos o aplicaba los tratamientos de MAC. Un 55,1% considera que el sistema público de salud debería financiar este tipo de prácticas.

Este estudio aporta datos sobre la utilización de MAC por parte de pacientes afectados de neoplasias linfoides en España. La prevalencia de uso es muy alta debido, sobre todo, al empleo de nervinas (manzanilla, tila, valeriana); aunque su consumo es muy frecuente entre la población general, creemos que los trastornos de ansiedad y digestivos asociados a la quimioterapia y a la propia enfermedad también influyen en su elevada utilización. En la actualidad, la práctica de técnicas de MAC no es muy frecuente en este grupo de pacientes, pero probablemente aumente, al igual que en otros países⁶, debido al interés que muestran los pacientes por ellas (un elevado porcentaje opina que debería estar financiado por el sistema público de salud), incluso a pesar de los riesgos⁷ y de las percepciones negativas que los médicos tienen de ellas⁸. Sólo una cuarta parte de los usuarios de MAC recibe información de los profesionales y el resto a través de periódicos, televisión e Internet, lo que puede representar un problema de garantía de calidad de la información⁹. Se ha podido constatar una elevada desinformación, hasta de aspectos tan relevantes como el conocimiento de la cualificación profesional de las personas que les suministran o aplican técnicas de MAC. Los medicamentos para el tratamiento del cáncer sólo se utilizan después de estudios de seguridad y eficacia. Es responsabilidad de la comunidad médica educar no sólo sobre el beneficio de la medicina basada en la evidencia sino también sus riesgos, ya que puede producir interacciones con los tratamientos en curso¹⁰; es conocido, por ejemplo, que el hipérico interactúa con el citocromo hepático P450 y que el cardo mariano inhibe la actividad de CYP3A4.

Los profesionales debemos realizar el esfuerzo necesario para mejorar nuestro conocimiento de las MAC y la formación de los pacientes; las MAC que demuestren su eficacia y seguridad deberían poder integrarse al cuidado de los pacientes con cáncer.

Antonia García-Nieto,
Francisco Javier Capote Huelva,
María del Carmen Fernández Valle
y José Luis Gil García

Grupo Síndromes Linfoproliferativos.
Proyecto Andaluz de Investigación (PAI-CTS-490).
Servicio de Hematología y Hemoterapia.
Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. España.

1. Bruguera M, Barrera JM, Ampurdanés S, Foros X, Sanches Tapias JM. Utilización de las medicinas alternativas y complementarias por los pacientes con hepatitis C crónica. *Med Clin (Barc)* 2004;122:334-5.
2. Richardson MA, Straus SE. Medicina complementaria y alternativa: oportunidades y retos en la investigación y el tratamiento del cáncer. *Semin Oncol* (ed. esp.) 2003;2:455-68.
3. Gupta M, Shafiq N, Kumari S, Pandhi P. Patterns and perceptions of complementary and alternative medicine (CAM) among leukaemia patients visiting haematology clinic of north Indian tertiary care hospital. *Pharmacoeconomics and Drug Safety* 2002;11:671-6.
4. Cassileth BR, Deng G. Complementary and alternative therapies for cancer. *The Oncologist* 2004;9:80-9.
5. Linde K, Riet G, Hondras M, Vickers A, Saller R, Melchart D. Systematic reviews of complementary therapies – an annotated bibliography. Part 2: Herbal Medicine. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2001;1:5.
6. Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Appel S, Wilkey S, Rompay MV, et al. Trenches in alternative

medicine use in the United States, 1990-1997. Results of a follow-up National survey. *JAMA* 1998;280:1569-75.

7. Ernst E. Intangible risks of complementary and alternative medicine. *JCO* 2001;19:2365-6.
8. Hyodo I, Eguchi K, Nishina T, Endo H, Tanimizu M, Mikami I, et al. Perceptions and attitudes of clinical oncologists on complementary and alternative medicine. A nationwide survey in Japan. *Cancer* 2003;97:2861-8.
9. Ernst E. The current position of complementary/alternative medicine in cancer. *Eur J Cancer* 2003;39:2273-7.
10. Coppes MJ, Anderson RA, Egeler RM, Wolff JE. Alternative therapies for the treatment of childhood cancer. *N Engl J Med* 1998;339:846-7.



Fasciolosis hepática: algunas consideraciones sobre su diagnóstico y complicaciones

Sr. Editor: La conferencia clinicopatológica discutida de forma brillante por Ciera et al¹, y con el diagnóstico clínico de fasciolosis hepática, suscita algunas consideraciones de interés. Como expone la Dra. Miquel en la discusión anatomopatológica, en España existen zonas endémicas en el norte peninsular; sin embargo, no han sido excepcionales los brotes epidémicos familiares en áreas rurales de la zona centro, uno de ellos descrito por nuestro grupo hace más de 20 años². Además de la anemia, otras complicaciones sistémicas pueden aparecer asociadas a la parasitosis. En nuestros pacientes encontramos diversos fenómenos trombóticos venosos sistémicos. En un caso motivo de fallecimiento y en otros con resolución tras una larga evolución³. La hipereosinofilia asociada a la parasitosis podría favorecer un estado procoagulante y protrombótico en estos pacientes⁴, como se ha descrito en otras entidades.

Sin embargo, discrepamos de la afirmación de la Dra. Miquel sobre la certeza del diagnóstico obtenido mediante serología. Aunque las diversas técnicas serológicas mediante ELISA, *Western blot* o hemaglutinación ofrecen valores de sensibilidad superiores al 90%, su especificidad es inferior y las reacciones cruzadas entre los antígenos excretorios o secretorios de diversas parasitosis son frecuentes^{5,6}. Por ello, consideramos que el diagnóstico definitivo sólo se puede obtener mediante la demostración del parásito o sus huevos. Dado que en la fase aguda no es frecuente la presencia de huevos del parásito en las heces, y tampoco es fácil demostrar su presencia en las muestras tisulares de la fase crónica, en ocasiones es necesario recurrir a técnicas invasivas para la demostración de *Fasciola*. Entre ellas, la colangiografía retrógrada endoscópica con el examen de la bilis permite la visualización del propio parásito o sus huevos. Sin embargo, esta técnica resulta laboriosa y no está exenta de complicaciones. Es por lo que nuestro grupo desarrolló una técnica diagnóstica basada en el examen del aspirado biliar obtenido mediante endoscopia tras el estímulo con colecistoquinina⁷, que se utilizó en 2 pacientes y permitió obtener el diagnóstico de certeza.

Aunque en el caso discutido la existencia de una serología positiva junto con las lesiones histológicas sugestivas permite establecer el diagnóstico, la realización de una técnica como el

estudio del aspirado biliar tras el estímulo con colecistoquinina podría haber contribuido a establecer el diagnóstico definitivo, obviando la realización de una biopsia hepática y sus posibles complicaciones.

Juan José Ríos Blanco,
Francisco Javier Barbado Hernández,
Jorge Gómez Cerezo y
Juan José Vázquez Rodríguez

Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario La Paz. Madrid. España.

1. Cirera I, Arguis P, Miquel R. Mujer de 66 años con astenia y eosinofilia. *Med Clin (Barc)* 2004; 123:31-7.
2. Peña JM, Barbado FJ, Vázquez JJ, Gómez L, Gil A, Arnalich F, et al. Fasciolosis hepática: análisis de cinco casos y presentación de complicaciones no descritas. *Gastroenterol Hepatol* 1982;5:381-6.
3. Ríos JJ, Barbado FJ, Suárez I, Gómez Cerezo J, López M, Cuesta E, et al. Mujer de 27 años con eosinofilia y trombosis de vena cava [en prensa]. *Rev Clin Esp* 2004.
4. Vázquez JJ, Fernández Pavón F, Arnalich F, Gil A, López Pastor M, García Muñoz M, et al. Coagulation abnormalities in patients with eosinophilia. *Postgrad Med J* 1987;63:943-5.
5. Arjona R, Riancho J, Aguado J, Salesa R, González-Macías J. Fasciolosis in developed countries: a review of classic and aberrant forms of the disease. *Medicine (Baltimore)* 1995;74:13-21.
6. Romasanta A, Romero JL, Arias M, Sánchez-Andrade R, López C, Suárez JL, et al. Diagnosis of parasitic zoonoses by immunoenzymatic assays-analysis of cross-reactivity among the excretory/secretoary antigens of *Fasciola hepatica*, *Toxocara canis*, and *Ascaris suum*. *Immunol Invest* 2003; 32:131-42.
7. Gómez Cerezo J, Ríos JJ, Ladrón C, Barbado FJ, Vázquez JJ. Biliary aspiration after administration of intravenous cholecystokinin for the diagnosis of hepatobiliary fasciolosis. *Clin Infect Dis* 1998;26: 1009-10.



Nuevas propuestas para mejorar la publicación de estudios clínicos

Sr. Editor: Recientemente se ha publicado la propuesta TREND (Transparent Reporting of Evaluations with Nonrandomized Designs)¹ que, al igual que la propuesta CONSORT (Consolidated Standards of Reporting Trials)², contiene una lista de comprobación de 22 ítems y diagramas de flujo para clarificar las condiciones de la intervención en estudios sobre intervenciones en salud pública que usan diseños no aleatorizados³. Tal como se hizo con CONSORT, los autores animan a los lectores a enviar sus comentarios (correo electrónico: TREND@cdc.gov; web: <http://www.TREND-statement.org>). Tras esta fase de ajuste y correcciones, la propuesta TREND podrá ser adoptada por las revistas científicas en sus instrucciones para los autores, como lo fue en su día la propuesta CONSORT.

Aparte de CONSORT y TREND, la propuesta STARD (Standards for Reporting of Diagnostic Accuracy)⁴ apareció en 2003 con el objetivo de mejorar las publicaciones sobre estudios de técnicas diagnósticas. Contiene una lista de comprobación de 25 ítems y un modelo de diagrama de flujo con información sobre el reclutamiento de pacientes, el orden de ejecución de la prueba y el número de pacientes evaluados con el test de prueba o con el patrón de referencia. Una nueva propuesta aún

no publicada y disponible sólo en formato web (<http://www.assert-statement.org>) es ASSERT (A Standard for the Scientific and Ethical Review of Trials). La propuesta ASSERT contiene una lista de comprobación con ítems sobre aspectos éticos universales en ensayos clínicos tales como su valor social/científico, su validez científica, la adecuada selección de los sujetos, la relación riesgo/beneficio favorable o el respeto hacia los sujetos de estudio. Esta propuesta se recomienda para promotores de ensayos clínicos a la hora de redactar protocolos de investigación, pero también se señala su utilidad en la posterior comunicación de los resultados. En el año 2003 se publicó también una propuesta (esta vez sin usar un acrónimo) para establecer un adecuado marco de evaluación de los aspectos éticos en los ensayos clínicos publicados⁵.

Vicente Alfaro

Departamento de Fisiología. Facultad de Biología.
Universidad de Barcelona. Barcelona. España.

1. Des Jarlais DC, Lyles C, Crepaz N. Improving the reporting quality of nonrandomized evaluations of behavioral and public health interventions: the TREND statement. *Am J Public Health* 2004;94: 361-6.
2. Moher D, Schulz KF, Altman DG. The CONSORT statement: revised recommendations for improving the quality of reports of parallel-group randomised trials. *Lancet* 2001;357:1191-4.
3. Kirkwppd B. Making public health interventions more evidence based. *BMJ* 2004;328:966-7.
4. Bossuyt PM, Reitsma JB, Bruns DE, Gatsonis CA, Gasziou PP, Irwig LM, et al. Towards complete and accurate reporting of studies of diagnostic accuracy: the STARD initiative. *BMJ* 2003; 326:41-4.
5. Bernstein M, Upshur RE. Framework for bioethical assessment of an article on therapy. *J Neurosurg* 2003;98:485-90.



Trombosis venosa y esfuerzo

Sr. Editor: He leído con interés la carta de Aguinaga Badiola et al¹ titulada «Tromboflebitis toracoepigástrica secundaria a ejercicios de estiramiento muscular», recientemente publicada en la Revista. Creo que es un caso interesante e impecablemente descrito, por lo que felicito a los autores. Mi pequeño comentario es que la patogenia de la aparición de la trombosis venosa superficial toracoabdominal de este paciente recuerda sobremanera a la de la denominada trombosis venosa axilsubclavia de esfuerzo o síndrome de Paget-Schroetter, entidad en la que ocurre una trombosis venosa profunda del eje axilsubclavio después de la realización de un ejercicio físico, por lo general vigoroso y prolongado, en el que interviene el miembro superior, y se han descrito casos en relación con actividades tales como cortar con un serrucho, practicar lucha o artes marciales, jugar al tenis o al squash, hacer gimnasia con aparatos, levantar pesas, realizar labores de peluquería, conducir vehículos pesados entre otras, en individuos que no tenían estado alguno de hipercoagulabilidad ni trombofilia, congénita ni adquirida²⁻⁹. En un porcentaje significativo de estos pacientes se identifican anomalías anatómicas del desfilar torácico que provocan compresión de la vena subclavia, circunstancia que, sin embargo, no aparece en todos los casos. Anecdótica-

mente se han detectado factores congénitos, como la presencia del factor V de Leiden¹⁰. Es muy probable que en estos casos de trombosis venosa relacionada con el esfuerzo, ya sea localizada en el eje venoso axilsubclavio (síndrome de Paget-Schroetter) o en las venas toracoepigástricas, la lesión del endotelio vascular producida por el ejercicio sea la desencadenante del fenómeno trombótico. Este hecho nos hace recordar los 3 mecanismos patogénicos para la trombosis que postuló Rudolf Virchow en 1856: estasis sanguínea, cambios en la pared vascular y cambios en la composición de la sangre, que son universalmente conocidos como la tríada de Virchow. Aunque hoy día gran parte del interés por el estudio de la patogenia de la trombosis venosa parece estar enfocado en los cambios en la composición de la sangre, no deberíamos olvidar, como pone de manifiesto este caso, la importancia de las alteraciones del endotelio vascular que ya señaló el sabio alemán hace casi 150 años.

Luciano López Jiménez

Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

1. Aguinaga Badiola JR, Zubillaga Insausti M, Aguinaga Badiola I. Tromboflebitis toracoepigástrica secundaria a ejercicios de estiramiento muscular. *Med Clin (Barc)* 2004;122:239.
2. Gil Romero J, Ferrer Puchol MD, Blanquer Olivass J, Esteban Hernández J, García Fuster MJ, Guijarro Rosaleny J. Trombosis de esfuerzo axilsubclavia. Características más relevantes. *An Med Interna (Madrid)* 1999;16:394-7.
3. Martinelli I, Cattaneo M, Panzeri D, Taioli E, Mannucci PM. Risk factors for deep venous thrombosis of the upper extremities. *Ann Intern Med* 1997;126:707-11.
4. Del Arco Galán C, Aguilar R, Suárez Fernández C. Trombosis venosa profunda del miembro superior: estudio de 10 casos. *Med Clin (Barc)* 1991;96:769-71.
5. Prandoni P, Polistena P, Bernardi E, Cogo A, Casara D, Verlato F, et al. Upper-extremity deep venous thrombosis. Risk factors, diagnosis, and complications. *Arch Intern Med* 1997;157:57-62.
6. Hurlbert SN, Rutherford RB. Primary subclavian-axillary vein thrombosis. *Ann Vasc Surg* 1995;2:217-23.
7. Haire WD. Arm vein thrombosis. En: Tapson VF, Fulkerson WJ, Saltzman HA, editors. Venous thromboembolism. *Clin Chest Med* 1995;16:341-51.
8. Adelman MA, Stone DH, Riles TS, Lamparello PJ, Giangola G, Rosen RJ. A multidisciplinary approach to the treatment of Paget-Schroetter syndrome. *Ann Vasc Surg* 1997;11:149-54.
9. Zell L, Kindermann W, Marschall F, Scheffler P, Gross J, Buchter A. Paget-Schroetter syndrome in sports activities – case study and literature review. *Angiology* 2001;52:337-42.
10. Sayinalp N, Özcebe OI, Kirazli S, Dogan R, Dunder SV, Gurgey A. Paget-Schroetter syndrome associated with FV: Q506 and prothrombin 20210A- a case report. *Angiology* 1999;50:689-92.



Anemia e insuficiencia cardíaca

Sr. Editor: En un interesante artículo de Urrutia et al¹ y en el editorial² acompañante publicados recientemente en MEDICINA CLÍNICA, se aborda el problema de la anemia en pacientes con insuficiencia cardíaca. El porcentaje de enfermos con anemia (30%) en la serie de Urrutia et al es elevado. Sin embargo, tal como ellos reconocen, se trata de enfermos seleccionados procedentes de una consulta externa