

SYMPOSIUM

SOBRE

CONCEPTOS ACTUALES EN ALGUNAS ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONJUNTIVO

El fin de este Symposium es el dar una idea al médico o al investigador del estado actual de nuestros conocimientos sobre las enfermedades del tejido conjuntivo sin pretender profundizar sobre sus procesos más complejos.

DRES: JAVIER ROBLES GIL

ISAAC COSTERO

LUIS MENDEZ

HERMAN VILLARREAL

LEIDO EN LA SESION EXTRAORDINARIA DE LA ACADEMIA
NACIONAL DE MEDICINA DEL 7 DE AGOSTO DE 1957

CONCEPTOS GENERALES SOBRE LAS ENFERMEDADES DEL
TEJIDO CONJUNTIVO FIBROBLASTICO

INTRODUCCION AL SYMPOSIUM

DR. JAVIER ROBLES GIL

Las enfermedades del tejido conjuntivo permanecieron ignoradas o mal conocidas por muchos siglos. Esto se debió principalmente a la falta de conocimientos anatómicos, bioquímicos y fisiopatológicos sobre los tejidos de origen mesenquimatoso y a lo complejo de la etiopatogenia de sus enfermedades.

Klinge en 1929 fué el primero en llamar la atención sobre el concepto de las enfermedades del tejido conjuntivo fibroblástico, en relación con la fiebre reumática. Posteriormente, también fueron incluídas dentro de dicho grupo: la artritis reumatoide, la periartritis nodosa, esclerodermia generalizada, dermatomiositis y el lupus eritematoso disseminado. Todas ellas son enfermedades sistémicas de etiopatogenia desconocida, con un proceso inmunológico muy complejo y diferente al de las otras entidades de la patología. Sus lesiones se caracterizan por presentar: necrosis fibrinoide, procesos proliferativos, fibrosos y residir en el tejido conjuntivo. Sus manifestaciones son de lo más numerosas y variables, dependiendo de lo extenso del ataque tisular, así como de su mayor o menor severidad en determinados sitios del tejido conjuntivo, vascular o visceral. Esto da lugar en algunas enfermedades a cuadros clínicos sumamente polimorfos, atípicos y difíciles de diagnosticar, con síntomas o signos comunes a todas ellas. Y ha ocasionado el que surjan diversas hipótesis etiopatogénicas, en cuanto a si obedecen a uno o diversos agentes etiológicos. Por lo tanto si deben ser con-

sideradas como verdaderas entidades patológicas o solamente como síndromes.

En los últimos años estas enfermedades han sido englobadas por Selye en el grupo de las enfermedades de adaptación. Caracterizadas todas ellas por una reacción endócrina, inespecífica y estereotipada a un stress constante y prolongado.

No es posible ahondar con detalle un tema tan vasto como el del presente trabajo. Por lo mismo solo se tratará de abordar los conocimientos más importantes y prácticos para el médico general, desechando el estudio de las teorías etiopatogénicas, que aunque interesantes de por sí, no suministrarán por el momento datos útiles para el mejor manejo de dichos enfermos.

Debido a que las lesiones son en todo el tejido conjuntivo fibroblástico y no sólo o principalmente en la fibra colágena, ya no se les debe designar enfermedades de la colágena. El mismo Klemperer nunca tuvo la intención de considerarlas como tales.

Este grupo de padecimientos es relativamente frecuente, aunque algunos de ellos, aislados puedan ser raros. Dicha morbilidad junto con su alta mortalidad, también son hechos que interesan al médico general ya que son fuente de gran sufrimiento, pérdida de vidas, de actividades humanas y de dinero.

Resulta conveniente analizar por separado algunas de las características anatomopatológicas, clínicas e inmunológicas de estas enfermedades para así tener un criterio correcto sobre su naturaleza y observar una conducta terapéutica apropiada.

Aunque las lesiones son comunes a todas las enfermedades del tejido conjuntivo, sin embargo, ciertas características permiten distinguirlas perfectamente entre sí. Dichas diferencias dependen:

1) De la mayor o menor intervención e intensidad de los diversos tipos de lesiones degenerativas, inflamatorias o proliferativas y su secuela: la fibrosis.

2) De la parte del tejido conjuntivo afectada; substancia fundamental, fibras colágenas, elásticas y reticulares, fibroblastos y diversos elementos celulares.

3) De si las lesiones son intravasculares o extravasculares. Las primeras pueden ser segmentarias o focales; arteriales, arteriolas o en venas. Las segundas difusas o focales.

4) De su mayor o menor localización en determinados órganos o tejidos. Aún dentro de lo extenso del ataque, puede haber cierta localización real o aparente por la mayor o menor severidad de las lesiones en determinado sitio.

CUADRO N° 1

SINTOMATOLOGIA DE LAS ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONJUNTIVO

ENFERMEDAD	S. GENERALES	PIEBRE	ARTICULARES	SEROSITIS	CARDIACO	RENAL	PULMONAR	DIGESTIVO	S. NERVIOSO	VASCULAR	PURPURA	DERMICAS	MUSCULAR	MUCOSAS	OCULAR	ADENITIS	ESPLENO-MEGALIA	NODULOS	HIPERTENSION	
PIEBRE REUMATICA	++	++	++	++	++	+	+	+	+	+	+	+	0	0	+	+	±	+	+	0
LUPUS BRITEMATOSO	+	+	+	+	++	++	++	±	++	++	++	++	+	++	+	++	++	+	+	+
FOLIARTE-RITIS NODOSA	+	+	±	+	+	++	+	+	+	++	+	+	+	0	0	+	±	+	+	++
DERMATO-MIOSITIS	+	+	±	±	±	±	0	++	0	+	+	++	++	+	0	+	+	+	+	0
ESCLERO-DERMIA	±	±	+	0	+	+	+	++	0	+	±	++	++	0	0	0	±	0	±	+
ARTRITIS REUMATOIDE	+	+	++	+	+	(=)	0	0	0	+	+	+	+	0	+	+	+	+	+	0

Desde el punto de vista clínico e inmunológico existen grandes semejanzas, pero también diferencias evidentes. Del estudio cuidadoso de las mismas pueden resultar conocimientos útiles para la mejor comprensión del tema.

En el Cuadro No. 1 se analizan dichos hechos.

La presencia de una manifestación está indicada por 1 + y su intensidad o severidad se encuentra graduada de 1 a 3 +.

Los síntomas o signos más característicos de las enfermedades se hallan encerrados en un cuadro. De dicho estudio se deduce que existen múltiples manifestaciones en común, pero en cada enfermedad hay diferencias básicas; ya sea por la intensidad, duración, época de aparición o aún naturaleza de las lesiones.

Los síntomas generales de enflaquecimiento, astenia, adinamia son habituales en la fiebre reumática y en el lupus. Menos frecuentes en las demás y poco comunes en la esclerodermia. Lo mismo se puede decir de la fiebre. Esta adquiere gran intensidad en el lupus.

Los síntomas reumáticos se encuentran en todas las enfermedades del sistema fibroblástico pero son típicas en la artritis reumatoide y fiebre reumática.

Las serositis son más comunes en la fiebre reumática y en el lupus y casi no existen en la esclerodermia.

El ataque cardio-vascular se presenta en todas. Sin embargo la endocarditis de la fiebre reumática con sus lesiones valvulares es especialmente característica.

El aparato renal se ve lesionado especialmente en el lupus, periarteritis nodosa y con menos frecuencia en la esclerodermia. Las lesiones vasculares glomerulares en "asa de alambre" aunque comunes a todas ellas, las distingue de las restantes.

El lupus eritematoso generalizado produce lesiones frecuentes y muy variadas del aparato pleuropulmonar. También la esclerodermia ocasiona procesos fibrosos del pulmón. Las neumonitis existen en la fiebre reumática y en el lupus. Tanto la dermatomiositis, como la esclerodermia se caracterizan por sus lesiones del aparato digestivo.

La encefalopatía reumática descrita por Costero y De Gortari se encuentra en la fiebre reumática. Los enfermos con lupus presentan con frecuencia accidentes vasculares cerebrales.

Todas las enfermedades del tejido conjuntivo tienen lesiones más o menos severas de su red vascular. La poliarteritis nodosa por afectar vasos de mayor calibre da lugar a síntomas más apreciables. El síndrome de Reynaud acompaña a la: esclerodermia, dermatomiositis y artritis reumatoide.

CUADRO N° 2

PRUEBAS DE LABORATORIO EN LAS ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONJUNTIVO

ENFERMEDAD	AGLUTINACION	ANTIESTRIPPTO. LISINA "O"	ANTIESTRIPPTO. LISINA "S"	ANTIESTRIPPTO. KINASA	ANTIESTRIPPTO. HIALURONIDASA	HEXOSAMINA	LUGOL	PROTEINAS			FRACCIONES PROTEICAS			LEUCOCITOSIS	EOSINOFILIA
								T	A	G	e	B	8		
F. E.	+	+	+	+	+	+	+	N	N	N	↑	↑	↑	N	0
L. E.	±	±	±	0	?	+	+	N	↓	↑	↑	N	↑	↓	0
P. N.	0	0	0	0	?	+	+	↑	N	↑	↑	↑	↑	↑	++
D. M.	0	0	0	0	?	+	+	N	N	↑	N	N	↑	N	-
E.	0	0	0	0	?	+	+	N	N	↑	N	N	↑	N	0
A. R.	+++	+	+	±	?	+	+	N	N	↑	↑	N	↑	N	±

Fenómenos purpúricos no son raros en el lupus, sobre todo cuando causa con trombocitopenia.

Las manifestaciones dérmicas no solamente existen en todas las enfermedades de este grupo, sino que en ocasiones pueden ser patognomónicas de algunas de ellas: lupus, esclerodermia, dermatomiositis. El tejido muscular se ve atacado especialmente en la dermatomiositis y en la esclerodermia en forma menos severa.

Existen otras lesiones y manifestaciones como: las oculares, de mucosas, de ganglios linfáticos, bazo etc., que ayudan al clínico en su orientación diagnóstica.

Desde el punto de vista inmunológico la presencia de anticuerpos y toxinas o antígenos del estreptococo hemolítico pueden inclinar hacia la fiebre reumática. En cambio la existencia de una prueba de aglutinación de eritrocitos de carnero sensibilizados, hace pensar en la artritis reumatoide. El hallazgo de células "L.E." aunque no específicas del lupus, tiene un gran valor en su diagnóstico. Las alteraciones del tejido conjuntivo fibroblástico ocasionan una serie de alteraciones hormonales protéicas comunes a todas estas enfermedades. Esas alteraciones se pueden poner de manifiesto por diversas pruebas: del lugol, D.P.A. (Difenilamida), Proteína C reactiva, determinación de hexosaminas, determinación de proteínas totales, y de sus fracciones etc.

En el cuadro No. 2 se pueden estudiar estos hechos, así como las alteraciones en ciertas células hemáticas: leucopenia, leucocitosis, eosinofilia.