

cartas al editor**Por “Emergencias y urgencias en Reumatología clínica”****(Arturi A. y cols. Revista Argentina de Reumatología 2017;28(4): 35-41)****Diana Dubinsky**

Jefa de Reumatología del Hospital de Clínicas José de San Martín, UBA.
Coordinadora de Reumatología, Sanatorio Güemes

Estimado Editor:

Hasta hace algunos años, no muchos, se decía que la Reumatología no tenía emergencias. Como excepción, se mencionaba la pérdida visual súbita de la arteritis temporal e incluso se sostenía que se diagnosticaba y trataba por teléfono. Actualmente, al priorizar en la formación del reumatólogo el abordaje clínico del paciente, se aprende a conocer las emergencias de cada enfermedad autoinmune, detectarlas y, más aún, anticipar su eventual presentación (“tenerlas en mente”) para optimizar su manejo rápido y adecuado.

Este tema es tan relevante en nuestra práctica diaria, que felicito a los autores por situarlo en el lugar que merece. El artículo en cuestión lista emergencias/urgencias abordándolo desde diferentes enfoques: general, por patología y por síntoma.

Pero, ¿es un listado de todas las situaciones necesario y suficiente para “tenerlas en mente”?

Un listado puede resultar exhaustivo pero no debe perderse el objetivo central de estar atentos a la ocurrencia de los signos y síntomas que marcan la emergencia.

Bella, citado por los autores, considera que “urgencias” son las situaciones que requieren una rápida consulta al especialista, lo que incluiría en esta definición muchas de las situaciones de nuestra práctica clínica.

A la necesidad de diferenciar entre emergencias y urgencias agregaría la importancia de aclarar si las manifestaciones clínicas de una enfermedad deben ser consideradas urgencias.

Por ejemplo, en el LES, el hallazgo de pericarditis o pleuritis, manifestación clínica que forma parte de los criterios diagnósticos, ¿es una emergencia/urgencia? En general, se caracterizan por ser leves a moderadas y responder al tratamiento antiinflamatorio y/o esteroideo.

La manifestación “monoartritis aguda” siempre es una urgencia médica en pacientes con enfermedades del tejido conectivo. Descartar la infección es clave con procedimientos estandarizados. Pero ¿la artritis, en el contexto de una enfermedad crística, es una situación de emergencia/urgencia o es la expresión clínica de la enfermedad?

Por ejemplo, diferenciar una pseudotromboflebitis por ruptura del quiste de Baker de una TVP es trascendental para su tratamiento correcto. Luego de diagnosticada ¿constituye una urgencia?

Incluso la fiebre, clara señal de alarma, puede ser una manifestación del cuadro clínico o una infección banal.

Esto no implica desjerarquizar o minimizar los síntomas. Muy por el contrario, sólo remarcar la importancia de detectarlos y analizarlos en el contexto clínico del paciente.

El objetivo del reumatólogo en formación es aprender a detectar cuándo el síntoma o las manifestaciones clínicas reúnen criterios de “urgencia” y requieren una internación temprana para diagnóstico y tratamiento.

El énfasis está en los síndromes clínicos que marcan la urgencia/emergencia, reconociendo que estas situaciones están imbricadas, con una línea demarcatoria difusa que hace que una manifestación clínica prevalente pueda

convertirse en una urgencia y está en una emergencia. Acompañar al paciente en este proceso es una de las tareas del reumatólogo clínico.

Considero que la subespecialización no aplica en la detección de la emergencia y su derivación a la internación en el momento oportuno. El manejo del paciente crítico con riesgo de vida (reumatológico o no) requiere de una sala de cuidados intensivos. La emergencia requiere el diagnóstico y siempre la hospitalización inmediata del paciente.

En el contexto de una emergencia/urgencia discriminaría diferentes escenarios:

1. Si está relacionada con actividad de la enfermedad reumatológica de base o es secundaria al daño acumulado por progresión o brotes sucesivos de la enfermedad de base y/o tratamiento inmunosupresor (corticoides fundamentalmente). El enfoque terapéutico es diferente.
2. El otro gran tema es la infección. Nuestros pacientes inmunocomprometidos por la enfermedad de base y por tratamientos inmunosupresores, especialmente corticoides prolongados, se infectan más, con gérmenes más agresivos que los patógenos habituales. Pensar sistemáticamente en TBC, hongos, parásitos y micobacterias atípicas. Muchos de los síntomas de estas infecciones semejan las manifestaciones clínicas de actividad de la enfermedad. Discriminar si el paciente está activo o infectado es decisivo ya que la conducta terapéutica es diametralmente opuesta.
3. Siempre valorar que el paciente puede estar activo e infectado simultáneamente y recibirá esquemas terapéuticos que contemplan ambas situaciones.
4. Toxicidad por drogas inmunosupresoras.
5. Cuadros no relacionados con la enfermedad de base (endocrinos, traumáticos, metabólicos, etc.).

Es necesario que el reumatólogo disponga de las herramientas necesarias para detectar la situación crítica que requiere hospitalización y diferenciar de cuadros que, a pesar de ser relevantes, pueden manejarse en su domicilio evitando el riesgo de infecciones intrahospitalarias y el impacto emocional de una internación. Y ante la duda siempre se deberá optar por la internación para preservar la integridad del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Bella M, Molinari R, Castello L, Sola D, Gibbin A, Guaschino G, et al. Profiling the patients visiting the emergency room for musculoskeletal complaints: characteristics and outcomes. *Clin Rheumatol*. 2016; 35:2835-2839.
- Lee J, Pope J. All-cause hospitalizations in systemic lupus erythematosus from a large Canadian referral centre *Rheumatology* 2013; 52: 905-909.
- Gutiérrez-González LA. Rheumatologic emergencies *Clin Rheumatol*. 2015; 34(12):2011-9.
- Richette P, Doherty M, Pascual E, Barskova V, Becce F. 2016 updated EULAR evidence-based recommendations for the management of gout. *Ann Rheum Dis* 2017; 76:29-42.