

## Terapias alternativas en reumatología. Usos y abusos

C. Alegre de Miquel

Unidad de Reumatología. Hospitals de la Vall d'Hebron. Barcelona.

«I didn't say it was good for you»  
 the King replied.  
 «I said there was nothing like it»

Lewis Carroll, *A través del espejo*

Con esta frase empezaba, hace 17 años, un Boletín de la Arthritis Foundation sobre los tratamientos controvertidos para la artritis<sup>1</sup>. Entonces se afirmaba que el 94% de los pacientes habían utilizado al menos 13 tratamientos sin aval de su eficacia y se discutía sobre el importante coste económico y el riesgo a que se exponían los pacientes.

Un año antes, en 1983, publicamos en esta revista nuestra propia estadística de la utilización que hacían los enfermos reumáticos de lo que llamábamos «paramedicina»: el 54% habían sido tratados con pulseras magnéticas, curanderos, masajistas/quiropaxia, naturistas/homeópatas, magnesio o acupuntura<sup>2</sup>; nuestros datos se aproximan más a los comunicados este año en el congreso de la ACR en pacientes con artritis reumatoide (AR), lupus eritematoso sistémico (LES) y artrosis<sup>3-5</sup>.

Cuando hablamos de terapias alternativas (TA) no nos referimos a los tratamientos inútiles, es decir, aquellos ineficaces o de complacencia, ni al exceso de tratamiento (sobreexploraciones, alargamiento de ingresos, etc.), ni a los tratamientos innecesarios, ni al engaño médico que implica mala fe en la totalidad o en parte del tratamiento con la que están relacionadas algunas de estas terapias, pues todo ello entraría en el capítulo de mala praxis médica.

Consideramos TA los tratamientos que están fuera de la corriente científica o la medicina tradicional y que no tienen una eficacia clínica probada. No hay que negar que muchos de estos tratamientos hacen que el paciente se encuentre mejor y pueda asumir y luchar con más eficacia contra su enfermedad crónica. Sin embargo, debe indicarse que un 14% abandonan el tratamiento convencional

con el grave riesgo que ello supone, y que un 26% podrían no consultar con su médico la aparición de efectos adversos provocados por la TA<sup>6</sup>.

En los diversos estudios sobre la TA, no se encuentran suficientes datos de eficacia para los tratamientos con nitroimidazoles, con el láser, con el dimetil sulfóxido o con los venenos de abeja, hormiga o serpiente; el de hormiga demostró una actividad anticomplemento *in vitro* pero los valores en plasma de los pacientes no cambiaron<sup>7</sup>.

En cuanto a los tratamientos basados en cambios nutricionales, hay evidencias de que la malnutrición, el déficit de cinc o las dietas bajas en grasas y pobres en calorías pueden influir en la respuesta inmune, pero no se ha demostrado que esto comporte cambios clínicos objetivos, por lo que no parece que exista una recomendación especial para aconsejar a nuestros pacientes ninguno de estos tratamientos, incluido el ajo, al cual son tan aficionados. Las hierbas, los tratamientos homeopáticos y los micronutrientes son potencialmente peligrosos, y algunos intrínsecamente tóxicos, como se evidenció en un paciente con LES que desarrolló una insuficiencia renal por un tratamiento basado en la planta *uncaria tormentosa*, comúnmente llamada garra de gato<sup>8</sup>. Algunos productos procedentes del arsenal herbolario sí parecen tener una cierta utilidad terapéutica: *Harpagophytum procumbens* ha demostrado una discreta eficacia analgésica, *Urtica dioica* tiene un futuro prometedor como fármaco antiinflamatorio al inhibir tanto la vía de la lipooxigenasa como la de la ciclooxigenasa, y *Tripterygium wilfordii* Hook F (TwHF), utilizado en millones de pacientes, ha demostrado una intensa eficacia inmunosupresora y antiinflamatoria relacionada con la inhibición de la interleucina 2, el interferón gamma, el PGE2 y el óxido nítrico<sup>9</sup>; el extracto de jengibre reduce los síntomas de la artrosis de rodilla<sup>10</sup>. Sin embargo, estos tratamientos no pueden competir con los fármacos sintéticos en caso de dolor importante pero sí pueden ser útiles en casos de dolor leve o como coadyuvantes asociados al tratamiento antiinflamatorio en casos de dolor crónico moderado-grave, permitiendo reducir las dosis de estos últimos y con ello minimizar sus posibles efectos secundarios<sup>8</sup>.

Correspondencia: Dr. C. Alegre de Miquel.  
 Unidad de Reumatología. Hospitals de la Vall d'Hebron.  
 Barcelona.

Recibido el 10-1-2002 y aceptado el 16-1-2002.

Lo mismo ocurre con los minerales o vitaminas, que se han postulado como coadyuvantes en el tratamiento tanto de la artritis como de la artrosis. Pero tampoco en este caso hay estudios suficientes para recomendarlos a todos nuestros enfermos.

La acupuntura puede ser eficaz para aliviar el dolor, pero no hay diferencias significativas respecto a los grupos placebo, tanto en la artrosis como en las lumbalgias. La quiropraxia y la fisioterapia son igual de efectivas y marginalmente mejores que entregar un folleto sobre lumbalgia, pero ambas terapias son significativamente más caras que el folleto. La gravedad de los efectos adversos de las manipulaciones ha sido exagerada, el aumento de la sintomatología sólo se produce en un 2% de los casos y las lesiones medulares o la muerte son extraordinariamente bajas: 0,0001%<sup>11</sup>.

El número de remedios en TA para la artritis es inmenso. Existen más de 130 modalidades de tratamientos y más de 500 productos<sup>11</sup>; incluso ha sido analizada la eficacia de las novenas y rezos: los años de vida de los sacerdotes son similares a los de médicos o abogados, pero en un grupo de niños con leucosis sobrevivieron a los 15 meses más los que sus familias rezaban diariamente que los que no (7/10 contra 2/8); el estudio atribuyó este hecho a la suerte<sup>1</sup>. En artritis, se observó una mejora significativa ( $p < 0,0001$ ) en cuanto a dolor, fatiga, situación funcional, dolor articular, inflamación y fuerza de prensión de la mano durante un período de seguimiento de 12 meses en el grupo que recibía «oficios» religiosos<sup>13</sup>.

Resumiendo un poco la ingente información aparecida sobre TA en el tratamiento de los procesos reumáticos, podríamos clasificar éstos de la forma siguiente:

- Pueden ser de ayuda: aceites de pescado, glucosamina, extracto de jengibre, balnearios, yoga e intervenciones mente-cuerpo.
- Necesitan más investigaciones: acupuntura, colágeno, diacereína, hierbas medicinales, manipulaciones, S-metil-adenosina, vitaminas.
- Probablemente inútiles: muchos antibióticos, cetil-miristolato, pulseras de cobre, DMSO, homeopatía, magnetoterapia, cartílago de tiburón, dietas especiales (ajo), venenos, cinc.

Existe una creencia común de que la TA es empleada por la población con menos cultura y con enfermedades banales o con gran carga psicológica. Sin embargo, en el reciente congreso de la Sociedad Americana de Reumatología una de las comunicaciones demostraba que la TA era utilizada por el 82% de los individuos de raza blanca y sólo por un 58% de los de raza negra. Si observamos el uso de TA en los diferentes reumatismos, constatamos que en el LES se utilizan estas terapias cuanto más sintomático es, cuanto mayor nivel cultural

posee el paciente y mayor edad tiene; en la AR su uso es más frecuente que en la artrosis (63% frente al 54%), y más del 38% de los pacientes con artritis han utilizado, además, 3 o más tipos de TA<sup>3-5</sup>.

¿Cuál ha de ser nuestra actitud frente a los enfermos crónicos que nos explican que se han sometido o quieren someterse a un tratamiento no reglado? El código deontológico define que «el médico debe hacer lo posible para mantener o establecer la salud y es su garantía» Como parte de esta garantía, debemos orientar al enfermo sobre lo que es adecuado, conveniente, indiferente, inocuo, peligroso o perjudicial, frente a una propuesta de someterse a una TA.

El acto médico debe basarse fundamentalmente en criterios científicos, pero también hay que tener en cuenta las preferencias del paciente, y éste debe poder escoger entre las diferentes opciones.

El código deontológico del Colegio Oficial de Médicos de Barcelona dice en su artículo 43: «El médico no empleará procedimientos ni prescribirá medicinas con las cuales no esté debidamente familiarizado y que no estén basadas en la evidencia científica o en la eficacia clínica, aunque el paciente las acepte»<sup>4</sup>.

Hay casos especiales de entidades de las que desconocemos su tratamiento, como podría ser la fibromialgia. En esos casos creo que la actitud de Wolfe es la que, en mi opinión, me parece más justa: «Se han de utilizar todos los medios disponibles de rehabilitación que estén cubiertos por la sanidad, los beneficios que podríamos obtener fuera de la misma no son seguros, ni está comprobada su eficacia, y causan un perjuicio económico»<sup>5</sup>.

Recientemente, vivimos en nuestro país la introducción de un compuesto descrito como multiiónico con supuestas propiedades de mejorar la sintomatología de la fibromialgia. Nuestro desafío no es tanto reconocer a éste u otras TA, sino cómo afrontarlas de una forma objetiva, creíble, responsable, respetuosa y sensible hacia las necesidades de nuestros pacientes. Como manifiesta la ACR, los remedios deben ser analizados, ignorarlos no sería respetuoso para nuestros pacientes y sería imprudente por nuestra parte<sup>16</sup>.

Los médicos debemos estar informados sobre las TA, evaluarlas de forma científica y estudiar de manera rigurosa todas las hipótesis que puedan mejorar nuestros conocimientos y tratamientos.

## Bibliografía

1. Panush RS. Controversial arthritis remedies. *Bull Rheumatic Dis* 1984;34:5.
2. Alegre C, Fernández O. Paramedicina en enfermos reumáticos. *Rev Esp Reumatol* 1983;10:68-69.
3. Shadick NA, Boening A, Bombardier C, Massaroti EM, Gergersen PK, Formica C, et al. Use of complementary and al-

- temative medicine (CAM) among patients with early rheumatoid arthritis (RA): preliminary results from the Sonora study. *Arthritis Rheum* 2001;44:S320.
4. Fautrel B, Pierre Y St, Rozember S, Rossignol M, Bourgeois P, Adam V, et al. Use of complementary and alternative medicine (CAM) by patients with chronic back problems. *Arthritis Rheum* 2001;44:S319.
  5. Lesley WM, Castro R, Yocum DE. Use of complementary and alternative medications in primary osteoarthritis. *Arthritis Rheum* 2001;44:S133.
  6. Kramer N. Why I would not recommend complementary or alternative therapies: A physician's perspective. *Rheum Dis Clin North Am* 1999;25:823-31.
  7. Caldwell JR. Venoms, cooper, and zinc in the treatment of arthritis. *Rheum Dis Clin North Am* 1999;25:919-28.
  8. Ernst E, Chrubasik S. Phyto-anti-inflammatories: A systemic review of randomized, placebo-controlled, double-blind trials. *Rheum Dis Clin North Am* 2000;26:13-27.
  9. Tao X, Lipsky PE. The chinese anti-inflammatory and immunosupresibe herbal remedy. *Tripterygium Wildfordii* Hook F. *Rheum Dis Clin North Am* 2000;26:29-50.
  10. Altman RD, Marcussen KC. Effects of Ginger extract on knee pain in patients with osteoarthritis. *Arthritis Reum* 2001;44:2531-38.
  11. Fiechtner JJ, Brodeur RR. Manual and manipulation techniques for rheumatic diseases. *Rheum Dis Clin North Am* 2000;26:183-96.
  12. Ramos-Remus C, Gutiérrez-Ureña S, Davis P. Epidemiology of complementary and alternative practices in rheumatology. *Rheum Dis Clin North Am* 1999;25:789-804.
  13. Matthews DA. Prayer and spirituality. *Rheum Dis Clin North Am* 2000;26:177-87.
  14. Moreto J, Voltas D, Cararach V, Monés J. Algunes reflexions vers els tractament fútils, sobretractaments, aferrisament terapèutic i engany mèdic. *Ann Med* 2001;84:235-6.
  15. Berman BM, Swyers JP. Complementary medicine treatments for fibromyalgia syndrome. En: Woolf AD, editor. *Generalized musculoskeletal pain*. Ed. P. Croft, AJ Silman. *Clin Rheumatol* 1999;13:487-92.
  16. Panush RS. Complementary and alternative therapies for rheumatic diseases. *American College of Rheumatology position staments*. *Rheum Dis Clin North Am* 2000;26:189-92.