

ISSN 0304-4858 | e-ISSN 2173-2302

# Gaceta Médica de Bilbao

Revista Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Información para profesionales sanitarios  
Bilboko Medikuzientzien Akademiaren aldizkari ofiziala. Osasun langileentzako informazioa  
Official Journal of the Bilbao Academy of Medical Sciences. Information for health professionals

Vol. 121, No. 1. Enero-Marzo 2024  
121. Libur. 1. Zenb. 2024ko Urtarrila-Martxoa  
Vol. 121, No. 1. January-March 2024

Publicación incluida en:  
SCOPUS, Scimago Journal &  
Country Rank (SJR), NLM  
(NLMUID 7505493), Excerpta  
Medica Data Base (EMBASE),  
Google Scholar, DIALNET,  
Latindex, Inguma

Euskaraz dagoen lehen  
aldizkari zientifiko biomedikoa

Decana de las revistas  
médicas de España.  
Fundada en 1894



[www.acmbilbao.org](http://www.acmbilbao.org)

[www.gacetamedicabilbao.eus](http://www.gacetamedicabilbao.eus)

## COMPROMISOS IMQ

# Compromiso #3 Ponértelo fácil con soluciones digitales



Vídeo consulta



Oficina online



Chat médico



Tarjeta IMQ en el móvil

y muchos más en la APP de IMQ.



> Queremos comprometernos contigo.  
Descubre cómo.

Contrátalo en [imq.es](http://imq.es), en el 900 81 81 50 o en nuestra red de oficinas:

#### BIZKAIA

Máximo Aguirre, 18 bis, 48011  
Bilbao

#### GIPUZKOA

Plaza de Euskadi, 1, 20002  
Donostia

#### ARABA

Av. Gasteiz, 39, 01008  
Vitoria-Gasteiz

Ver condiciones generales de la póliza. RPS 122/20.

 **IMQ**  
Cuidamos de ti

# GACETA MÉDICA DE BILBAO



BILBOKO  
MEDIKU ZIENTZIEN  
AKADEMIA  
ACADEMIA DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
DE BILBAO

Revista Oficial de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao

## Director

Agurtzane Ortiz Jauregui

## Jefe de redacción

María Elena Suárez González

## Secretario de redacción

José Manuel Llamazares Medrano

## Consejo de redacción

Carmelo Aguirre  
Antonio del Barrio Linares  
Ángel Barturen Barroso  
Jacinto Bátiz Cantera  
Francisco L. Dehesa Santisteban  
Ana María García Arazosa  
M.<sup>a</sup> Carmen N. Espinosa Furlong  
Juan I. Goiria Ormazabal

Fco. Javier Goldaracena  
Adrian Aginagalde Llorente  
Juan Carlos Ibáñez de Maeztu  
José Manuel Llamazares  
Arsenio Martínez Álvarez  
Gabriel Martínez Compadre  
Agustín Martínez Ibargüen  
Alberto Martínez Ruiz

Julen Ocharan Corcuera  
Guillermo Quindós Andrés  
Alfredo Rodríguez Antigüedad  
Juan José Zarranz Imirizaldu  
José Luis Neyro Bilbao

## Junta de Gobierno (ACMB)

### Presidente

Agurtzane Ortiz Jauregui

### Vicepresidente Biología

M.<sup>a</sup> Isabel Tejada Mínguez

### Vicepresidente Farmacia

Juan Uriarte García-Borreguero

### Vicepresidente Medicina

Agustín Martínez Ibargüen

### Vicepresidente Odontología

Ana María García Arazosa

### Vicepresidente Veterinaria

Ramón Juste Jordán

### Secretario general

M.<sup>a</sup> Luisa Arteagagoitia González

### Secretario de actas

Miguel Ángel Ulibarrena Sainz

### Bibliotecario

Eduardo Areitio Cebrecos

### Tesorero

Víctor Echenagusia Capelastegui

### Jefe de redacción

Elena Suárez González

### Secretario de redacción

José Manuel Llamazares Medrano

### Vocales

Beatriz Astigarraga Aguirre

Eugenio Domínguez Zapatero

Lourdes Íscar Reina

Mikel Sánchez Fernández

Elixabete Undabeitia P. de Mezquia

Marcelo Calabozo Raluy

Alejandro de la Serna Rama

Arantza Fernández Rivas

Ana Gorroñogoitia Iturbe

### Expresidentes

Ricardo Franco Vicario

Juan Ignacio Goiria Ormazabal

Juan José Zarranz Imirizaldu

## Contacto

© Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.  
C/ Lersundi 9, 5.º. C. P. 48009 Bilbao. Bizkaia. España. Tel.: +(34) 94 423 37 68.  
Web: [www.acmbilbao.org](http://www.acmbilbao.org). E-mail: [academia@acmbilbao.org](mailto:academia@acmbilbao.org)

Envío de artículos a Gaceta Médica de Bilbao: [gacetamedicabilbao@acmbilbao.org](mailto:gacetamedicabilbao@acmbilbao.org)  
Web de la Gaceta Médica de Bilbao y normas de publicación: <http://www.gacetamedicabilbao.eus>

## Comité editorial internacional

### **Anestesia y Reanimación**

Juan Heberto Muñoz, D. F. México

### **Cardiología**

Carlos Morillo, Canadá

### **Ciencias de la Alimentación**

Flaminio Fidanza, Perugia, Italia

### **Cirugía Digestiva-Oncología**

Xavier de Aretxabala, Santiago, Chile

### **Cirugía Vascul y Angiología**

Gregorio Sicard, Washington, EE. UU.

### **Economía de la Salud**

Victor Montori, Mayo Clinic, EE. UU.

### **Farmacología Clínica**

Patrick du Souich, Montreal, Canadá

### **Gastroenterología**

Henry Cohen, Montevideo, Uruguay

### **Hematología**

Alejandro Majlis, Santiago, Chile

### **Hipertensión**

Antonio Méndez Durán, CDMX, México

### **Medicina Interna**

Salvador Álvarez, Mayo Clinic, EE. UU.

### **Medicina del Trabajo**

Pierre Brochard, Burdeos, Francia

### **Nefrología**

Ricardo Correa-Rotter, D. F. México

### **Neurología**

F. Barinagarrementeria, México

### **Odontología**

Enrique Bimstein, U. Florida, EE. UU.

### **Odontología Pediátrica**

Ana B. Fucks, Univ. of Hadassa, Israel

### **Psiquiatría**

Manuel Trujillo, Nueva York, EE. UU.

### **Radiodiagnóstico**

Ramiro Hdez., Ann Ridor, EE. UU.

### **Virología**

Luc Montaigner, París, Francia

## Comité editorial (presidentes de las secciones)

### **Alergología**

Pedro Gamboa Setién

### **Análisis Clínicos**

Paloma Liendo Arenaza

### **Anestesia y Reanimación**

Alberto Martínez Ruiz

### **Biología**

Nieves Zabala Arriaga

### **Cardiología**

Alain Laskibar Asua

### **Cirugía General-Laparoscopia**

Carlos Pérez San José

### **Cirugía Plástica**

Francisco J. García Bernal

### **Cirugía Vascul y Angiología**

Ángel Barba Vélez

### **Cuidados Paliativos**

Jacinto Bátiz Cantera

### **Dolor (Tratamiento del)**

María Luisa Franco Gay

### **Economía de la Salud**

Joseba Vidorreta Gómez

### **Educación Médica**

Jesús Manuel Morán Barrios

### **Emergencias y Medicina Crítica**

Gontzal Tamayo Medel

### **Endocrinología**

Yolanda García Fernández

### **Estudiantes de Medicina**

Iñigo Arroyo Pérez

### **Euskera y plurilingüismo**

Agurtzane Ortiz Jauregi

### **Farmacia**

Monike de Miguel

### **Gastroenterología**

Maite Bravo Rodríguez (Gastro. Viz.)

### **Geriatría**

Naiara Fernández Guitiérrez

### **Gestión y Calidad Asistencial**

María Luisa Arteagoitia

### **Ginecología y Obstetricia**

Álvaro Gorostiaga Ruiz-Garma

### **Hematología**

José Antonio Márquez Navarro

### **Historia ciencias de la salud**

Enrique Aramburu Araluce

### **Jóvenes-Residentes**

Iñigo Arroyo Pérez

### **Medicina del Trabajo**

Alberto Ojanguren

### **Medicina Deportiva**

José Antonio Lekue Gallano

### **Medicina Familiar**

José Manuel Llamazares Domingo

### **Medicina Física y Rehab.**

Eva Lomas Larrumbide

### **Medicina Interna**

Ricardo Franco Vicario

### **Medicina Legal y Forense**

Francisco Etxeberria Gabilondo

### **Nefrología-Hipertensión**

Rosa Inés Muñoz González

### **Neumología**

Isabel Urrutia Landa

### **Neurofisiología**

Silvia Taramundi Argüeso

### **Neurología**

José María Losada Domingo

### **Odontología**

Alberto Anta Escuredo

### **Oftalmología**

Nerea Martínez Alday

### **Oncología Médica**

Guillermo López Vivanco

### **Otorrinolaringología**

Arantza Ibargutxi Álvarez

### **Pediatría**

Jesús Rodríguez Ortiz

### **Psicosomática**

Isabel Usobiaga Sayés

### **Radiología/Diag. por la Imagen**

Arsenio Martínez Álvarez

### **Relaciones con Hispanoamérica**

José Luis Neyro Bilbao

### **Relaciones Internacionales**

Julen Ocharan

### **Reumatología**

Olaia Fernández Berrizbeitia

### **Salud Pública**

Enrique Peiró Callizo (Socinorte)

### **Salud y Medio Ambiente**

Enrique García Gómez

### **Salud Mental**

José Andrés Martín

### **Toxicomanías**

Javier Ogando Rodríguez

### **Traumatología**

Eduardo Álvarez Irusteta

### **Urgencias**

Patricia Martínez Olaizola

### **Urología**

José Gregorio Pereira Arias

### **Vacunas y Antimicrobianos**

Lucila Madariaga Torres

### **Valoración del daño corporal**

Fernando Loidi Yurrita

### **Veterinaria**

Medelin Ocejo Sianturu

# SUMARIO

Gaceta Médica de Bilbao



125 *urte / años*  
1895-2020

BILBOKO  
MEDIKU ZIENTZIEN  
AKADEMIA  
ACADEMIA DE  
CIENCIAS MÉDICAS  
DE BILBAO

Vol. 121, No. 1. Enero-Marzo 2024

121. Libur. 1. Zenb. 2024ko Urtarrila-Martxoa

Vol. 121, No. 1. January-March 2024

## Original / Originala / Original

**Tratamiento del prurigo nodular con Dupilumab: Nuestra experiencia**  
**Prurigo nodulararen tratamendua Dupilumabekin: Gure esperientzia**  
**Treatment of prurigo nodularis with Dupilumab: Our experience**

Aramburu-González Aida, Julià-Manresa Marc et al .....01

## Nota clínica / Ohar klinikoa / Clinical note

**Interposición colónica retroesternal sin esofagectomía en paciente VIH positivo con estenosis esofágica compleja**

**GIB positiboa duen eta hestegorriko estenosi konplexua duen pazientearengan esofagektomiarik gabeko interposizio koloniko erretresternala**

**Retrosternal colonic interposition without esophagectomy in an HIV positive patient with complex esophageal stricture**

Abud-Flores Saida-Anyul, Flores-Calderón Bryan-Yair et al ..... 10

**Shock hipovolémico secundario a un aborto a 50 minutos de un hospital. A propósito de un caso**

**Shock hipobolemiko sekundarioa ospitale batetik 50 minutura dagoen abortu batean. Kasu bati dago-kionez**

**Hypovolemic shock secondary to an abortion 50 minutes from a hospital. About a case**

Blanco-Fuentes Urko..... 19

## Art. Especial / Art. Berezia / Special. Art.

**Cáncer de mama: la importancia de la información y del lenguaje en la relación médico-paciente**

**Bularreko minbizia: informazioaren eta hizkuntzaren garrantzia medikuaren eta pazientearen arteko harremanean.**

**Breast Cancer: The Importance of Information and Language in the Doctor-Patient Relationship**

López-Ruiz José-Antonio, Mieza-Arana Juan-Antonio .....22

**Abordar la crisis de la sanidad pública**

**Osasun publikoaren krisiari heltzea**

**Addressing the crisis in public healthcare**

Bengoia Rafael.....28

**Antihistamínicos oftálmicos en la alergia ocular y el síndrome de ojo seco**

**Antihistaminiko oftalmikoak konjuntibitis alergikoan eta begi lehorraren sindromean**

**Antihistamine eye drops in ocular allergy and dry eye syndrome**

Jáuregui-Presa Ignacio, Arrien-de Lecea Angel et al.....30

**Los cirujanos Bulucua de Busturia**

**A saga of novelist surgeons in Busturia: the Bulucua.**

Gondra-Rezola Juan..... 39

**«Que cambiar el mundo, amigo Sancho, no es locura ni utopía, es justicia»**

Bilbao-Soto Aurora .....47



Sala de Prensa online

inicio

quienes somos

servicios

clientes

trabaja con nosotros

nota 2.0

contacto



## Comunicación Sanitaria

## Especialistas

en comunicación sanitaria y  
en la difusión de congresos  
de ciencias de la salud  
desde 1996

más información

Comunicación  
Sanitaria

amplia especialización

Comunicación  
en Congresos

más de 100 gestionados

Comunicación  
de Crisis

pautas de gestión

Formación  
de Portavoces

expertos en comunicar

Gabinete  
de Prensa

gestión de medios

Creación  
de Líderes

de opinión / referentes

Consultoría  
Estratégica

de comunicación

Oficinas centrales. Plaza de San José 3, 1.º dcha. 48009 Bilbao (Bizkaia). Tel.: (+34) 94 423 48 25.

E-mail: [info@docorcomunicacion.com](mailto:info@docorcomunicacion.com). Web: <http://www.docorcomunicacion.com>

Bilbao | Madrid | Vitoria-Gasteiz | México | Brasil



## Tratamiento del prurigo nodular con Dupilumab: Nuestra experiencia

Aramburu-González Aida<sup>a</sup>, Julià-Manresa Marc<sup>b</sup>, Izu-Belloso Rosa<sup>b</sup> y Ratón-Nieto Juan-Antonio<sup>a</sup>

(a) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces. Hospital Universitario Cruces. Servicio de Dermatología. Bilbao, España

(b) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Bilbao-Basurto. Hospital Universitario Basurto. Servicio de Dermatología. Bilbao, España

Recibido el 28 de noviembre de 2023; aceptado el 18 de enero de 2024

### Resumen:

#### Introducción:

El prurigo nodular (PN) es una enfermedad cutánea pruriginosa y debilitante que se caracteriza por presentar nódulos cutáneos hiperqueratósicos. Se trata de una neurodermitis con una necesidad terapéutica no satisfecha que puede impactar significativamente en la calidad de vida de los pacientes.

#### Objetivos:

El objetivo del estudio es evaluar la eficacia de dupilumab en adultos con PN refractario a otros tratamientos sistémicos.

#### Material y métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo en pacientes adultos diagnosticados de PN en el Hospital Universitario Basurto y el Hospital Universitario Cruces que inician tratamiento con dupilumab desde junio de 2020 hasta noviembre de 2021 con un seguimiento de 24 semanas. La severidad del PN se evaluó mediante el BSA (escala de superficie corporal), el IGA (escala de evaluación global del investigador), el NRS (escala de calificación numérica de prurito), la escala de insomnio y el DLQI (índice de calidad de vida en Dermatología).

#### Resultados:

Seis pacientes con PN (100% mujeres; edad media= 52 años; rango 44- 66 años) fueron tratadas con dupilumab. En todos los casos se observó una mejora significativa en la

### PALABRAS CLAVE

Prurigo.  
Eczema.  
Prurito.  
Terapia.

escala del prurito, insomnio, el índice de calidad de vida, el área de superficie corporal afecta y la escala de evaluación global del investigador tras el tratamiento con dupilumab.

**Conclusiones:**

Dupilumab puede ser una opción de tratamiento eficaz y seguro para el PN crónico refractario a tratamientos convencionales

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

**GILTZA-HITZAK**

Prurigo.  
Ekzema.  
Azkura.  
Terapia.

**Prurigo nodularren tratamendua Dupilumabekin: Gure esperientzia****Laburpena:****Sarrera:**

Prurigo nodularra (PN) larruazaleko gaixotasun pruriginoso eta ahulgarri bat da, larruazaleko nodulu hiperkeratosikoak dituena. Neurodermitis bat da, eta behar terapeutiko ez-ase bat du, pazienteen bizi-kalitatean eragin nabarmena izan dezakeena.

**Helburuak:**

Estudio honen helburua dupilumab-aren eraginkortasuna beste tratamendu batzuetarako PN erregogorra duten paziente helduetan ebaluatzea da.

**Materiala eta metodoak:**

Atzera begirako estudioa egin zen, Basurtuko Unibertsitate Ospitalean eta Gurutzetako Unibertsitate Ospitalean, PN diagnostikatutako paziente helduetan, dupilumab bidezko tratamendua 2020ko ekainetik 2021eko azarora arte hasi eta 24 asteko jarraipenarekin. PNren zorrotasuna honako hauen bidez ebaluatu zen: BSA (gorputzaren azaleraren eskala), IGA (ikertzailearen ebaluazio globalaren eskala), NRS (azkuraren kalifikazio numerikoaren eskala), insomnio-escala eta DLQI (Dermatologiako bizi-kalitatearen indizea).

**Emaitzak:**

PN duten sei paziente (% 100 emakumeak; batez besteko adina = 52 urte; maila: 44-66 urte) dupilumabekin tratatu ziren. Kasu guztietan hobekuntza nabarmena ikusi zen azkuraren eskalan, insomnioan, bizi-kalitatearen indizean, gorputz-azaleraren eremuan eta ikertzailearen ebaluazio-escala globalean, dupilumab bidezko tratamenduaren ondoren.

**Ondorioak:**

Dupilumab tratamendu konbentzionaletarako PN kroniko erregogorriko tratamendu eraginkor eta segurua izan daiteke.

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

**KEYWORDS**

Prurigo.  
Eczema.  
Pruritus.  
Therapy.

**Treatment of prurigo nodularis with Dupilumab: Our experience****Abstract:****Introduction:**

Prurigo nodularis (PN) is a pruritic and debilitating skin disease characterized by hyperkeratotic cutaneous nodules. It is a neurodermatitis with an unmet therapeutic need that can significantly impact the quality of life of patients.

**Objectives:** The aim of the study is to evaluate the efficacy of dupilumab in adults with PN refractory to other systemic treatments.

**Material and methods:**

A retrospective study was performed in adult patients diagnosed with PN at Ba-

surto University Hospital and Cruces University Hospital who started treatment with dupilumab from June 2020 to November 2021 with a follow-up of 24 weeks. The severity of PN was assessed using the BSA (body surface area scale), the IGA (investigator's global assessment scale), the NRS (numerical rating scale of pruritus), the insomnia scale and the DLQI (Dermatology quality of life index).

**Results:**

Six patients with PN (100% female; mean age= 52 years; range 44- 66 years) were treated with dupilumab. Significant improvement in pruritus scale, insomnia, quality of life index, body surface area affected and investigator's global assessment scale was observed in all cases after treatment with dupilumab.

**Conclusions:**

Dupilumab may be an effective and safe treatment option for chronic PN refractory to conventional treatments.

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

**Introducción.**

El prurigo nodular (PN) es una enfermedad cutánea pruriginosa debilitante con una necesidad terapéutica no satisfecha que puede impactar significativamente en la calidad de vida de los pacientes. Se trata de una neurodermitis donde el ciclo prurito-rascado perpetúa las lesiones nodulares. Los mecanismos que desencadenan el PN son aún desconocidos. Los estudios sugieren la implicación en su patogénesis de los linfocitos Th2 [interleucina 4 (IL-4) e interleucina 13 (IL-13)] mostrando en diferentes estudios la eficacia del bloqueador de IL-4 e IL-13 (dupilumab) en el tratamiento del PN<sup>1,2,3,4</sup>.

Las lesiones cutáneas que presentan los individuos afectados de PN varían tanto en tamaño, desde unos pocos milímetros hasta 2-3 cm de diámetro, como en número, desde unas pocas hasta cientos. Los nódulos pueden ser normocoloreados, eritematosos o hiperpigmentados (según el tipo de piel) y, por lo general, se ubican en disposiciones lineales simétricas a lo largo de las superficies extensoras<sup>1,3</sup>. El PN tiene cierta predilección por los pacientes de edad avanzada y las personas de piel oscura, en particular las personas de ascendencia africana. Aunque la enfermedad afecta a pacientes de ambos sexos, algunas investigaciones sugieren que las mujeres pueden tener una frecuencia de afectación más elevada<sup>3</sup>.

El diagnóstico del PN es clínico, basado en una historia de prurito severo crónico y el hallazgo clínico de lesiones nodulares excoriadas características, a menudo distribuidas simétricamente. Una biopsia de piel no se realiza de forma rutinaria para confirmar el diagnóstico. Sin embargo, puede estar indicada en casos en los que el diagnóstico clínico está en duda o hay una mala respuesta a las terapias de primera línea<sup>3,4</sup>.

El diagnóstico diferencial se realiza principalmente con otras entidades clínicas que pueden manifestarse de forma similar como son las dermatosis

perforantes, el penfigoide nodular, la sarna nodular, los queratoacantomas múltiples, el liquen plano hipertrófico y la epidermólisis ampollosa pruriginosa<sup>3</sup>.

El tratamiento del PN exige un abordaje multidisciplinar, siendo un reto para el dermatólogo ya que las opciones efectivas son limitadas. Los tratamientos están destinados a interrumpir el ciclo prurito-rascado y a conseguir el aplanamiento de las lesiones cutáneas<sup>1,4</sup>. A pesar de la escasez de datos sólidos, revisiones recientes han proporcionado un algoritmo de tratamiento y resúmenes de tratamientos basados en la evidencia<sup>2</sup>.

El tratamiento convencional incluye terapias tópicas como los corticosteroides, los inhibidores de la calcineurina, los agentes anestésicos tópicos, fototerapia y terapias sistémicas anti-pruriginosas como la gabapentina, los antidepresivos, los antagonistas opiáceos y los inmunosupresores<sup>1</sup>. Sin embargo, estos tratamientos no suelen conseguir el control de la enfermedad, lo que ha conducido a emplear fármacos fuera de ficha técnica como es el dupilumab; un anticuerpo monoclonal aprobado para el tratamiento de la dermatitis atópica que parece ser efectivo y seguro en el tratamiento del PN.

**Material y métodos.**

Se realiza un estudio observacional descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de PN en el Hospital Universitario de Basurto y el Hospital Universitario de Cruces que inician tratamiento con dupilumab desde junio del 2020 hasta noviembre 2021 con un seguimiento de 24 semanas.

Entre los parámetros subjetivos medibles, se tuvo en cuenta, el nivel de picor, medido con la Escala de Calificación Numérica (NRS), antes y después del tratamiento (16 y 24 semanas), la NRS se calificó de 0, sin picor, a 10, siendo un picor insufrible. Se tuvo en cuenta otro parámetro para evaluar la calidad de vida, como es el Índice de Calidad de Vida en Der-

matología (DLQI), para determinar la reducción real del picor (rango 0-30) y la escala de insomnio, de 0 sin repercusión a 10 un insomnio total. Respecto a los parámetros objetivos, se empleó el BSA (área de superficie corporal) y el IGA (escala de evaluación global del investigador) con valores medidos en la semana 0, 16 y 24.

### Resultados.

Se evaluaron un total de seis pacientes con una edad comprendida entre 44-66 años (mediana de 52), siendo el 100% de los casos mujeres. Tres de las pacientes presentaban diagnóstico desde la infancia de dermatitis atópica. Dos pacientes asociaban asma, dos rinitis y una alergia a ácaros y polvo. Las lesiones de prurigo nodular se manifestaban con pápulas y nódulos cupuliformes con ulceración central que

afectaban predominantemente de forma bilateral y simétrica las caras extensoras de las extremidades superiores e inferiores y el tronco.

Destacar que una de las pacientes de nuestra serie presentaba afectación de las plantas de los pies; localización poco habitual en el PN. Todas las pacientes, hasta ese momento, habían utilizado emolientes, corticoides tópicos y terapia inmunosupresora sistémica, incluyendo glucocorticosteroides, y ciclosporina, logrando sólo una mejoría escasa y transitoria.

Así mismo 5 de las 6 pacientes (83,30%) recibieron fototerapia, 4 pacientes metotrexato (66,60%) y el 16,6% medicación fuera de ficha técnica, (omalizumab, ustekinumab, talidomida y antidepresivos). El PN era crónico en todos los casos con una mediana de duración de 8,3 años (rango 3-18 años) Las características basales de todas ellas se detallan en la tabla I.

**Tabla I**  
Características basales de las pacientes.

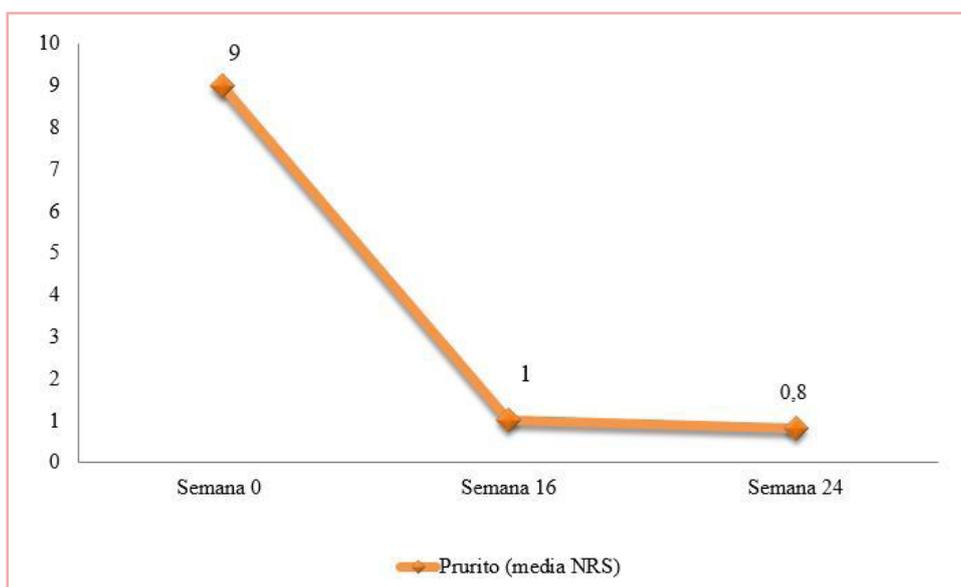
Paciente	Sexo	Edad (años)	Comorbilidades	Dermatitis atópica	Tratamientos previos	Tiempo de evolución (años)
1	Femenino	48	Alergia ácaros y polvo, asma	Si	Tratamientos locales, fototerapia, MTX, CsA, omalizumab, ustekinumab	10
2	Femenino	57	-	Si	Tratamientos locales, fototerapia, MTX, CsA, talidomida	3
3	Femenino	51	-	No	Tratamientos locales, fototerapia, MTX, CsA	18
4	Femenino	66	-	Si	Tratamientos locales, fototerapia, CsA	8
5	Femenino	44	Rinitis	No	Tratamientos locales, fototerapia, MTX, CsA	7
6	Femenino	47	Rinitis, asma	No	Tratamientos locales, CsA, antidepresivos	1

CsA, ciclosporina; MTX, metotrexato.

Debido al mal control de la enfermedad a pesar de los tratamientos previamente descritos, se decidió iniciar en todas ellas dupilumab, en pauta de dosificación estándar con inyecciones subcutáneas de 600 mg de dosis de inducción seguidas de 300 mg cada dos semanas.

Las pacientes experimentaron una reducción del prurito a las pocas semanas de iniciar el tratamiento con una mejoría progresiva hasta la semana 16 y mantenida en el tiempo (Fig. 1). En la semana 16 de seguimiento el tamaño global y el número de lesiones de PN disminuyeron notablemente, así como los valores en las escalas de medición subjetivas del prurito (NRS),

insomnio y en el DLQI. Al inicio (semana 0), la puntuación media del DLQI fue de 20, el valor de NRS de 9 y una media de insomnio de 7,5. Todas las pacientes tuvieron una mejora temprana; y después de 16 semanas de seguimiento, la puntuación media del DLQI se redujo a 2,3, el NRS a 1, y el insomnio a 0 (Fig. 2). En el seguimiento a las 24 semanas los valores medios de las tres escalas se redujeron a 1, 0,8 y 0, respectivamente, con una remisión clínica casi completa. (Fig. 3 y 4) Respecto a los valores medios iniciales de BSA (media de 39,2) e IGA (media de 3,8), se obtuvo tanto en la semana 16 como en la 24 una mejoría evidente con cifras de BSA de 8,5 y 3,3 y un IGA de 1 y 0,6 respectivamente (Fig. 5).



**Figura 1.** Nivel de prurito (media NRS). Mejoría significativa de los valores medios en la escala NRS del prurito en la semana 16 tras inicio de dupilumab, consolidándose esta mejoría a las 24 semanas de tratamiento.

Se realizó una distinción entre aquellas pacientes que presentaban dermatitis atópica asociada con las que no la presentaban, observando mejoría en ambos grupos, pero con un descenso en los parámetros medibles de las escalas a las semanas 16 y 24 más acentuado en el grupo sin dermatitis atópica.

Entre los efectos secundarios observados destacar la sequedad ocular bien controlada con lágrimas artificiales que se objetivó en 2 de las pacientes (33%). No se describieron otros efectos adversos a lo largo del tratamiento.

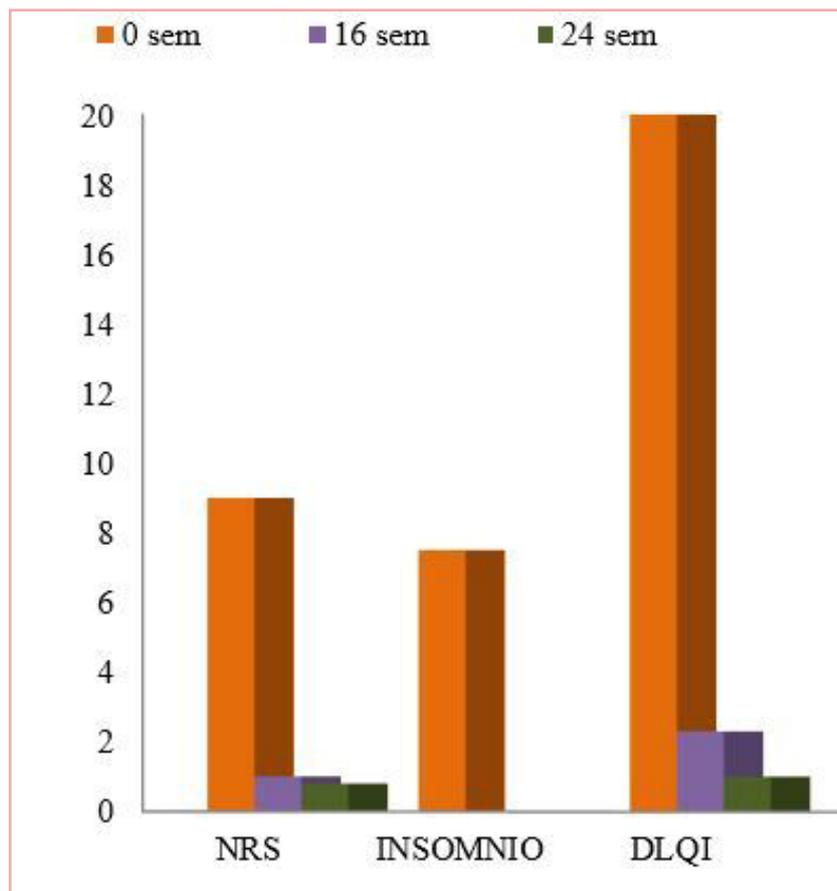
**Discusión.**

El manejo satisfactorio del PN sigue siendo un reto para los dermatólogos. Ninguno de los tratamientos comúnmente utilizados está aprobado para esta enfermedad crónica y debilitante, mostrando con todos ellos eficacias limitadas y un perfil de efectos secundarios desfavorable<sup>1,2</sup>.

El objetivo con los tratamientos es alcanzar tanto el alivio del prurito como la curación de las lesiones de PN2.

Se desconocen los mecanismos que subyacen al desarrollo del PN. Las biopsias de lesiones han sugerido que la IL-4 y la IL-13 desempeñan un papel central. Calugareanu et al, 8 plantean la hipótesis de que el bloqueo de la IL-4/13 podría ser beneficioso para controlar la inflamación de la piel que conduce al prurito. Dupilumab, un anticuerpo monoclonal que inhibe la señalización de la IL-4 y la IL-13, ha demostrado su eficacia y seguridad en diversas series de casos y estudios observacionales<sup>5,10,8,11,12,13,14,15</sup>.

Fue en el año 2019 cuando Mollanazar NK et al<sup>5</sup> publican el primer artículo que hace mención al tratamiento del prurigo nodular con dupilumab. Reúnen 4 pacientes sin antecedentes de atopia y objetivan una reducción en la media de la escala NRS del prurito de 8,75 a 0 tras aproximadamente 1 mes de



**Figura 2.** Escalas de prurito, insomnio y DLQI. Se evidencia una clara mejoría de los valores medios en las escalas de prurito, insomnio y DLQI en la semana 16 tras inicio de dupilumab, acentuándose esta mejoría a las 24 semanas de tratamiento.

tratamiento con dupilumab, por lo que concluyen que el tratamiento resulta eficaz obteniendo una respuesta rápida en todos los pacientes.

En una revisión sistemática reciente, sobre el tratamiento del prurigo nodular con dupilumab, Husein et al.<sup>9</sup> aúnan 11 estudios con 45 casos en total y observan que se necesitan aproximadamente 2 meses de tratamiento con dupilumab hasta que los pacientes alcanzan alguna mejora sintomática evidente.

En lo que respecta a la resolución completa del prurito, este hecho lo evidenciaron una vez transcurridos 4 meses desde el inicio de dupilumab<sup>9</sup>. De forma consistente, en un estudio que comprendía 11 pacientes con PN, todos los sujetos presentaron remisión completa después de 4 meses en tratamiento con dupilumab<sup>10</sup>. En la presente serie de seis casos se demuestra también una reducción importante en la escala NRS del prurito en todas las pacientes a las 16 semanas de iniciar el tratamiento con dupilumab.

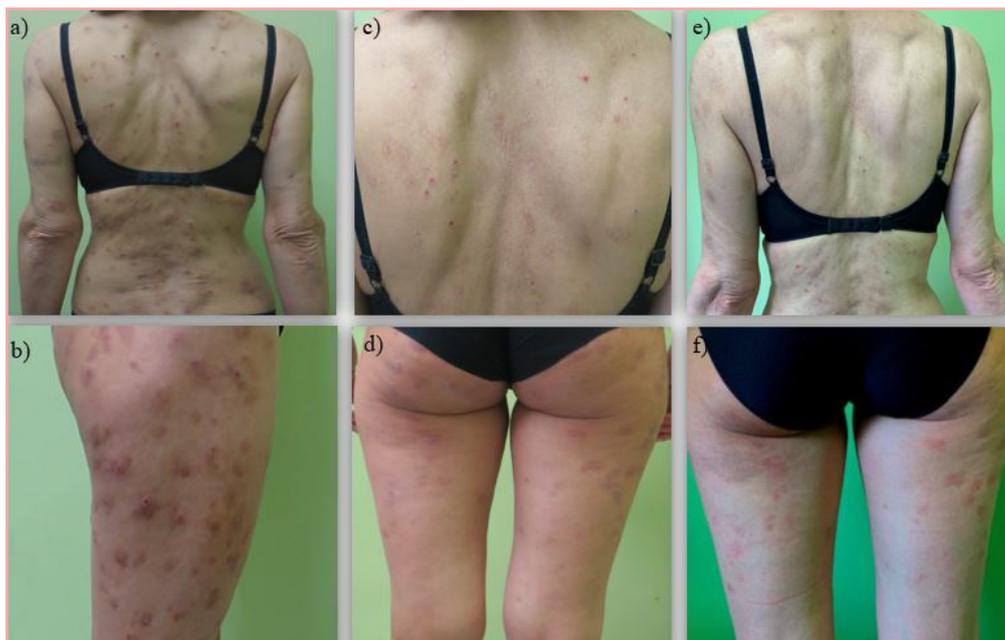
A su vez, en la revisión sistemática previamente mencionada, los autores destacan que aquellos pacientes con PN que asocian una dermatitis atópica de base requieren de un tratamiento más prolongado en el tiempo para obtener una mejora sintomática que aquellos pacientes con PN sin atopia<sup>9</sup>.

Por el contrario, Calugareanu A. et al.<sup>8</sup> realizan un estudio multicéntrico francés, en el que reúnen 16 pacientes, 7 atópicos y 9 no atópicos, concluyendo que dupilumab es eficaz y seguro, sin objetivar diferencias de respuesta entre atópicos y no atópicos.

En nuestra serie de pacientes hemos podido observar un descenso más rápido en los valores de las escalas de seguimiento medibles en aquellas pacientes que no asociaban dermatitis atópica entre sus características basales.

Posteriormente se han ido publicando una amplia cantidad de artículos en relación a serie de casos que evidencian la eficacia y seguridad del dupilumab en el prurigo nodular en diferentes escenarios clínicos: pacientes con neoplasias subyacentes<sup>11</sup>, pacientes con insuficiencia cardíaca<sup>12</sup>, población pediátrica<sup>13</sup> y anciana<sup>15</sup>. También hay un artículo publicado en la literatura que hace referencia a la supervivencia y eficacia a largo plazo en 52 semanas del dupilumab<sup>14</sup>.

Todos ellos concluyen que al ser el PN una enfermedad crónica y refractaria, la alta eficacia y el bajo perfil de efectos secundarios observados en 16 semanas y a largo plazo, sitúan el dupilumab como una alternativa prometedora frente a los fármacos clásicos establecidos<sup>8,9,11,12,13,14,15</sup>.



**Figura 3.** Imágenes clínicas de la paciente 2, antes y después de iniciar tratamiento con dupilumab. (A, B) Placas eritematosas y nódulos excoriados afectando predominantemente a la espalda y las extremidades inferiores. (C, D) Se observó una notable mejoría a las 16 semanas de iniciar dupilumab. (E, F) Mejoría clínica más evidente tras 24 semanas de tratamiento.



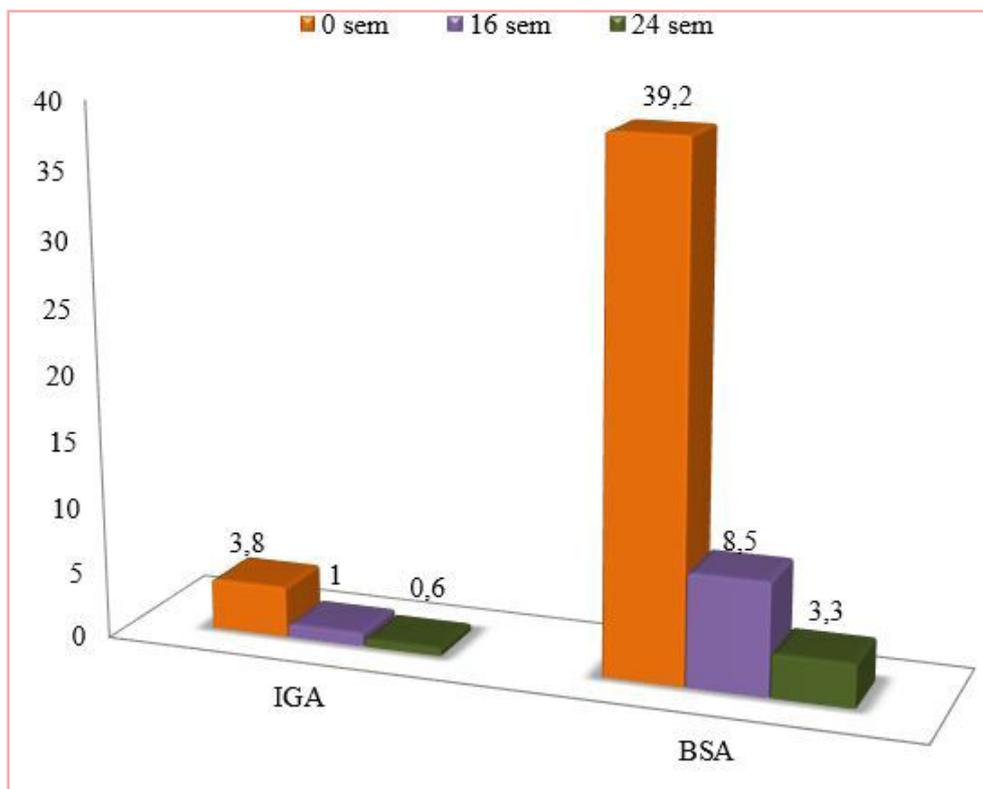
**Figura 4.** Imágenes clínicas de la paciente 5, antes y después de iniciar tratamiento con dupilumab. (A, B) Nódulos excoriados afectando predominantemente a las extremidades superiores e inferiores. (C, D) Se observó una notable mejoría a las 16 semanas de iniciar dupilumab. (E, F) Mejoría clínica más evidente tras 24 semanas de tratamiento.

Entre los fármacos previamente empleados para el tratamiento del PN refractario destacar la talidomida, que ha mostrado resultados prometedores en varios estudios,<sup>16</sup> empleado preferiblemente a dosis bajas entre 50-100 mg/día para evitar en la medida de lo posible los efectos adversos asociados a su uso<sup>17,18</sup>.

Sin embargo, la neuropatía periférica es un efecto adverso que está presente hasta en un 33% de los pacientes que reciben este tratamiento y generalmente

precisa de seguimientos adicionales por otros especialistas. Además, debido a los inconvenientes asociados a la obtención de la talidomida en la práctica clínica habitual, hace que sea un tratamiento poco empleado, prefiriendo otros tratamientos con menos efectos adversos y costo-efectivamente más accesibles<sup>19</sup>.

Lo que es necesario en el abordaje del PN, y muchos de los artículos de la literatura apoyan, son ensayos clínicos que demuestren que dupilumab es eficaz



**Figura 5.** Escala IGA y BSA. Se evidencia una clara mejoría de los valores medios en la escala IGA y en el BSA en la semana 16 tras inicio de dupilumab, consolidándose esta mejoría a las 24 semanas de tratamiento.

y seguro en el tratamiento del PN. A día de hoy, dos ensayos clínicos, PRIME y PRIME<sup>2</sup>, han demostrado la seguridad y la eficacia del dupilumab en PN. Recientemente la FDA ha aprobado el uso de dupilumab en Estados Unidos para el tratamiento de pacientes adultos con PN.

Una de las limitaciones de la investigación sobre el PN hasta la fecha actual es la falta de medidas objetivas validadas para el seguimiento de estos pacientes, pudiendo estar el desarrollo de una herramienta de este tipo limitada por la naturaleza subjetiva del prurito. Sería necesario establecer parámetros estandarizados y validados para evaluar los efectos de los tratamientos en los pacientes con PN en la práctica clínica habitual.

### Conclusiones.

Nuestra experiencia en práctica clínica real, sugiere que dupilumab debe considerarse una opción de tratamiento eficaz y segura para el PN crónico refractario a tratamientos convencionales, tanto en pacientes con dermatitis atópica como sin dermatitis atópica de base.

### Declaraciones de la autoría.

Todos los autores (Aida Aramburu González, Marc Julià Manresa, Rosa Izu Belloso y Juan Antonio Ratón Nieto) han contribuido en cada uno de los siguientes aspectos:

1. La concepción y el diseño del estudio, o la adquisición de datos, o el análisis y la interpretación de los datos.
2. El borrador del artículo o la revisión crítica del contenido intelectual.
3. La aprobación definitiva de la versión que se presenta.

### Consentimiento informado.

Los procedimientos utilizados, las exploraciones y los exámenes físicos realizados en las personas participantes en el estudio se han realizado tras obtener el correspondiente consentimiento informado.

### Financiación.

Sin financiación.

### Conflicto de intereses.

Ninguno

### Bibliografía.

1. Qureshi AA, Abate LE, Yosipovitch G, Friedman AJ: A systematic review of evidence-based treatments for prurigo nodularis. *J Am Acad Dermatol.* 2019;80:756-764. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2018.09.020>.
2. Kowalski EH, Kneiber D, Valdebran M, Patel U, Amber KT. Treatment-resistant prurigo nodularis: challenges and solutions. *Clin Cosmet Inves-*

- tig Dermatol. 2019;12:163-172. <http://dx.doi.org/10.2147/CCID.S188070>.
3. Huang AH, Williams KA, Kwatra SG. Prurigo nodularis: Epidemiology and clinical features. *J Am Acad Dermatol.* 2020;83(6):1559-1565. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2020.04.183>.
  4. Williams KA, Huang AH, Belzberg M, Kwatra SG. Prurigo nodularis: Pathogenesis and management. *J Am Acad Dermatol.* 2020;83(6):1567-1575. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2020.04.182>.
  5. Mollanazar NK, Elgash M, Weaver L, Valdes-Rodriguez R, Hsu S. Reduced Itch Associated With Dupilumab Treatment In 4 Patients With Prurigo Nodularis. *JAMA Dermatol.* 2019;155(1):121-122. <http://dx.doi.org/10.1001/jamadermatol.2018.3906>.
  6. Napolitano M, Fabbrocini G, Scalvenzi M, Nisticò SP, Dastoli S, Patruno C: Effectiveness of dupilumab for the treatment of generalized prurigo nodularis phenotype of adult atopic dermatitis. 2020;81-84. <http://dx.doi.org/10.1097/DER.0000000000000517>.
  7. Beck KM, Yang EJ, Sekhon S, Bhutani T, Liao W. Dupilumab Treatment for Generalized Prurigo Nodularis. *JAMA Dermatol.* 2019;155(1):118-120. <http://dx.doi.org/10.1001/jamadermatol.2018.3912>.
  8. Calugareanu A, Jachiet M, Lepelletier C, De Masson A, Rybojad M, Bagot M, Bouaziz JD. Dramatic improvement of generalized prurigo nodularis with dupilumab. *J Eur Acad Dermatol Venereol.* 2019;33(8):e303-e304. <http://dx.doi.org/10.1111/jdv.15584>.
  9. Husein-ElAhmed H, Steinhoff M. Dupilumab in prurigo nodularis: a systematic review of current evidence and analysis of predictive factors to response. *J Dermatolog Treat.* 2020:1-7. <http://dx.doi.org/10.1080/09546634.2020.1853024>.
  10. Ferrucci S, Tavecchio S, Berti E, Angileri L. Dupilumab and prurigo nodularis-like phenotype in atopic dermatitis: our experience of efficacy. *J Dermatolog Treat.* 2021;32(4):453-454. <http://dx.doi.org/10.1080/09546634.2019.1659479>.
  11. Kovács B, Rose E, Kuznik N, Shimanovich I, Zillikens D, Ludwig RJ, Thaçi D. Dupilumab for treatment-refractory prurigo nodularis. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2020;18(6):618-624. <http://dx.doi.org/10.1111/ddg.14107>.
  12. Romano C. Safety and Effectiveness of Dupilumab in Prurigo Nodularis. *J Investig Allergol Clin Immunol.* 2020:0. <http://dx.doi.org/10.18176/jiaci.0550>.
  13. Fachler T, Maria Faitataziadou S, Molho-Pessach V. Dupilumab for pediatric prurigo nodularis: A case report. *Pediatr Dermatol.* 2021;38(1):334-335. <http://dx.doi.org/10.1111/pde.14464>.
  14. Georgakopoulos JR, Croitoru D, Felfeli T, Alhusayen R, Lansang P, Shear NH, Yeung J, Walsh S. Long-term Dupilumab Treatment for Chronic Refractory Generalized Prurigo Nodularis: A Retrospective Cohort Study. *J Am Acad Dermatol.* 2021:S0190-9622(21)00363-7. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jaad.2021.02.038>.
  15. Liu T, Bai J, Wang S, Ying S, Li S, Qiao J, Fang H. Effectiveness of Dupilumab for an Elderly Patient with Prurigo Nodularis Who Was Refractory and Contradicted to Traditional Therapy. *J Asthma Allergy.* 2021;14:175-178. <http://dx.doi.org/10.2147/JAA.S300975>.
  16. Lim VM, Maranda EL, Patel V, Simmons BJ, Jimenez JJ. A Review of the Efficacy of Thalidomide and Lenalidomide in the Treatment of Refractory Prurigo Nodularis. *Dermatol Ther (Heidelb).* 2016 Sep;6(3):397-411. <http://dx.doi.org/10.1007/s13555-016-0122-9>.
  17. Lan CC, Lin CL, Wu CS, Chai CY, Chen WT, Chen GS. Treatment of idiopathic prurigo nodularis in Taiwanese patients with low-dose thalidomide. *J Dermatol.* 2007 Apr;34(4):237-42. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1346-8138.2007.00260.x>.
  18. Taefehnorooz H, Truchetet F, Barbaud A, Schmutz JL, Bursztejn AC. Efficacy of thalidomide in the treatment of prurigo nodularis. *Acta Derm Venereol.* 2011 May;91(3):344-5. <http://dx.doi.org/10.2340/00015555-0997>.
  19. Doherty SD, Hsu S. A case series of 48 patients treated with thalidomide. *J Drugs Dermatol.* 2008 Aug;7(8):769-73.

# NOTA CLÍNICA

Gac Med Bilbao. 2024;121(1):10-18



## Interposición colónica retroesternal sin esofagectomía en paciente VIH positivo con estenosis esofágica compleja

Abud-Flores Saida-Anyul<sup>a</sup>, Flores-Calderón Bryan-Yair<sup>a</sup>, López-García Diana<sup>b,c</sup>, Lopez-Bernal Carlos-Alberto<sup>a</sup>, García-Galicia Arturo<sup>b,c</sup>, Bertado-Ramírez Nancy-Rosalía<sup>b</sup>, Montiel-Jarquín Álvaro-José<sup>b</sup>, Loría-Castellanos Jorge<sup>d</sup>

(a) Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Especialidades de Puebla. División de Cirugía. Centro Médico Nacional "Gral. de Div. Manuel Ávila Camacho". Puebla de Zaragoza, México.

(b) Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Unidad Médica de Alta Especialidad. Dirección de Educación e Investigación en Salud. Hospital de Especialidades de Puebla. Centro Médico Nacional "Gral. de Div. Manuel Ávila Camacho". Puebla de Zaragoza, México.

(c) Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. Facultad de Medicina. Puebla de Zaragoza, México.

(d) Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Coordinación de Proyectos Especiales en Salud. Ciudad de México. México.

Recibido el 26 de julio de 2023; aceptado el 30 de noviembre de 2023

### PALABRAS CLAVE

Estenosis esofágica  
Interposición colónica  
Colon  
VIH

### Resumen:

La estenosis esofágica es un estrechamiento gradual luminal asociado a tejido cicatrizal, infecciones y/o quemaduras por cáusticos. Cuando el tratamiento endoscópico con dilataciones o Stent es insuficiente, el manejo quirúrgico es la opción. Presentamos el caso de un paciente que después del manejo endoscópico sufre complicaciones y recidiva. Recibió 3 Stents y dilataciones hidroneumáticas. Un mes después presenta perforación esofágica al retiro de prótesis, requiriendo esofagostoma y gastrostomía tipo Stamm, y posterior decorticación pulmonar por empiema. Se decide trasposición colónica retroesternal por antecedentes de complicaciones y secuelas. Evoluciona adecuadamente con vía oral funcional y egresa con vía enteral íntegra.

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

## GIB positiboa duen eta hestegorriko estenosi konplexua duen pazientearengan esofagektomiarik gabeko interposizio koloniko erretresternala

### Laburpena:

Hestegorriko estenosis pixkanaka argi bidez estutzen da, eta ehun orbainduari, infekzioei eta/edo kaustikoei eragindako erredurei lotuta dago. Dilatazio edo Stent bidezko tratamendu endoskopikoa nahikoa ez denean, manei kirurgikoa da aukera. Endoskopikoa maneiatu ondoren konplikazioak eta berrerortzeak jasaten dituen paziente baten kasua aurkezten dugu. 3 Stent eta dilatazio hidroneumatikoak jaso zituen. Hilabete geroago, hestegorriko zulaketa du protesiak erretiratzean, eta Stamm motako esofagostoma eta gastrostomia behar ditu. Ondoren, biriketako dekortifikazioa egiten zaio, hasera bidez. Atzera-esternaleko transposizio kolonikoa egitea erabaki da, konplikazioak eta sekuelak gertatu direlako. Ahozko bide funtzionalarekin eta bide enteral osoarekin behar bezala eboluzionatzen du.

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

## GILTZA-HITZAK

Hestegorriko estenosis  
Interposizio kolonikoa  
Kolona  
GIB

## Retrosternal colonic interposition without esophagectomy in an HIV positive patient with complex esophageal stricture

### Summary:

Esophageal stricture is a gradual luminal narrowing associated with scar tissue, infection, and/or caustic burns. When endoscopic treatment with dilations or stenting is insufficient, surgical management is the option. We present the case of a patient who after endoscopic management suffered complications and recurrence. He received 3 stents and hydropneumatic dilations. One month later, he presented esophageal perforation upon removal of the prosthesis, requiring esophagostoma and Stamm-type gastrostomy, and subsequent pulmonary decortication due to empyema. A retrosternal colonic transposition was decided due to a history of complications and sequelae. He evolved adequately with a functional oral route and was discharged with an intact enteral route.

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

## KEYWORDS

Esophageal stricture  
Colonic interposition  
Colon  
HIV

### Introducción.

La estenosis esofágica es un estrechamiento gradual de la luz del esófago, causada por tejido cicatricial que se va acumulando. Puede ser estenosis simple (recta, simétrica, concéntrica, que permite el paso del endoscopio, menor de 2 cm de longitud), o compleja (tortuosa, que impide el paso del endoscopio, mayor a 2 cm de longitud)<sup>1</sup>.

Después de la esofagectomía, los injertos de estómago son los más utilizados para la restauración intestinal, y con menor frecuencia los injertos de colon<sup>2</sup>.

Existen pocos casos publicados de interposición esofágica utilizando el colon como órgano para la recuperación del tránsito oral-enteral, ya que sus indicaciones son escasas. La morbilidad global en casos de injerto del conducto colónico izquierdo y derecho es del 15,7% y del 18,7% respectivamente, y la mortalidad global es del 6,5% y del 10,1% respectivamente. La colocación de la vía retroesternal presenta morbilidad de 9,2% y mortalidad de 4,8%. Los injertos con conductos colónicos del lado izquierdo son los más seguros<sup>3</sup>.

### Presentación de caso

Se trata de un hombre de 33 años, portador de Hepatitis B de un año de evolución, y VIH diagnosticado hace 3 años, recibe tratamiento con Bictegravir/Emtricitabina/Tenofovir una tableta diaria. Presenta 3 años antes estenosis esofágica por candidiasis y por citomegalovirus, por lo que requirió antibióticoterapia y dilataciones hidroneumáticas con colocación de 3 Stents en diferentes ocasiones.

El 21 de febrero de 2022, con carga viral indetectable, presenta perforación esofágica secundaria al retiro de la prótesis esofágica que requirió de realización de esofagostoma y gastrostomía tipo Stamm. Presenta derrame pleural complicado derecho, por lo que requirió colocación de sonda endopleural con obtención de material serohemático. La telerradiografía de tórax de control se muestra sin evidencia de derrame (Figura 1), por lo que se decide su egreso.

Acude nuevamente el 12 de marzo de 2022 por referir exudado purulento en el sitio de colocación de la sonda previa. La tomografía de tórax reportó empiema loculado derecho y atelectasias segmentarias basales. Clínicamente se encontraba asintomático.



**Figura 1.** Radiografía de tórax PA.

Reportó conteo de CD4 249 células por milímetro y cultivo positivo a *Escherichia coli* Beta-Lactamasa de Espectro Extendido.

El 5 de abril de 2022 el servicio de cirugía cardiovascular decide realizar drenaje y decorticación derecha por toracotomía lateral. Los hallazgos reportan cavidad derecha con empiema de 1100 ml, líquido purulento y fétido, tejido inflamatorio en pleura parietal y visceral con predominio de lóbulo superior y medio. Presenta evolución favorable, y posterior a retiro de drenajes pleurales se egresa por mejoría el 11 de abril de 2022.

El servicio de Gastrocirugía (Clínica de Esófago y Estómago), propone la interposición colónica retroesternal el 13 de junio de 2022, y el servicio de Nutrición Parenteral y Enteral provee prehabilitación quirúrgica para mejorar peso y masa muscular para la intervención. Ante la dificultad de la esofagectomía con ascenso gástrico transhiatal y secuelas se decidió el uso de colon como injerto.

El paciente presenta una ganancia ponderal de 12 kg el 11 de julio de 2022, y conteo de CD4 de 195 células por milímetro y cultivo.

Se programa la interposición colónica retroesternal el 30 de agosto de 2022. Se realiza bajo anestesia general balanceada con monitoreo invasivo, con abordaje abdominal en línea media subxifoidea hasta la cicatriz umbilical, se disecciona por planos hasta la cavidad abdominal, se realiza adherenciólisis y

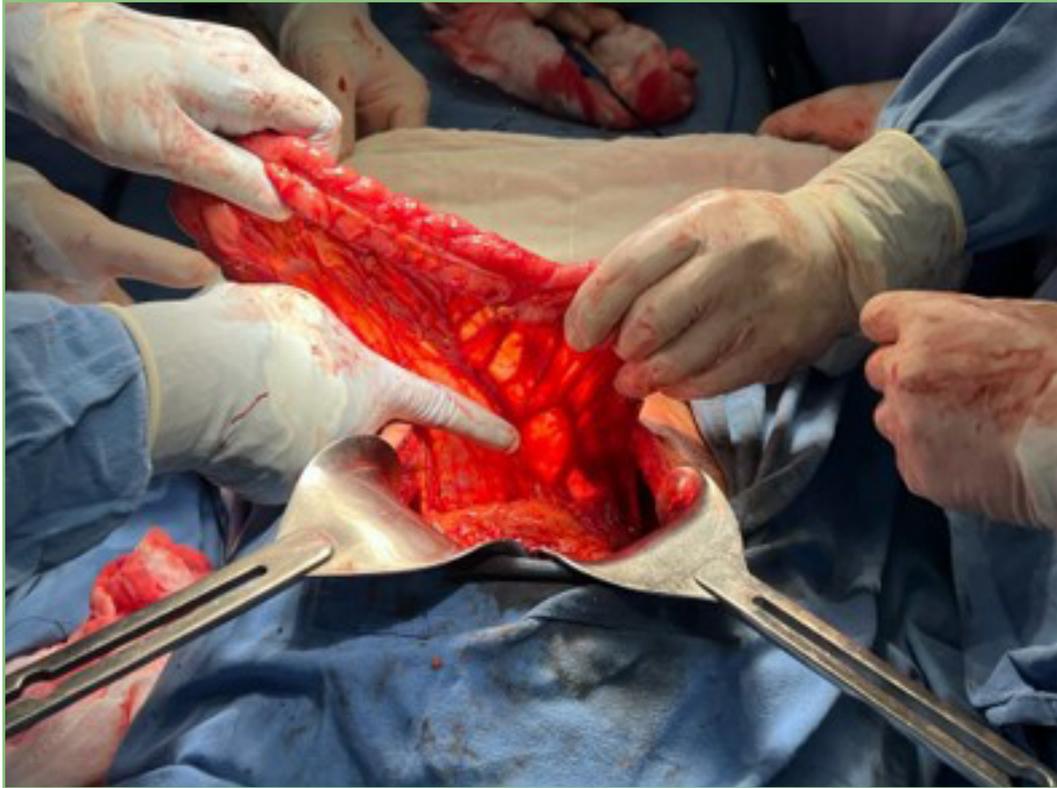
se cierra la gastrostomía previa en 2 planos con poliglecaprone 4-0 y polipropileno 3-0. Se realiza decolamiento con electrofulguración y seda 2-0 para liberar el colon transverso, con transiluminación del mesocolon (Figura 2). Se realiza control vascular de la rama derecha de la arteria cólica media hasta el ángulo hepático y hasta la bifurcación de la rama izquierda y derecha con sutura vascular 3-0. Se libera hasta la rama ascendente de la arteria cólica izquierda con electrofulguración bajo transiluminación del mesocolon, y se liberan medios de fijación posteriores con electrocauterio.

Con 2 engrapadoras lineales GYA de 75mm se secciona colon en el ángulo hepático y hasta el tercio medio para liberar completamente el injerto de colon, se mide hasta la altura hasta el esofagostoma (Figura 3).

Se realiza abordaje cervical con disección por planos hasta el tejido celular subcutáneo, se refiere el esófago con una sonda nelaton para traccionarlo y se libera su porción distal de la tráquea con disección roma respetando el nervio laríngeo recurrente.

Con engrapadora lineal GYA de 55mm se secciona y libera el esófago en su porción proximal del estoma previo.

Se disecciona el plano retroesternal posterior a la horquilla esternal con electrofulguración y disección digital hasta el tercio medio; se realiza plano inferior subxifoideo hasta comunicar la porción superior, se



**Figura 2.** Transiluminación tranquirúrgica de mesocolon.

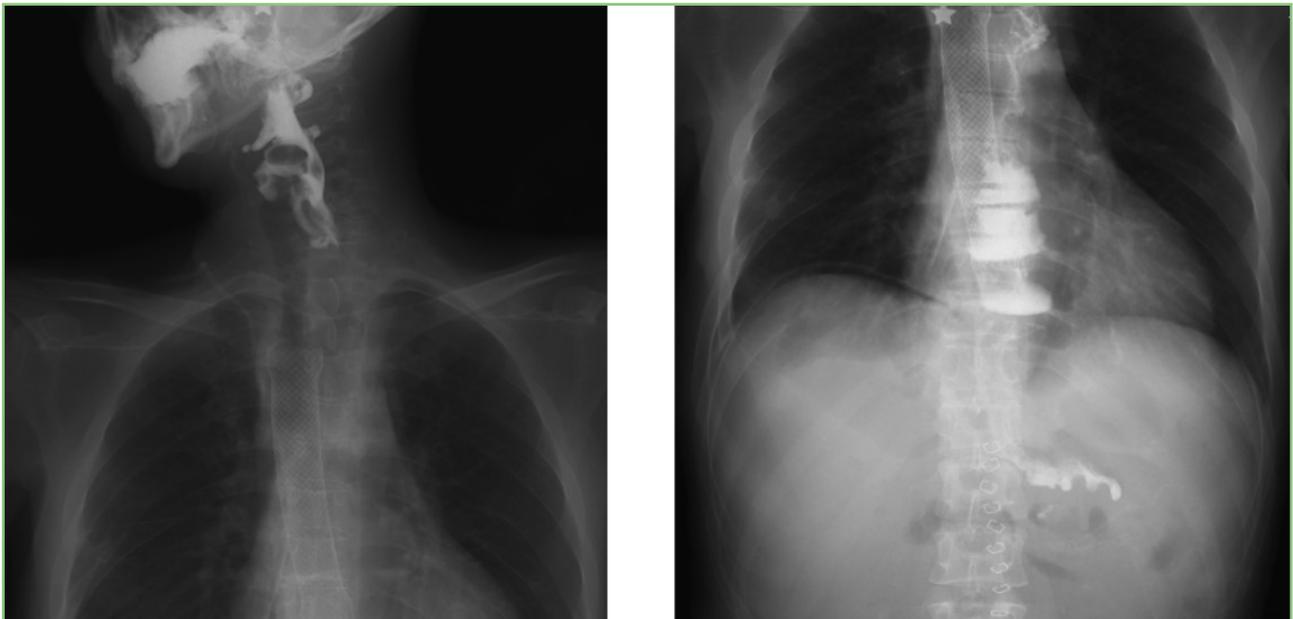


**Figura 3.** Injerto de colon tranquirúrgico al tomar medida hacia el esófago cervical.

pasa una sonda nelaton a través de este canal y se verifica su permeabilidad y hemostasia. Con seda 2-0 se sujeta el injerto de colon a la sonda y se desliza el injerto por el túnel retroesternal sin complicaciones. Se realiza anastomosis cervical latero-lateral manual en 2 planos con poliglecaprone 4-0 en primer plano y polipropileno de 3-0 en segundo plano; se realiza prueba neumática negativa. Se efectúa anastomosis gástrica latero lateral mecánica con engrapadora lineal GYA de 55mm y reforzamiento con segundo plano con polipropileno 3-0; se realiza prueba neumática negativa. Se pasa una sonda nasogástrica a través de las anastomosis hasta la primera porción del duodeno pasando por el píloro. Se realiza anastomosis mecánica latero-lateral con engrapadora automática GYA de 55mm con técnica de Chicago y reforzamiento del segundo plano con polipropileno 3-0. Se colocan drenajes tipo Saratoga uno hacia el sitio

de la anastomosis colo-gástrica, otro hacia la anastomosis colo-cólica y un drenaje tipo Penrose hacia la anastomosis esofago-cólica. Se verifica hemostasia y se cierra cavidad abdominal por planos con poliglactina #1 en aponeurosis y grapas de acero quirúrgico en la piel; se cierra disección cervical por planos con poliglactina 3-0 en el tejido celular subcutáneo y piel con nylon 3-0. Se fijan drenajes y se da por terminado tiempo quirúrgico de 5 horas, sangrado transquirúrgico de 300 ml. Se extuba paciente sin complicaciones, no se transfunden hemoderivados ni se utilizó vasopresores.

El estudio de tránsito intestinal postquirúrgico reporta cambios de la morfología esofagointestinal por antecedente quirúrgico, sin evidencia de fuga de material de contraste (Figura 4). Se inicia vía oral sin complicaciones y se egresa por mejoría a las 2 semanas posteriores a su intervención.



**Figura 4.** Tránsito intestinal sin evidencia de fuga o estenosis.

### Discusión

La etiología de la estenosis esofágica es diversa, es ocasionada por infecciones, quemaduras por cáusticos, fibrosis post anastomótica y cáncer esofágico<sup>1,2</sup>. El paciente presentado cursó con esofagitis de etiología fúngica.

El factor de riesgo mayor actualmente es la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), y *Candida albicans* representa la etiología más frecuente de esofagitis fúngica, seguido de Citomegalovirus. Este se asocia a infección por VIH hasta en 45%. La prevalencia de candidiasis asociada a infección por VIH es de alrededor de 50%, y afecta primordialmente a aquellos con conteo persistentemente

disminuido de CD4. El tratamiento es con antifúngicos del tipo de los triazoles<sup>4,5</sup>. Una de las complicaciones frecuentes de la esofagitis es la estenosis esofágica, especialmente en esofagitis por candidiasis<sup>6</sup>.

El tratamiento de las estenosis esofágicas suele ser endoscópico con dilataciones con balón de manera conservadora. El tratamiento quirúrgico frecuentemente consiste en reseca esófago para sustituirlo con estómago. Esta sustitución no se indica cuando existen antecedentes de cirugía y procedimientos que convierten el estómago en un conducto no utilizable o de disección difícil para el ascenso<sup>7</sup>. Se utilizan como alternativa conductos de interposición yeyunales y colónicos (Tabla I).

**Tabla I**  
Etiología de enfermedades que indican interposición de colon<sup>21</sup>

<b>Etiología</b>	<b>%</b>
Malignas	48,8
- Cáncer de esófago	26,8
- Cáncer gástrico	22
Benignas	51,2
- Ingestión cáusticos	24,4
- Perforación esofágica	17
- Esofagitis severa	9,8

El yeyuno se utiliza para la reconstrucción del espacio entre el esófago y el estómago como conducto primario hacia el esófago torácico medio, o como interposición yeyunal pediculada o libre hasta el esófago cervical<sup>8,9</sup>. El injerto yeyunal continúa con contracción segmentaria anterógrada pero no coordinada, y aún así ayuda a la evacuación del mismo<sup>10,11</sup>.

La interposición colónica es una opción de segunda línea tras la esofagectomía cuando no es viable un

neoesófago gástrico, como cuando el estómago está lesionado o no procede la disección de esófago<sup>9,12</sup>. Kelling y Vuillet la introdujeron hace casi un siglo<sup>1,13</sup>. Se han descrito desde entonces varias modificaciones a este abordaje, utilizando el colon izquierdo, derecho o transversal como injerto de interposición. No hay consenso sobre el conducto colónico anatómico óptimo (derecho o izquierdo), o la vía de colocación (mediastínica posterior, retroesternal o subcutánea) (Tabla II.)<sup>12</sup>.

**Tabla II**  
Indicaciones para la interposición del colon para reemplazo esofágico<sup>21</sup>

<b>Indicaciones</b>	<b>%</b>
Cáncer de esófago o unión gastroesofágica	37-61
Imposibilidad de usar estómago	38-84
Estenosis benigna	21-24
Ingestión de cáusticos	10-38
Fistula esofágica iatrogénica	2,4-8
Reemplazo esofágico por causa benigna	5-31
Necrosis de sustituto esofágico previo	3-10

Se requiere una evaluación preoperatoria cuando el paciente presenta factores de riesgo de alguna patología colónica o edad mayor de 45 años<sup>14</sup>. La angiografía permite identificar anomalías arteriales que podrían influir en la elección del injerto, y permite evaluar la vascularidad<sup>15</sup>. El procedimiento para obtener un injerto de interposición de colon requiere la ligadura de la arteria cólica media y movilización del ángulo izquierdo y derecho. Es importante cuidar el ángulo izquierdo ya que se pudieran lesionar las arterias y venas colaterales, que son cruciales para la perfusión del injerto<sup>16</sup>. La dirección isoperistáltica del colon es una ventaja al mantener así en forma

teórica una mejor función de deglución; también el que se puede lograr cualquier largo y ancho, además de evitar en gran medida el reflujo. Una posible razón del fracaso del injerto puede ser la preparación y movilización del ángulo cólico izquierdo<sup>12,17</sup>. Una de sus limitantes es que su capacidad de estirarse con el tiempo conduce a la redundancia y a una cavidad de presión negativa<sup>10,18</sup>.

Algunos autores prefieren el colon izquierdo debido a su suministro de sangre más confiable, luz más pequeña y colocación más fácil en una posición isoperistáltica<sup>3</sup>. El suministro sanguíneo del colon izquierdo se origina en la arteria mesentérica inferior;

y es más constante que el suministro variable del colon derecho desde la arteria mesentérica superior<sup>19</sup>. La interposición está orientada a facilitar una anastomosis intestinal isoperistáltica<sup>9</sup>.

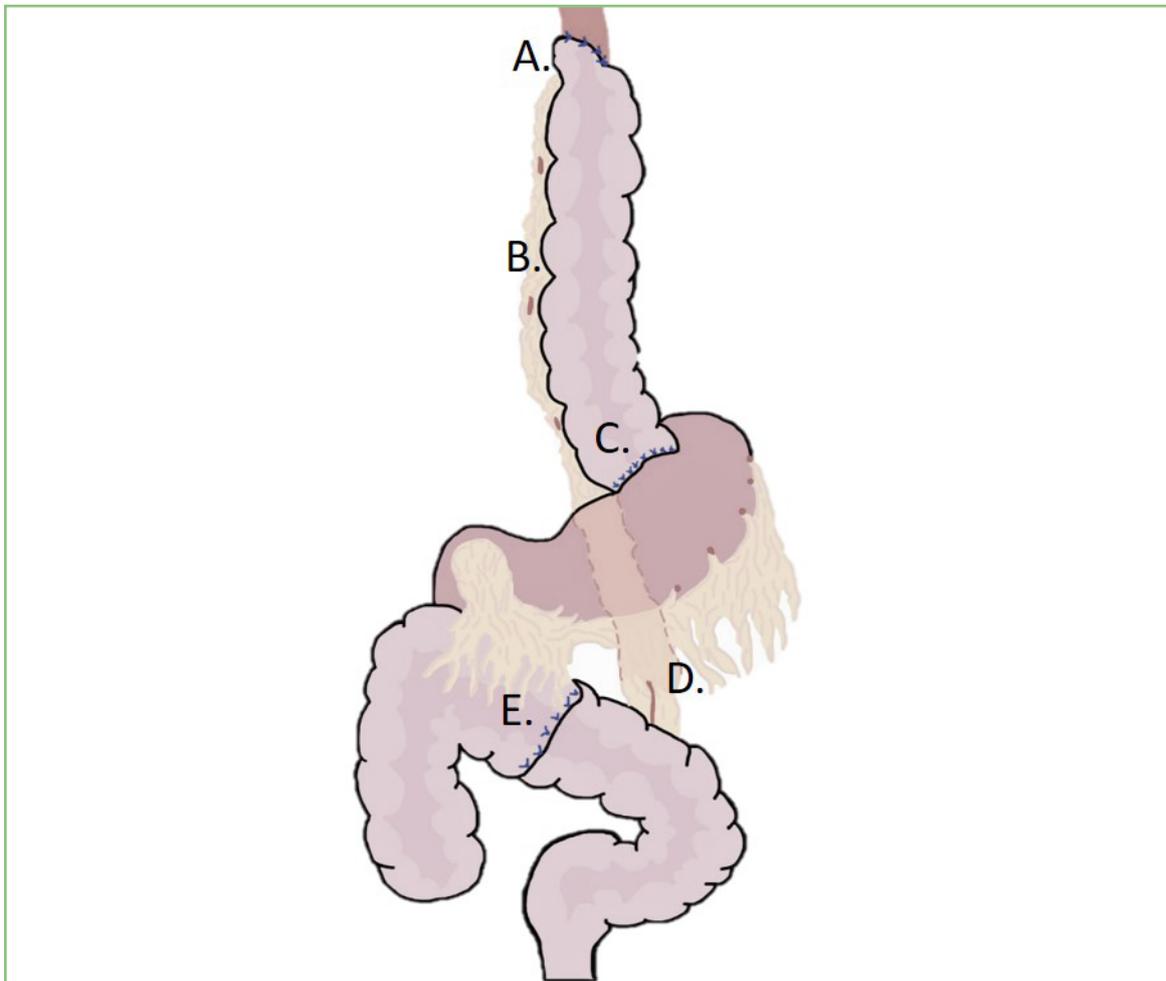
El uso del colon transverso demuestra una mejor evolución, y preserva la funcionalidad normal gástrica, pues posee resistencia a secreciones gástricas, correcta longitud y la facilidad para trasladarse<sup>20</sup>.

La ruta de ascenso es controversial y por cada criterio del cirujano experto. La vía por mediastino posterior es más corta, directa, evita tensión, torsión o redundancia del segmento, aunque se han observado complicaciones pulmonares<sup>21</sup>. Esta vía se usa tras la esofagectomía; el colon se puede situar y ocupar su espacio en el mismo tiempo quirúrgico<sup>22</sup>. La vía retroesternal es la opción preferida y se considera el estándar de oro, ya que en otras opciones de colocación

del injerto presentan complicaciones de anastomosis o necrosis del mismo<sup>23,24</sup>. Se realiza un tunel retroesternal en el mediastino anterior por disección de la parte posterior del apéndice xifoides hasta la horquilla esternal. El colon se desliza en este tunel para colocarlo a nivel cervical, con especial cuidado de evitar la torsión o lesión del pedículo<sup>22,25</sup>. La vía subcutánea no es utilizada por la necesidad de un injerto más largo y con resultados funcionales y estéticos peores<sup>22</sup>.

La reconstrucción del tránsito a nivel abdominal implica la anastomosis del colon al estómago distal, y otra opción es el duodeno a nivel del ángulo de Treitz<sup>21</sup>.

Cuando no se retira el estómago, Las posibles anastomosis son: esófago-colon a nivel cervical o en cavidad torácica, colo-gástrica, o colo-cólica (Figura 5)<sup>26</sup>.



**Figura 5.** A. Anastomosis esófago-colon, B. Sección de arterias cólica marginal, cólica media. C. Anastomosis colo-gástrica anterior, D. Mesocolon y pedículo vascular de arteria cólica izquierda, E. Anastomosis colo-colon.

Algunas de las complicaciones más comunes son: disfagia, reflujo, saciedad temprana y nutrición, adinamia, infecciones, dolor torácico y neumonía<sup>18,27</sup>. También destacan complicaciones quirúrgicas como deshiscencia de anastomosis y sepsis por necrosis

colónica. La técnica retroesternal facilita el manejo en caso de fuga de anastomosis<sup>28</sup>.

La tasa de mortalidad es inferior del 5%, si bien las complicaciones postoperatorias son frecuentes (Tabla III.).

**Tabla III**  
Complicaciones postoperatorias<sup>21</sup>

<b>Complicaciones</b>	<b>%</b>
Estenosis cervical	6-50
Isquemia de colon	4-8
Úlcera colónica	3-5
Obstrucción intestinal	2-5
Obstrucción retroesternal	3-4
Colon redundante	2,8-10

Las complicaciones posteriores pueden ser agudas o crónicas, por lo que se requiere un cirujano experto para implementar estrategias creativas para la solucionarlas<sup>21</sup>.

Las causas de reintervenciones suelen ser: la redundancia del colon ascendido, la estenosis crítica de la anastomosis a nivel cervical y del colon, o de la anastomosis esófago-colon<sup>21</sup>.

A pesar de las limitaciones por ser un caso único reportado, los resultados favorables sugieren que las modificaciones descritas representan una alternativa para crear un injerto de interposición de colon. Este método puede ser particularmente útil cuando se requiere un injerto de interposición colónico largo<sup>29,30</sup>.

### Conclusiones

La reconstrucción de colon es un procedimiento de riesgo relativamente alto, es necesario que el cirujano esté familiarizado con esta técnica quirúrgica. La morbilidad temprana sigue siendo alta, especialmente por la fuga de la anastomosis cervical. El injerto de colon es un excelente órgano digestivo para la sustitución esofágica.

### Financiamiento

Este estudio no ha sido apoyado por ninguna fuente de financiamiento.

### Conflicto de intereses

Todos los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

### Bibliografía

- Salis G LFCJMPSA. Bening Stenosis of the esophagus. *Acta Gastroenterol* . 1978;8(2):91-100.
- Coevoet D, Van Daele E, Willaert W, Huvenne W, Van De Putte D, Ceelen W, et al. Quality of life of patients with a colonic interposition postoesophagectomy. *European Journal of Cardio-thoracic Surgery*. 2019 Jun 1;55(6):1113-20.
- Brown J, Lewis WG, Foliaki A, Clark GWB, Blackshaw GRJC, Chan DSY. Colonic Interposition After Adult Oesophagectomy: Systematic Review and Meta-analysis of Conduit Choice and Outcome. *Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2018 Jun 1;22(6):1104-11.
- Macías García F, Domínguez Muñoz JE. Esofagitis eosinofílica y esofagitis infecciosas y tóxicas. *Medicine*. 2020;13(7):384-91.
- Arenas Miravé JI, Montalvo Ollobarren II, Gil Lasa I. Esofagitis infecciosas. *Hospital Aránzazu San Sebastián (Gastroenterol Hepatol)*. 1999;22:302-8.
- Mohamed AA, Lu XL, Mounmin FA. Diagnosis and Treatment of Esophageal Candidiasis: Current Updates. *Can J Gastroenterol Hepatol*. 2019;2019:1-6.
- Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A. Cancer statistics, 2022. *CA Cancer J Clin*. 2022 Jan;72(1):7-33.
- Kuwabara S, Kobayashi K, Uehara H, Aoki M, Kubota A, Komatsu M, et al. Ileo-right colonic reconstruction preserving all four colonic vessels after esophagectomy for cancer. *Updates Surg*. 2021 Dec 1;73(6):2239-46.
- Bakshi A, Sugarbaker DJ, Burt BM. Alternative conduits for esophageal replacement. *Ann Cardiothorac Surg*. 2017 Mar 1;6(2):137-43.
- Gaur P, Blackmon SH. Jejunal graft conduits after esophagectomy. *J Thorac Dis*. 2014;6:333-40.
- Alfaro-Pacheco R, Brenes-Barrantes R, Juantá-Castro J, Rojas-Chaves S, Echeverri-McCandless A, Brenes-Barquero P. First experience with a supercharged pedicled jejunal interposition for

- esophageal replacement after caustic ingestion in a middle-income Latin American country. *Int J Surg Case Rep.* 2023 May 1;106.
12. Fearon NM, Mohan HM, Fanning M, Ravi N, Reynolds J V. Colonic interposition, a contemporary experience: technical aspects and outcomes. *Updates Surg.* 2021 Oct 1;73(5):1849–55.
  13. Boukerrouche A. Colon Reconstruction and Esophageal Reconstructive Surgery. *Medical & Clinical Reviews.* 2016;02(04):1–9.
  14. Mahawongkajit P, Boochangkool N. Comparison of Preoperative CT Colonography and Colonoscopy for Esophageal Reconstruction with Colonic Interposition. *Surg Res Pract.* 2020 Nov 16;2020:1–5.
  15. Akutsu T, Fujita T, Kajiyama D, Ozaki A, Sato K, Fujiwara H, et al. Operative outcomes and long-term survival of patients undergoing colon interposition after esophagectomy for cancer. *Thorac Cancer.* 2022 Mar 1;13(6):844–52.
  16. Fù H, Hartl WH, Lö F, Schildberg FW. Colon Interposition for Esophageal Replacement An Alternative Technique Based on the Use of the Right Colon. *Ann Surg.* 2000;231(2):173–7.
  17. Low DE, Kuppusamy MK, Alderson D, Cecconello I, Chang AC, Darling G, et al. Benchmarking complications associated with esophagectomy. *Ann Surg.* 2019 Feb 1;269(2):291–8.
  18. Bradshaw CJ, Sloan K, Morandi A, Lakshminarayanan B, Cox SG, Millar AJW, et al. Outcomes of Esophageal Replacement: Gastric Pull-Up and Colonic Interposition Procedures. *European Journal of Pediatric Surgery.* 2018 Feb 1;28(1):22–9.
  19. Sakorafas GH, Zouros E, Peros G. Applied vascular anatomy of the colon and rectum: Clinical implications for the surgical oncologist. Vol. 15, *Surgical Oncology.* 2006. p. 243–55.
  20. Villacis R, Aulestia D, Haro H, Arias G, Vasconez N. Reporte de caso clínico: Esófago-Gastro-Pexia-Cervical por Estenosis Esofágica Secundaria a Ingesta de Cáusticos. *Medicinas UTA.* 2022 Oct 1;6(4):47–54.
  21. Braghetto IM, Cardemil GH, Csendes AJ, Domínguez CC, Musleh MK, Korn OB, et al. Reconstitución de tránsito esofágico con interposición de colon derecho. *Chile Cirugía [Internet].* 2015 [cited 2023 Jul 19];67(3):271–7. Available from: <https://www.scielo.cl/pdf/rchcir/v67n3/art06.pdf>
  22. Leon A, Schultz P. Tratamiento quirúrgico de las estenosis de la hipofaringe y de la boca del esófago. *EMC - Cirugía Otorrinolaringológica y Cervicofacial.* 2023 May;24(1):1–15.
  23. Sert G, Chen SH, Chen HC. How to ensure immediate and long-term good blood supply by the careful dissection of the marginal artery and supercharge with neck vessels in esophageal reconstruction with the colon segment interposition: 35 years of experience. *Journal of Plastic, Reconstructive and Aesthetic Surgery.* 2021 Jan 1;74(1):101–7.
  24. Yasuda T, Shiraishi O, Kato H, Hiraki Y, Momose K, Yasuda A, et al. A comparative study of the lengths of different reconstruction routes used after thoracic esophagectomy. *Esophagus.* 2021 Jul 1;18(3):468–74.
  25. Gurram RP, Kalayarsan R, Gnanasekaran S, Pottakkat B. Minimally Invasive Retrosternal Esophageal Bypass Using a Mid-Colon Esophagocoloplasty for Corrosive-Induced Esophageal Stricture. *World J Surg.* 2020 Dec 1;44(12):4153–60.
  26. Gust L, De Lesquen H, Bouabdallah I, Brioude G, Thomas PA, D'journo XB. Peculiarities of intrathoracic colon interposition—eso-coloplasty: indications, surgical management and outcomes. *Ann Transl Med.* 2018 Feb;6(3):41–41.
  27. Fisher RA, Griffiths EA, Evison F, Mason RC, Zylstra J, Davies AR, et al. A national audit of colonic interposition for esophageal replacement. *Diseases of the Esophagus.* 2017 May 1;30(5):1–10.
  28. Guo B, He M, Zhao J, Ma M, Gao Z. Distal-continual colon interposition for esophageal reconstruction after esophagectomy: Two case reports. *Front Surg.* 2023 Jan 30;10.
  29. Huynh KN, Nguyen BD. Gastrointestinal: Anterior mediastinal colonic interposition on F-18 FDG PET/CT imaging. *Journal of Gastroenterology and Hepatology (Australia).* 2020 Jun 1;35(6):918.
  30. Lee K, Kim HR, Park S Il, Kim DK, Kim YH, Choi SH. Surgical Outcome of Colon Interposition in Esophageal Cancer Surgery: Analysis of Risk Factors for Conduit-Related Morbidity. *Thoracic and Cardiovascular Surgeon.* 2017 Aug 16;66(5):384–9.

# NOTA CLÍNICA

Gac Med Bilbao. 2024;121(1):19-21



## Shock hipovolémico secundario a un aborto a 50 minutos de un hospital. A propósito de un caso.

Blanco-Fuentes Urko<sup>a</sup>

(a) Servicio Vasco de Salud – Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Barrualde. Hospital Universitario Galdakao-Usansolo. Galdakao-Bizkaia.

Recibido el 10 de enero de 2024; aceptado el 26 de febrero de 2024

### Resumen:

La isócrona de muchos de Puntos Atención Continuada (PAC) en el País Vasco hasta un hospital útil puede ser muy prolongado, y las ambulancias para el traslado no siempre están disponibles. Ante un paciente con una patología emergente, en ocasiones nos encontramos con ciertas limitaciones materiales que pueden ir en contra de la supervivencia de los pacientes en situaciones de shock. La adrenalina la podemos encontrar en cualquier centro sanitario y la podríamos utilizar el formato "Push-Done", teniendo en cuenta que se trata de un puente hacia la perfusión continua de vasopresores que a día de hoy no están disponibles en los PAC del País Vasco.

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

### PALABRAS CLAVE

Shock  
Adrenalina  
Vasopresor  
Push-done

### Shock hipobolemiko sekundarioa ospitale batetik 50 minutura dagoen abortu batean. Kasu bati dagokionez

#### Laburpen:

Euskal Herriko Etengabeko Arreta Puntu (EAG) askotatik ospitale erabilgarri batera doan bidaia isokronoa oso luzea izan daiteke, eta lekualdatzeko anbulantziak ez daude beti eskuragarri. Sortzen ari den patología bat duen paziente baten aurrean, batzuetan, shock egoeretan gaixoen biziraupenaren aurka joan daitezkeen muga material batzuekin egiten dugu topo. Adrenalina edozein osasun-zentrotan aurki dezakegu eta "Push-Done" formatua erabil genezake, gaur egun Euskal Herriko EAGetan eskuragarri ez dauden basopresoreen etengabeko perfusiorako zurbia dela kontuan hartuta.

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

### GILTZA-HITZAK

Shock  
Adrenalina  
Vasopresora  
Push-donea

## KEYWORDS

Shock  
Adrenaline  
Vasopressor  
Push-done

## Hypovolemic shock secondary to an abortion 50 minutes from a hospital. About a case

### Summary:

The isochronous journey from many Continuing Care Points (PAC) in the Basque Country to a useful hospital can be very long, and ambulances for transfer are not always available. When faced with a patient with an emerging pathology, we sometimes encounter certain material limitations that can go against the survival of patients in shock situations. We can find adrenaline in any health center and we could use the "Push-Done" format, taking into account that it is a bridge to the continuous perfusion of vasopressors that are currently not available in the PACs of the Basque Country.

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

## Introducción

La isócrona de muchos de los Puntos Atención Continuada (PAC) en el País Vasco hasta un hospital útil puede ser muy prolongada y las ambulancias para el traslado no siempre están disponibles. Ante un paciente con una patología emergente, en ocasiones nos encontramos con ciertas limitaciones materiales que pueden ir en contra de la supervivencia de los pacientes.

## Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 39 años. Acude al PAC por un sangrado vaginal abundante secundario a un aborto diferido *que se había diagnosticado 3 días antes, en la semana 16 de gestación, y para el cual inicialmente se decidió una actitud expectante*. La mujer se encuentra muy sintomática, pálida y con mala perfusión periférica. Inicialmente presenta frecuencias cardíacas en torno a 110 latidos por minuto con una tensión arterial (TA) de 60/40 mmHg, así como sangrado activo por vía vaginal. Se canalizan 2 vías periféricas en ambos antebrazos y se infunden 1500 mililitros de suero salino 0,9%, sin objetivarse mejoría en los parámetros fisiológicos. Ante la persistencia de hipotensión en el contexto de shock hipovolémico, se administran 20 microgramos (mcg) de adrenalina intravenosa en 2 ocasiones, con un intervalo de 5 minutos, tras lo cual se objetiva mejoría clínica y una TA sistólica mayor de 110 mmHg. Se solicita Soporte Vital medicalizado para su traslado. Durante el mismo, más de 40 minutos hasta la llegada a un centro hospitalario útil, la mujer permanece estable desde el punto de vista hemodinámico, cediendo el sangrado y sin necesidad de vasopresores. A su llegada al Servicio de Urgencias, presenta una hemoglobina de 7,6 gramos/decilitro; se transfunden 2 concentrados de hemáties y se realiza un legrado uterino evacuador. La paciente es dada de alta en las 24 horas siguientes con hierro oral y seguimiento por su ginecólogo de referencia.

## Discusión

A través de este caso clínico, queremos dar a conocer el formato "Push-Dose"<sup>1</sup> de los fármacos utilizados principalmente en emergencias. Se denomina "Push-Dose" al uso de fármacos, habitualmente vasopresores, en forma de bolos intermitentes para optimizar el estadio hemo-

dinámico. Estos fármacos se utilizan en hipotensiones secundarias a sepsis, traumatismos, shock y recuperación de la circulación posparada cardíaca. Los fármacos que suelen emplearse son: adrenalina, fenilefrina, vasopresina, efedrina y noradrenalina<sup>2</sup>. Ninguno de ellos, salvo la efedrina, tiene reconocida en ficha técnica la utilización como "Push-Dose". Dado que no son preparados comerciales, el error en la preparación de estas fórmulas es un riesgo a tener en cuenta. Como efectos adversos más relevantes podemos encontrar crisis hipertensivas, arritmias cardíacas, isquemia de las extremidades, acidosis metabólica, acidosis láctica e hiperglucemias. Como agentes reversores de acción corta encontramos el esmolol y la nitroglicerina<sup>4</sup>.

Como ya se ha comentado, para su utilización en formato "Push-Dose" se encuentra la adrenalina. Al tratarse de un fármaco elemental en el servicio sanitario, vamos a hacer hincapié en la forma de preparación, así como la dosis a emplear y el intervalo de las mismas<sup>3</sup>.

## ¿Cómo es la preparación?

En España, las ampollas de adrenalina comercializadas son de 1 mg/ml. Debemos aspirar toda la ampolla, es decir, 1 ml de adrenalina (1000 mcg) y añadir 9 ml de suero salino 0,9%. De tal manera que tenemos 100 mcg en cada ml de la preparación. Aspiramos 1 ml de dicha preparación, 100 mcg de adrenalina, y añadimos 9 ml de suero salino; de esta manera, tenemos 10 mcg de adrenalina por cada mililitro de la nueva dilución.

¿Cuál es la dosis a emplear?

La dosis a emplear es de 10-20 mcg en cada bolo, cada 5 minutos, hasta alcanzar el objetivo.

## Conclusión

Como conclusión podemos decir que, en situaciones de extrema urgencia tales como hipotensión grave en caso de shock anafiláctico, hipovolémico o neurógeno, así como bradicardias extremas, y dado que podemos encontrar adrenalina en cualquier centro sanitario, se la podría utilizar con el formato "push-dose", teniendo en cuenta que se trata de un puente hacia la perfusión continua de vasopresores<sup>5</sup>.

## Financiación

Sin financiación.

**Agradecimientos**

Especial agradecimiento a Paula Blanco Martínez.

**Conflicto de intereses**

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

**Bibliografía**

1. Weingart S. Push-dose pressors for immediate blood pressure control. *Clinical and Experimental Emergency Medicina* 2015 Jun 1;2(2):131-132.
2. Singer S, Pope H, Fuller BM, Gibson G. The safety and efficacy of push dose vasopressors in critically ill adults. *The American journal of emergency medicine*. 2022 Nov 1;61:137-142.
3. Nawrocki PS, Poremba m, Lawner BJ. Push Dose Epinephrine Use in the Management of Hypotension During Critical Care Transport. *Prehospital emergency care* 2020 Mar 3;24(2):188-195.
4. Onwochei, Desire N. Norepinephrine Intermittent Intravenous Boluses to Prevent Hypotension During Spinal Anesthesia for Cesarean Delivery: A Sequential Allocation Dose-Finding Study. *Anesthesia & Analgesia*. July 2017.125(1):p212-218.
5. Woo Jin Cho. Systemic hemodynamic effects of norepinephrine versus phenylephrine in intermittent bolus doses during spinal anesthesia for cesarean delivery. *Anesthesia & Pain*. August 2019. 15(1):53-60.

# ARTÍCULO ESPECIAL

Gac Med Bilbao. 2024;121(1):22-27



## Cáncer de mama: la importancia de la información y del lenguaje en la relación médico-paciente

López-Ruiz José-Antonio<sup>a,b</sup>, Mieza-Arana Juan-Antonio<sup>c,d,e,f</sup>

(a) Grupo Preteimagen. Doctor en Medicina. Especialista en Radiodiagnóstico. Bilbao, España

(b) Sociedad Vasca de Patología Mamaria y Cáncer Ginecológico (SVPMycG). Presidente. Bilbao, España

(c) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces. Hospital Universitario Cruces. Servicio de Ginecología. Barakaldo, España

(d) Grupo IMQ. Clínica IMQ Zorrotzaurre. Servicio de Ginecología. Bilbao, España

(e) Instituto Ginecológico Deusto. Ginecólogo. Bilbao, España

(f) Sociedad Vasca de Patología Mamaria y Cáncer Ginecológico (SVPMycG). Vicepresidente. Bilbao, España

Recibido el 23 de mayo de 2023; aceptado el 18 de enero de 2024

### PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama.  
Relaciones  
médico-paciente.  
Redes sociales.  
Dr. Google.  
Influencia mediática.

### Resumen:

El diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes con cáncer de mama es uno de los ejemplos más típicos que ilustra las ventajas de un enfoque y actuación multidisciplinar. Pero, si exceptuamos posibles y aisladas discrepancias entre los miembros de un equipo multidisciplinar, así como las opiniones de profesionales sanitarios ajenos al equipo, es la influencia de las redes sociales y de los medios de comunicación lo que puede suponer una seria interferencia en las relaciones médico-paciente.

El "Dr. Google" ha venido para quedarse y, lamentablemente, se consolida como obligada referencia para pacientes y familiares, a veces difícil de contrarrestar en las consultas especializadas de cáncer de mama. Por otro lado, algunos medios de comunicación y la denominada "prensa rosa" favorecen algunas ideas y terminología poco acordes con la realidad científica.

Tampoco ayuda mucho la divulgación de algunas "guías de actuación" elaboradas en el seno de algunas instituciones sanitarias, por parte de profesionales no siempre seleccionados en base a parámetros objetivos de conocimientos actualizados y experiencia en la materia.

El presente artículo pretende ilustrar algunas de las más frecuentes situaciones que se dan en las consultas médicas, motivadas por las circunstancias antes explicadas, con la esperanza (tal vez ingenua) de que al menos los profesionales sanitarios reflexionemos al respecto.

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

## Bularreko minbizia: informazioaren eta hizkuntzaren garrantzia medikuaren eta pazientearen arteko harremanean.

### Laburpena:

Bularreko minbizia duten pazienteen diagnostikoa, tratamendua eta jarraipena da diziplina anitzeko ikuspegi eta jarduera baten abantailak erakusten dituen adibiderik ohikoenetako bat. Baina, diziplina anitzeko talde bateko kideen arteko desadostasunak eta taldeaz kanpoko osasun-profesionalen iritziak alde batera utzita, gizarte-sareen eta komunikabideen eragina da medikuen eta gaixoen arteko harremanetan interferentzia larria eragin dezakeena.

Google doktorea geratzeko etorri da, eta, zoritxarrez, ezinbesteko erreferentzia bihurtu da gaixo eta senideentzat, batzuetan zaila baita bularreko minbiziaren kontsulta espezializatueta aurre egitea. Bestalde, komunikabide batzuek eta prentsa arrosa deritzonak errealitate zientifikoarekin bat ez datozen ideia eta terminologia batzuk bultzatzen dituzte.

Halaber, ez du asko laguntzen zenbait osasun-erakunderen barruan landutako "jarduera-gida" batzuk zabaltzen, beti hautatzen ez diren profesionalak prestatuak, jakintzei buruzko parametro objektiboetan eta arlo horretako esperientzian oinarrituta.

Artikulu honen bidez, kontsulta medikoetan izaten diren egoerarik ohikoenetako batzuk argitu nahi dira, arestian azaldutako inguruabarrak direla medio, eta osasun arloko profesionalak gutxienez horri buruz hausnartuko dugulakoan (agian inozoa).

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

## GILTZA-HITZAK

Bularreko minbizia.  
Medikuaren eta  
pazientearen arteko  
harremanak.  
Sare sozialak.  
Google doktorea.  
Eragin mediatikoa

## Breast Cancer: The Importance of Information and Language in the Doctor-Patient Relationship

### Abstract:

The diagnosis, treatment and follow-up of breast cancer patients is one of the most typical examples that illustrates the advantages of a multidisciplinary approach and action. But, with the exception of possible and isolated discrepancies between members of a multidisciplinary team, as well as the opinions of health-care professionals outside the team, it is the influence of social networks and the media that can seriously interfere with doctor-patient relationships.

"Dr Google" is here to stay and, unfortunately, it has established itself as an obligatory reference for patients and families, sometimes difficult to counteract in specialized breast cancer consultations. On the other hand, some media and the so-called "tabloids" favor some ideas and terminology that are not in line with scientific reality.

Nor does the dissemination of some "action guides" drawn up within some health institutions, by professionals who are not always selected on the basis of objective parameters of up-to-date knowledge and experience in the field, help much.

This article aims to illustrate some of the most frequent situations that occur in medical consultations, motivated by the circumstances explained above, in the (perhaps naive) hope that at least health professionals will reflect on the matter.

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

## KEYWORDS

Breast cancer.  
Doctor-patient  
relationships.  
Social media.  
Dr. Google.  
Media influence.

### Introducción.

Desde el punto de vista normativo, el derecho de información del paciente se recoge en la Ley 41/2002 del Boletín Oficial del Estado<sup>1</sup>. Sin embargo, en la práctica pueden concurrir diversas circunstancias que la desvirtúan y "reinterpretan" con cierta frecuencia. Tras muchos años de ejercicio profesional bajo entornos multidisciplinarios, somos conscientes del grado de desinformación (o

información errónea) de muchas pacientes en asuntos relacionados con el cáncer de mama, consecuencia de diversos factores, entre los que cabe destacar:

- a) Consultar fuentes no expertas o insuficientemente contrastadas, lo que incluye la consulta indiscriminada en las redes sociales e Internet.
- b) La vigencia de uno de nuestros vicios nacionales, también presente entre las profesiones sanitarias:

opinar de todo, aunque no se disponga de suficientes conocimientos sobre el asunto.

- c) Cierta dejación de funciones y/o cierto sesgo informativo, por parte de las autoridades sanitarias, a la hora de divulgar/no divulgar contenidos relacionados con el cáncer de mama.

- d) El (a veces) excesivo uso de la denominada “conspiración del silencio”<sup>2</sup>, basada en un concepto paternalista del ejercicio de la Medicina, excepcionalmente justificado en la actualidad.

Como manifiesta A. Porroche-Escuchero<sup>3</sup>, la desinformación puede interferir en la capacidad crítica de las personas para tomar decisiones meditadas y bloquea el derecho de las personas a una información veraz, objetiva y completa, que favorezca la toma de decisiones libres y sopesadas.

Se exponen, a continuación, algunos ítems que permiten ilustrar diversas situaciones cotidianas en las consultas médicas, a propósito del cáncer de mama.

1) “*Es aconsejable prevenir el cáncer de mama*”. Abundan las referencias a la palabra “prevenir”, que comúnmente se interpreta en el mundo de la Medicina como evitar la aparición de la enfermedad, algo que, a fecha de hoy, resulta imposible en el caso del cáncer de mama, incluso adoptando medidas onco-profilácticas radicales, tales como mastectomía bilateral<sup>4</sup>.

En Salud Pública, se describen tres niveles de prevención de enfermedades<sup>5</sup>: primaria (orientada a evitar la aparición de la enfermedad), secundaria (destinada al diagnóstico precoz de la enfermedad) y terciaria (destinada a la recuperación de la enfermedad clínicamente manifiesta).

Entre los profesionales dedicados al cáncer de mama, se habla de “prevenir” (prevención primaria) dicha enfermedad adoptando diversos hábitos de vida y huyendo de otros<sup>6</sup>. Tales consejos de salud, sin duda potencian una vida más saludable, pero no evitan la aparición de cáncer de mama<sup>7</sup>.

Por alguna razón que desconocemos, el término prevención (referido a la prevención secundaria) ha prevalecido en algunos entornos sanitarios y medios de comunicación sobre el término, menos confuso y más comprensible, de diagnóstico precoz, induciendo a importantes errores conceptuales, en especial entre el ciudadano común, quien puede pensar que la realización de mamografías de “chequeo” (cribado) evita la aparición de cáncer de mama o proporciona cierta garantía de disminución del riesgo.

Por lo tanto, infórmese a las mujeres de que los hábitos de vida saludables no constituyen una barrera infranqueable para el cáncer de mama, evítese el término prevención en los mensajes sociales y sanitarios dirigidos hacia la población, y utilícese el de diagnóstico precoz, de significado más comprensible y exacto, así como más ajustado a los mejores datos que la bibliografía nos proporciona.

2) “*Estoy tranquila: yo no tengo antecedentes familiares*”, o “*estoy muy preocupada: mi madre tuvo cáncer de mama*”. A menudo escuchamos ambos comentarios en nuestras consultas. Por un lado, el comentario “relajado” de las mujeres sin antecedentes familiares directos (o de primer grado), sin que a muchas de ellas nadie les haya explicado que, en la gran mayoría (80 – 96 %) de casos diagnosticados, no se conocen antecedentes familiares<sup>7,8</sup>. Y, por el otro lado, las mujeres muy preocupadas porque algún familiar tuvo cáncer de mama.

A efectos de estimación del riesgo heredofamiliar, y exceptuando las familias portadoras de ciertas mutaciones en los genes BRCA1/BRCA2 (más conocidos, pero no únicamente ellos), tan sólo se consideran los familiares de primer grado (madre, padre, hermanos, hijos). Y, además, el “peso” de un antecedente tan sólo supone un mínimo incremento de riesgo sobre el riesgo promedio.

A efectos prácticos, téngase en cuenta que el principal factor de riesgo, por delante de la historia familiar o de otros factores, es la edad<sup>7,8</sup>.

3) “*¿Cáncer precoz?: ¡ gracias a Dios!*”. Durante muchas décadas, el diagnóstico, la evaluación pronóstica (mediante el sistema “TNM”) y el tratamiento del cáncer de mama han estado basados en el denominado paradigma “halstediano” (del cirujano norteamericano William Steward Halsted, 1852-1922). Esencialmente, dicho paradigma explicaba, de un modo entonces bastante lógico y comprensible, que una vez iniciado en la mama, el cáncer crecía progresivamente de tamaño hasta llegar un punto en que invadía, primero, los ganglios axilares y, después, el resto del cuerpo, provocando metástasis a distancia<sup>9</sup>.

Por lo tanto, la clave consistía en detectar tumores de muy pequeño tamaño (T1), a ser posible sin afectación ganglionar axilar (N0) y, por lo tanto, sin riesgo de enfermedad metastásica (principal causa de muerte entre las pacientes). De este modo, se potenciaron las campañas de detección precoz y se puso especial empeño en el tratamiento quirúrgico local (mama/axila) hasta extremos muy agresivos.

Así pues, la detección de tumores de pequeño tamaño (T1) sin afectación ganglionar axilar (N0) venía considerándose de muy buen pronóstico, sin necesidad de aplicar terapias sistémicas agresivas (quimioterapia, etc.). Sin embargo, el seguimiento de las pacientes “N0” vino a demostrar que, aproximadamente un tercio de ellas desarrollaba enfermedad metastásica, poniendo en tela de juicio el paradigma de Halsted<sup>6</sup>.

Tuvieron que ser los hermanos Bernard y Edwin R Fisher (cirujano y patólogo, respectivamente), durante la década de los 70 del siglo pasado, quienes defendieran que, en realidad, el cáncer de mama debería ser considerada una enfermedad sistémica desde sus inicios y, por lo tanto, el riesgo de enfermedad metastásica era real desde las primeras fases de desarrollo tumoral, aunque no hubiese invasión ganglionar previa.

Así pues, el paradigma “*fisheriano*” parece ahora explicar mejor el comportamiento biológico tumoral del cáncer mamario.

Por lo tanto, la detección de pequeños tumores, sin afectación ganglionar axilar, no supone necesariamente un buen pronóstico: aproximadamente un tercio de pacientes tendrán un mal pronóstico, con alto riesgo de recidiva/recurrencia del tumor y, finalmente, enfermedad metastásica, verdadera causa de la muerte provocada por este tumor<sup>9</sup>. Y ello debe ser conocido por las mujeres que deciden adoptar la cultura de la detección precoz, quienes habitualmente no disponen de suficiente información al respecto<sup>10</sup>.

4) “*Entonces, ¿de qué sirve el diagnóstico precoz?*” La progresiva aceptación del paradigma “*fisheriano*” dio lugar a la búsqueda de herramientas que permitieran evaluar el verdadero comportamiento biológico tumoral, de manera personalizada y basadas en principios genómicos. De este modo, aparecieron las plataformas de expresión génica tumoral, que evalúan el riesgo de enfermedad metastásica (bajo vs alto) y, por lo tanto, el pronóstico (riesgo de muerte), de manera más exacta que el resto de sistemas (ahora convencionales, como el TNM o los subtipos subrogados) de evaluación pronóstica.

Diversos trabajos publicados, utilizando tales plataformas en pacientes diagnosticadas de cáncer de mama, vienen a demostrar que la mayoría de casos (70-80%) detectados de manera precoz presentan bajo riesgo de enfermedad metastásica<sup>9</sup>.

Por lo tanto, sigue siendo importante el diagnóstico precoz, pues la gran mayoría de pacientes padecerán tumores de bajo riesgo.

5) “*¿Cuál es el mejor método de diagnóstico precoz?*” Durante muchos años, sólo se disponía de la mamografía para la detección precoz, y pronto se descubrieron sus limitaciones: la Sensibilidad (capacidad de visualizar tumores) de la mamografía disminuía a medida que aumentaba la cantidad de tejido conjuntivo-glandular mamario (causante de la densidad radiológica). De hecho, se estima que, como promedio, un 20% (mayor en mujeres con mamas con gran densidad radiológica) de tumores no se detecta en la mamografía<sup>7</sup>. Aunque hay frecuentes excepciones, la densidad mamográfica es elevada en las mujeres jóvenes y se reduce a partir de la menopausia. Es decir, la mamografía tendría, a priori, un mayor poder diagnóstico en mujeres a partir de la menopausia. Tal vez por ello se concentraron casi todos los esfuerzos institucionales en el grupo de población de edad comprendida entre los 50 y 64-69 años<sup>6</sup>.

Sin embargo, hace décadas que la situación epidemiológica del cáncer de mama no justifica “*olvidarse*” de las mujeres menores de 50 años (habitualmente, baja Sensibilidad de la mamografía) y mayores de 64-69 años (¡el riesgo de cáncer de mama aumenta con la edad!)<sup>8</sup>. Por otro lado, se dispone actualmente de otras herramientas útiles, complementarias a la mamografía, como la tomosíntesis, la ecografía o la resonancia magnética<sup>9</sup>.

En la actualidad, la mayoría de expertos están de acuerdo en que la detección precoz debería de ser personalizada, con arreglo a la presencia/ausencia de factores de riesgo, edad, patrón mamográfico de fondo, etc. De poco sirve el “*café para todas*”, como sistemáticamente viene aplicándose en los programas institucionales de cribado. En algunas mujeres será suficiente la mamografía únicamente pero, en otras (de la misma edad), tendrán que añadirse otros procedimientos<sup>9,11</sup>.

Si bien en algunos países, generalmente en desarrollo/subdesarrollados, se fomenta la autoexploración mamaria, estrategia con apenas/ningún impacto en el diagnóstico precoz<sup>3</sup>, carece de sentido fomentarla entre mujeres que tienen fácil acceso a los métodos radiológicos recomendados.

6) “*Me han diagnosticado cáncer de mama: ¿Debo solicitar una segunda opinión?*” Aunque los diversos procesos relacionados con el cáncer de mama (diagnóstico, estadificación locoregional/sistémica, tratamiento y seguimiento) se dan con frecuencia, lo cierto es que no existe un amplio consenso al respecto, ni entre diversos facultativos ni entre facultativos y las diversas Guías de Práctica Clínica<sup>12</sup>, por lo que no es infrecuente sopesar solicitar una segunda opinión.

Como en otras patologías, especialmente en las comunes como es el caso del cáncer de mama, el grado de conocimientos y experiencia entre los facultativos es variable, así como el grado de confianza de las pacientes en sus médicos, condicionada por las contradicciones/carencias de los sistemas de salud y las actitudes/apetitudes de algunos médicos. En concreto, las pacientes detectan algunos problemas en cuanto a información de su proceso: disparidad de criterios médicos, “*vacío/brechas*” informativas, secuencias poco claras de tratamientos, elevada rotación de los profesionales, problemas de acceso a pruebas/tratamientos, etc.<sup>13,14</sup>.

Como consecuencia de la falta de confianza en sus médicos, algunas pacientes recurren al “*Dr. Google*”, a redes sociales y/o a personas próximas, no médicos, que han pasado previamente por el trance, y que recomiendan/no recomiendan a los facultativos que les atendieron, en función de una experiencia positiva/negativa (uno de los factores generadores de “*buena/mala fama*”), lo cual no siempre desemboca en el éxito/fracaso, respectivamente.

En nuestra opinión, la intención de algunas de las pacientes en recabar una segunda opinión no ha de considerarse una “*humillación*” para el “*facultativo oficial*”, y debemos respetarla con educación y sin resentimiento, aunque estemos convencidos de que nuestro trato y dictamen son correctos.

7) “*No quiero radiarme por la mamografía*”, o “*¿no sirve igual una ecografía mamaria para la detección precoz?*” La mamografía supone el uso de radiaciones ionizantes, aunque cada vez con menor dosis. No obstante, desde el propio entorno sanitario se tiende a exagerar el riesgo de radiación, creando alarma entre las mujeres, especialmente ante el riesgo de cáncer mamario radioinducido.

El asunto ha sido foco de interés desde el mismo momento en que se plantearon las estrategias de diagnóstico precoz mediante mamografía, realizada de manera periódica. Y, hasta la fecha, no se tiene constancia bibliográfica de ningún caso de cáncer de mama radioinducido. Por otro lado, diversos estudios han concluido que los posibles beneficios de la mamografía periódica superan unas ochocientas veces a los posibles riesgos<sup>15,16</sup>.

Ante los teóricos riesgos ocasionados por la radiación de las mamografías, algunos profesionales propugnan alternar mamografía y ecografía mamaria, lo cual es una estrategia inadecuada/carente de solidez científica. La ecografía no puede sustituir a la mamografía en las tareas de diagnóstico precoz, pues existen lesiones malignas sólo visibles en mamografía (pequeño acúmulos de calcificaciones, por ejemplo), y viceversa (masas en patrones mamográficos densos). Como conclusión: es imprescindible la mamografía, y la ecografía sirve para complementarla (especialmente en patrones mamográficos densos).

8) *"No entiendo los informes de las mamografías..."* Hasta hace muy poco (incluso en la actualidad, en algunos entornos sanitarios), los radiólogos daban rienda suelta a variables estilos literarios al elaborar sus informes, usando lenguajes no claramente comprensibles, ni para la paciente, ni para otros radiólogos, ni para los facultativos prescriptores.

Conscientes de dicha situación, el Colegio Americano de Radiología (ACR, *"American College of Radiology"*) diseñó en 1993 un sistema de nomenclatura que pretendía estandarizar el lenguaje y significado de los informes radiológicos, y que hoy puede emplearse en mamografía, ecografía mamaria y resonancia magnética mamaria. Se denominó BI-RADS, acrónimo en inglés de *"Breast Imaging Reporting and Data System"*<sup>17</sup>.

Básicamente, y en el caso de la mamografía, dicho sistema emplea descriptores tanto para la definición de las lesiones detectadas (evaluando su nivel de riesgo de malignidad) como para el patrón mamográfico de fondo (*"a/b"*, como patrones no densos, y *"c/d"* como patrones densos).

Aunque tal vez mejorable, el sistema BI-RADS permite entender mejor la forma y fondo de los informes radiológicos, especialmente si, en éstos, se incluyen anotaciones explicativas complementarias. Por lo tanto, sería deseable que se utilizara de manera habitual.

9) *"¿Cuándo hay que empezar las revisiones?"* El hecho de que los actuales programas institucionales de cribado inviten a mujeres de riesgo promedio a partir de los 50 años, ello no significa que sea incorrecto empezar antes de cumplir 50 años<sup>8</sup>. No siempre las directrices de los sistemas sanitarios coinciden con las Guías Internacionales vigentes. Por otro lado, hay variabilidad de recomendaciones entre éstas.

Teniendo en cuenta el actual panorama epidemiológico del cáncer de mama (más del 30% de casos,

en mujeres menores de 50 años, independientemente de si existieran antecedentes heredofamiliares)<sup>8</sup>, nosotros somos partidarios de iniciar las exploraciones radiológicas a los 40 años en mujeres con riesgo promedio (sin factores de riesgo). Si existieran éstos, debieran iniciarse a los 35 años, e incluso antes en algunos casos.

10) *"¿Cada cuanto tiempo debo hacer las revisiones?"* Depende básicamente de la presencia/ausencia de factores de riesgo, así como del patrón mamográfico de fondo (que, en caso de ser *"denso"*, es considerado un factor de riesgo más). Con arreglo al principio, ya citado, de la revisión personalizada, la periodicidad oscila entre 1 año y 2 años. Los controles bienales podrían ser correctos en mujeres sin factores de riesgo y con patrón mamográfico no denso. Pero serían incorrectos (plazo demasiado largo) en pacientes con factores de riesgo y/o con patrones densos.

11) *"¿Hasta cuándo debo seguir realizándome las revisiones?"* El riesgo de cáncer de mama se incrementa con la edad<sup>8</sup>, algo que parece no explicarse a las mujeres que se plantean adoptar la filosofía del *"chequeo"* periódico<sup>18</sup>.

Los habituales programas institucionales abarcan, como mucho, a las mujeres de 69 años, quienes, al ser dadas de *"baja"*, albergan la creencia de que ya no van a padecer cáncer de mama o su riesgo es muy limitado/improbable, aunque parece demostrada la eficacia de prolongar el cribado hasta, al menos, los 75 años<sup>19,20</sup>.

Lo cierto es que no recordamos Guías en las que se especifique el límite superior de edad. Algunos propugnan que, al menos, hasta 5 años antes de las expectativas teóricas de vida (en País Vasco, 85 años, y por lo tanto, hasta los 80 años). También es cierto que, a partir de ciertas edades, existen otros problemas de salud más acuciantes, como las enfermedades cardiovasculares, que debieran captar los focos del protagonismo sanitario.

En nuestra opinión, debería ser la propia mujer, adecuadamente informada y de acuerdo con su médico, quien tomara la decisión de cuándo poner fin a los controles mamográficos.

12) *"¿Estoy curada, Doctor?"* Como ya se ha explicado antes, el comportamiento biológico del cáncer de mama (y de sus metástasis) está sujeto a nuevos avances en investigación. Pero parece actualmente claro que se trata de una enfermedad potencialmente sistémica desde sus inicios y, por lo tanto, capaz de acompañarse de células metastásicas desde antes (incluso) de su diagnóstico clínico/radiológico.

El objetivo de la terapia sistémica es *"cronificar"* la enfermedad y que la paciente fallezca *"con cáncer de mama"*, en lugar de *"por un cáncer de mama"*. Bajo tal perspectiva, y a pesar de un correcto tratamiento sistémico, el riesgo de recidivas, nuevos tumores o enfermedad metastásica está siempre presente, en mayor o menor grado.

Por ello, el término *"curación"* ha de utilizarse con cautela y con muchas reservas, incluso en casos de

“cáncer precoz”<sup>7</sup>, no como se viene haciendo en la actualidad en medios de comunicación, redes sociales e, incluso, en algunas consultas médicas, creando falsas expectativas en las pacientes. O, idealmente, erradicarse su uso en los entornos sanitarios dedicados al tratamiento de esta patología.

En este sentido, viene siendo habitual en muchos Centros Sanitarios Terciarios “dar el alta” a las pacientes tras 5 – 10 años de seguimiento, lo que puede ser interpretado, por algunas ellas y sus familiares, como prueba de “curación” o de baja probabilidad de recurrencia.

Sería deseable explicar a las pacientes que ello responde a otras consideraciones (sobrecarga asistencial, motivaciones presupuestarias, delegación de los controles posteriores en la Atención Primaria, etc.) ajenas al verdadero significado de “curación”.

### Bibliografía

- Boletín Oficial del Estado. Ley 41/2002, básica y reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE núm 274, de 15 de noviembre de 2002. pp.40126-40132.
- Barbero J. El derecho del paciente a la información: el arte de comunicar. An. Sist. Sanit. Navar. 2006;29:19-27.
- Porroche-Escudero A. Problematizando la desinformación en las campañas de concienciación sobre el cáncer de mama. Gac Sani. 2017;31:250-252.
- Brenes JM, Olivares ME, Merchán MJ, Moreno MA, Solabarrieta A, González B, et al. Cirugía reductora de riesgo en el cáncer de mama. Rev Senol Patol Mamar. 2015;28(3):136-142.
- Cuadra Catalá N, Adrover Cebrián E. Prevención primaria, secundaria y terciaria. En: Estilo de vida y cáncer de mama. Actuaciones antes, durante y después del tratamiento. Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. 2022.
- Sun YS, Zhao Z, Yang ZN, Xu F, Lu HJ, Zhu ZY, et al. Risk factors and preventions of breast cancer. Int. J. Biol. Sci. 2017; 13: 1387-97.
- Conner K. Mitos frente a datos sobre el cáncer de mama. (citado el 6 de Enero de 2024). [www.breast-cancer.org/es/datos-estadisticas/mitos-frente-a-datos](http://www.breast-cancer.org/es/datos-estadisticas/mitos-frente-a-datos)
- El cáncer de mama en España: situación actual. Citado el 7 de Enero de 2024. GEICAM. [www.geicam.org/sala-de-prensa/el-cancer-de-mama-en-espana](http://www.geicam.org/sala-de-prensa/el-cancer-de-mama-en-espana).
- López-Ruiz JA. Cáncer de mama en el era genómica: ¿sirve de algo la detección precoz?. Gac Med Bilbao. 2021;118:201-13.
- Rosado Varela P, Baena Cañada JM, Quílez Cutillas A, González Guerrero M, Expósito Alvarez I, Nieto Vera J, et al. ¿Qué piensan las mujeres sobre la mamografía de cribado?. Encuesta en el programa de diagnóstico precoz de cáncer de mama. Rev Senol Patol Mamar, 2018;31(1):4-11.
- Ren W, Chen M, Qiao Y, Zhao F. Global guidelines for breast cancer screening: A systematic review The breast. 2022; 64: 85-89.
- Moumjid N, Gafni A, Bremond A y Carrere MO. Seeking a second opinion: do patients need a second opinion when practice guidelines exist?. Health Policy. 2007;80:43-50.
- Ferro T, Prades J. Necesidades de información en el cáncer de mama y de atención en la supervivencia. Federación Española de Cáncer de Mama (FECMA). 2013.
- Martín-Fernández R, Abt-Sacks A, Perestelo-Perez L y Serrano-Aguilar P. Actitudes de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama frente a la toma de decisiones compartida. Rev Esp Salud Pública 2013;87:59-72.
- Feig SA. Radiation risk from mammography: is it clinically significant?. AJR Am J Roentgenol. 1984;143:469-75.
- Mettler FA, Upton AC, Kelsey CA, Ashby RN, Rosenberg RD, Linver MN. Benefit versus risks from mammography: a critical reassessment. Cancer. 1996;77:903-9.
- American College of Radiology (ACR). ACR BI-RADS Mammography, Ultrasound and Resonance Imaging. In: ACR Breast Imaging Reporting and Data System, Breast Imaging Atlas, Reston, VA. American College of Radiology; 2003.
- Elomrani F, Zine M, Afif M, L'annaz S, Ouziane I, Mrabti H, et al. Management of early breast cancer in older women: from screening to treatment. Breast Cancer (Dove Med Press). 2015;7:165-71.
- Hartman M, Drotman M, Arleo EK. Annual screening mammography for breast cancer in women 75 years old or older: to screen or not to screen. AJR Am J Roentgenol. 2015;204(5):1132-6.
- Lee CS, Lewin A, Reig B, Heacock L, Gao Y, Heller S, et al. Women 75 years old or older: to screen or not to screen?. Radiographics 2023;43(5):doi:10.1148/rg.220166.

# ARTÍCULO ESPECIAL

Gac Med Bilbao. 2024;121(1):28-29



## Abordar la crisis de la sanidad pública

Bengoa Rafael<sup>a,b</sup>

(a) *Eusko Jaurlaritza - Gobierno Vasco. Departamento. Departamento de Salud. Exconsejero. Vitoria - Gasteiz, España*

(b) *Organización Mundial de la Salud (OMS). Dirección de Sistemas de Salud. Director. Ginebra, Suiza*

Recibido el 9 de marzo de 2023; aceptado el 24 de enero de 2024

### PALABRAS CLAVE

Crisis sanitaria.  
Enfermedades crónicas.  
Profesionales sanitarios.  
Política y salud.  
Transformación sanitaria.

### Resumen:

El 3 de marzo de 2023, en la Sociedad Bilbaina, el exconsejero de Sanidad y exdirector de Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Rafael Bengoa, impartió la ponencia titulada "Abordar la crisis de la sanidad pública". Este evento se enmarcó dentro de la 50.ª Semana de Humanidades de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao – Bilboko Medikuz Zientzien Akademia (ACMB/BMZA), que se llevó a cabo bajo el lema 'Salud y Sociedad. Vida Saludable'.

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

### GILTZA-HITZAK

Osasun-krisia.  
Gaixotasun kronikoak.  
Profesional sanitarioak.  
Politika eta osasuna.  
Osasun-eraldaketa.

### Osasun publikoaren krisiari heltzea

#### Laburpena:

2023ko martxoaren 3an, Rafael Bengoa Osasun sailburu ohi eta Osasunaren Mundu Erakundeko (OME) Osasun Sistemen zuzendari ohiak "Osasun publikoaren krisiari aurre egitea" izeneko txostena eman zuen Bilboko Elkartearen. Ekitaldi hau Bilboko Medikuz Zientzien Akademiaren (ACMB/BMZA) Humanitateen 50. Astearen barruan egin zen, "Osasuna eta Gizartea. Bizitza osasungarria".

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

## Addressing the crisis in public healthcare

### Abstract:

On March 3, 2023, at the Bilbaina Society, former Health Minister and former Director of Health Systems at the World Health Organization (WHO), Rafael Bengoa, delivered the lecture entitled "Addressing the Public Health Crisis." This event was part of the 50th Humanities Week of the Academy of Medical Sciences of Bilbao – Bilboko Medikuzientzien Akademia (ACMB/BMZA), held under the theme "Health and Society. Healthy Living".

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

### KEYWORDS

Public health crisis.  
Chronic diseases.  
Healthcare professionals.  
Politics and health.  
Healthcare transformation.

Es evidente que vamos a ser una “sociedad de crónicos”. Al aumento histórico imparable de enfermedades no transmisibles - 40% de la sociedad vasca sufre una enfermedad crónica - es necesario añadir las enfermedades crónicas que resultan de las enfermedades infecciosas (VIH, hepatitis, SARS...)

Lo primero es reconocer que la crisis actual de la sanidad es efectivamente una crisis y que es multifactorial.

Es la más severa en la historia del sector público.

Por otro lado, no solo están atravesando esta crisis asistencial los sistemas como el nuestro que son sistemas basados en impuestos y de cobertura universal. El declive es también patente en los sistemas tipo Bismarck, centrados en seguros y proveedores privados. Ninguno llegó con los deberes hechos al momento de la pandemia y todos han tenido que retrasar la atención a todo lo no-COVID (cáncer, cardiovascular, mental...) para poder atender a los pacientes COVID.

Lo que ocurre en todos los sistemas ahora en 2023, incluso es que se está expresando todo ese retraso de atención y complicado aún más por la presencia epidémica de tres virus muy contagiosos en estos meses.

Desgraciadamente cuando remita la presión invernal por estos tres virus no bajará mucho la presión asistencial porque la recuperación de los retrasos asistenciales no-Covid mencionados van a requerir muchos años de trabajo.

Paradójicamente, en ese contexto de cronicidad y de crisis el sistema público de salud es más necesario que nunca. Para que pueda cumplir esa función cada vez más compleja será necesario invertir, transformar y liderar de forma diferente para recuperar la confianza perdida de los profesionales de la salud.

El desalineamiento es creciente entre la política y los profesionales de la salud. La pandemia lo ha visibilizado y lo ha exacerbado. La organización —en nuestro caso, Osakidetza— irá de crisis en crisis si la política se sigue distanciando de las bases profesionales que la sustentan.

Es necesario empezar un proceso para recuperar la confianza de los profesionales para que sientan que pertenecen a una organización que tiene direccionalidad y que no depende de los vaivenes de la política.

Esto no es sencillo, pero depende del tipo de liderazgo que se ejerza en el sector en esta década.

Se trata de reafirmar nuestro sistema, no importar otro de afuera. Osakidetza ha probado su resiliencia y es gracias a esa fuerza que se ha podido salvar la situación pandémica y vacunar con eficacia, pero esta resiliencia tiene sus límites y ha costado un alto precio, especialmente en el área de recursos humanos.

Si no se asume que es una crisis estructural y no se lidera la necesaria refinanciación de la sanidad y su transformación, seguirá aumentando el número de personas que acuden a un doble aseguramiento por problemas de acceso al sistema público.

Si esta tendencia prosigue, no se podrá seguir diciendo que Euskadi tiene un sistema universal basado en la equidad. En Euskadi no estamos ahí aun, pero es necesario seguir la evolución de ese equilibrio público-privado para que no nos ocurra un cambio de tendencia que luego no se pueda corregir.

El problema no es solo uno de inversión sino de transformación. El modelo asistencial actual es pasivo, poco proactivo y preventivo: es incompatible con las necesidades de las próximas décadas e incluso para hacerlo mejor en la siguiente pandemia (la cual es inevitable).

Los nuevos hospitales, camas, UCI, las tecnologías y camas son inútiles sin profesionales. Mientras se aumenta la oferta formativa que tarda años es necesario mover algunas poleas en recursos humanos que son más inmediatas todas relacionadas con las condiciones de trabajo - Es necesario ofrecer ahora un nuevo pacto a los profesionales relacionado con la carga de trabajo, la flexibilidad, el reconocimiento y los sueldos. Esto es lo inmediato para frenar el éxodo de profesionales. No se trata solo de ofrecer más plazas MIR sino de elaborar un plan de retención de profesionales.

Las autoridades obviamente deben de atender a los problemas de acceso y de calidad actuales, pero sin desatender la función más estratégica para el sector. Parece ser conveniente - que los partidos políticos de forma transversal - pidan a un grupo independiente que prepare unas propuestas estratégicas de país en lugar de que cada partido presente sus propuestas improvisadas por las próximas elecciones.

Esto último sería una pérdida de tiempo y no salvaría Osakidetza.

# ARTÍCULO ESPECIAL

Gac Med Bilbao. 2024;121(1):30-38



## Antihistamínicos oftálmicos en la alergia ocular y el síndrome de ojo seco

Jáuregui-Presa Ignacio<sup>a,b,c</sup>, Arrien-de Lecea Ángel<sup>a</sup>, Galán-Gimeno Cristina<sup>a</sup>, Sánchez-de Vicente Javier, Pérez-Escalera Lucy-Mónica<sup>a</sup>, Gamboa-Setién Pedro<sup>a,b,c</sup>

(a) Servicio de Alergia. Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, España

(b) Instituto de Investigación Biobizkaia. Grupo de Inmunopatología. Barakaldo, España

(c) Grupo IMQ. Cuadro médico. Bilbao, España

Recibido el 1 de febrero de 2023; aceptado el 19 de marzo de 2023

### PALABRAS CLAVE

Antihistamínicos  
Colirios  
Conjuntivitis alérgica  
Conservantes  
Ojo seco  
Tratamiento tópico  
Cloruro de benzalconio  
Ácido hialurónico

### Resumen:

La conjuntivitis alérgica y el síndrome de ojo seco son trastornos muy prevalentes, frecuentemente asociados e infradiagnosticados. Su diagnóstico es clínico, y debe incluir un estudio alergológico que permita el control de los alérgenos implicados en la conjuntivitis. El tratamiento de ésta incluye medidas higiénicas y de evitación, inmunoterapia específica de alérgeno cuando esté indicada, y un tratamiento farmacológico escalonado, con los antihistamínicos oculares como primera línea de tratamiento. En los colirios antihistamínicos, se prefieren principios activos de última generación, con una acción más selectiva, menor penetración en el SNC, menos interacciones y menos efectos anticolinérgicos que los fármacos clásicos. Es crucial además utilizar colirios antihistamínicos libres de conservantes, para preservar la integridad de la superficie ocular y prevenir la aparición o empeoramiento de un síndrome de ojo seco. La asociación de agentes lubricantes a las formulaciones, como el ácido hialurónico, también ayuda a prevenir la sequedad ocular y puede además aumentar la biodisponibilidad del principio activo. Para lograr la mejor aceptación y adherencia de los pacientes, siempre que sea posible conviene emplear colirios que permitan regímenes de tratamiento de dosis única diaria.

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

## Antihistaminiko oftalmikoak konjuntibitis alergikoan eta begi lehorraren sindromean

### Laburpena:

Konjuntibitis alergikoa eta begi lehorraren sindromea ohikoak diren afekzioak dira, maiz erlazionatuta eta infradiagnostikatuak daudenak. Haren diagnostikoa klinikoa da, eta azterketa alergologiko bat izan behar du konjuntibitisan inplikaturik dauden alergenok kontrolatu ahal izateko. Bere tratamenduaren barne besteaz beste sartzen dira: higie-ne eta saihesteko neurriak, alergenoren immunoterapia espezifikoak, egokia den eina, eta tratamendu farmakologiko mailakatuak, begietako antihistaminikoak lehen tratamendu-lerrotzat hartuta. Azken belaunaldiko antihistaminikoak dituzten kolirioak hobesten dira, medikamentu klasikoak baino ekintza selektiboagoa, Nerbio-Sistema Zentralera sartze txikiagoa, interakzio gutxiagoa eta efektu antikolinergiko gutxiagoa daukatelako. Era berean, ezinbestekoa da kontserbagarri gabeko kolirio antihistaminikoak erabiltzea begi-azalaren osotasuna mantentzeko eta begi lehorraren sindromea ager ez dadin edo okerrera egin ez dezan. Agente lubrifikatzailearen bat daukaten formulazioak, hala nola azido hialuronikoa, begi lehorrak saihesten laguntzen dute eta, gainera, printzipio aktiboaren bioerabilgarritasuna areagotu dezakete. Pazienteek ahalik eta onarpen eta itsaspen onena izan dezaten, gomendagarria da eguneko dosi bakoitzeko tratamendu erregimenak ahalbidetzen dituzten kolirioak erabiltzea.

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

## GILTZA-HITZAK

Antihistaminikoak  
Kolirioak  
Konjuntibitis alergikoa  
Kontserbagarriak  
Begi lehorra  
Tratamendu topikoa  
Benzalkonio kloruroa  
Azido hialuronikoa

## Antihistamine eye drops in ocular allergy and dry eye syndrome

### Abstract:

Allergic conjunctivitis and dry eye syndrome are very prevalent disorders, frequently associated and underdiagnosed. Diagnosis of allergic conjunctivitis is clinical, and should include an allergological study allowing detection and control of involved allergens. Treatment of conjunctivitis includes hygiene and avoidance measures, allergen-specific immunotherapy when indicated, and a stepwise pharmacological treatment, with ocular antihistamines as the first line of treatment. In antihistamine eye drops, latest generation active ingredients are preferred, with a more selective action, less penetration into the CNS, fewer interactions and fewer anticholinergic effects than older, classic antihistamines. It is crucial to use preservative-free eye drops to maintain the integrity of the ocular surface and prevent the onset or worsening of dry eye syndrome. The association of lubricating agents to the formulations, such as hyaluronic acid, also helps to prevent ocular dryness and may also increase the bioavailability of the active ingredient. To achieve the best patient acceptance and adherence, whenever possible it is advisable to use eye drops that permit single daily dose treatment regimens.

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

## KEYWORDS

Antihistamines  
Eye drops  
Allergic conjunctivitis  
Preservatives  
Dry eye  
Topical treatment  
Benzalkonium chlorid  
Hyaluronic acid

## Introducción: El binomio alergia ocular / síndrome de ojo seco

Las enfermedades alérgicas representan un problema de salud pública a nivel global de incidencia creciente, que en gran parte afecta a niños, adolescentes y adultos jóvenes, interfiriendo en sus actividades vitales y su desarrollo personal y profesional. Son patologías crónicas que pueden tener un notable impacto socioeconómico, tanto en términos de productividad laboral y académica como en consumo de recursos sanitarios. De todas ellas, las más comunes se consideran la rinitis y conjuntivitis alérgicas, que afectan, juntas o por separado, a

cerca de un tercio de la población general.

El término alergia ocular engloba a un conjunto de enfermedades inflamatorias de la superficie ocular de origen inmuoalérgico, con distintos niveles de gravedad y extensión, desde la conjuntiva a los párpados<sup>2</sup>. Incluye diversas formas clínicas según el nivel de afectación y la presencia o no de cambios proliferativos en la conjuntiva palpebral, estímulos mecánicos externos (ej.: lentillas) o asociación con dermatitis atópica (Tabla I)<sup>2,3</sup>. La más frecuente es la conjuntivitis alérgica, causada por un mecanismo de hipersensibilidad inmediatea, mediado por inmunoglobulina E (IgE). Su fisiopatología

es compleja y el proceso se asocia muy frecuentemente a otras patologías alérgicas y al síndrome de ojo seco.

El llamado síndrome de disfunción lagrimal o enfermedad del ojo seco ocurre cuando la película precorneal o film lagrimal (una fina capa de líquido formada por agua, mucina y lípidos, que hidrata y protege la córnea y la conjuntiva) pierde su homeostasis y se vuelve inestable o de calidad subóptima para mantener los ojos hidratados. Es una condición crónica con muchas causas posibles, y caracterizada por síntomas muy similares a los de la conjuntivitis alérgica: fotofobia, ardor, dolor ocular y molestias al parpadear<sup>4</sup>, complicando su diagnóstico diferencial.

La alergia ocular y el síndrome de ojo seco son los trastornos más frecuentes de la superficie ocular, ambos con un impacto potencial grave en la calidad de vida, y muestran predisposición recíproca, compartiendo la inflamación de la superficie ocular como trasfondo común<sup>4</sup>. La disfunción de la barrera epitelial es una característica distintiva de todos los trastornos inmunoalérgicos, desde la dermatitis atópica al asma bronquial o la alergia alimentaria, y la conjuntivitis alérgica no es una excepción<sup>5</sup>. Los alérgenos cruzan el epitelio conjuntival e interactúan con los mastocitos y células dendríticas conjuntivales para inducir inflamación alérgica, con activación de citocinas inflamatorias tipo Th2 (IL4, IL-5, IL-13)<sup>5</sup>, y desarrollo de una reacción de hipersensibilidad mediada por IgE, que provoca la desgranulación de los mastocitos y la liberación inmediata de histamina y otros mediadores, alterando el epitelio corneal y la película lagrimal. Además, el tratamiento de la conjuntivitis alérgica puede provocar una mayor disfunción de la lágrima y el empeoramiento de la sequedad ocular. A su vez, el síndrome de ojo seco puede empeorar la disfunción del epitelio corneal y potenciar las reacciones alérgicas en pacientes atópicos<sup>4</sup>.

### **La conjuntivitis alérgica: criterios diagnósticos y manejo mediante formulaciones oftálmicas**

La conjuntivitis alérgica es el más frecuente de los procesos inflamatorios del segmento anterior del ojo. Suele asociarse con rinitis alérgica y, al igual que ésta, está causada por un mecanismo de hipersensibilidad inmediata, mediado por IgE frente a una serie de alérgenos ambientales, domésticos y ocupacionales: ácaros piroglífidos y glicífagos; esporas de hongos; epitelios de roedores, mascotas comunes y animales de granja; pólenes de distintas hierbas (gramíneas, urticáceas, compuestas, quenopodiáceas...), y árboles (oleáceas, betuláceas, fagáceas, coníferas, etc.); así como múltiples sustancias de alto y bajo peso molecular en entornos laborales e industriales. Ciertos alérgenos alimentarios pueden causar también conjuntivitis aislada o rinoconjuntivitis<sup>6</sup>.

El diagnóstico de conjuntivitis alérgica es clínico, basado en signos y síntomas, y se confirma mediante pruebas alérgicas in vivo e in vitro. En 2015, un grupo de expertos de las sociedades españolas de Alergología y Oftalmología estableció unos criterios consensuados de sospecha de conjuntivitis alérgica frente a otras pa-

tologías oculares<sup>7</sup>, definidos por la presencia de prurito e hiperemia conjuntival bilateral, más tres de los siguientes criterios:

- Síntomas oculares asociados a alérgenos sospechosos
- Asociación con otras enfermedades alérgicas (rinitis, asma, dermatitis atópica)
- Respuesta a tratamiento tópico antialérgico (antihistamínicos, estabilizadores de mastocitos)
- Ausencia de conjuntivitis papilar gigante y de afectación corneal.

Posteriormente, se consensuaron también criterios de clasificación según la duración de la conjuntivitis (intermitente versus persistente o crónica, complementando la clasificación más antigua de estacional o perenne), y su intensidad (leve, moderada o grave); y en relación con su control terapéutico, mediante datos subjetivos del paciente (síntomas, escalas visuales), y el grado objetivo de hiperemia conjuntival<sup>8</sup>.

Para el manejo de la conjuntivitis alérgica, las guías terapéuticas proponen un conjunto de medidas no farmacológicas (higiene ocular, evitación de alérgenos detectados, etc.), y un tratamiento medicamentoso escalonado en función de la intensidad y duración de los síntomas, el grado de control obtenido y otras comorbilidades alérgicas del paciente (Tabla 2)<sup>6,7,8</sup>.

Cuando en una rinoconjuntivitis alérgica predominan los síntomas oculares, o cuando éstos se presentan de forma aislada, se prefieren las formulaciones oftálmicas de agentes antialérgicos, con un amplio arsenal que incluye a antihistamínicos, estabilizadores de membrana, vasoconstrictores, corticoides y antiinflamatorios no esteroideos (AINE). Los antihistamínicos tienen la relación riesgo/beneficio más favorable<sup>9</sup>. En estos colirios antihistamínicos, ni todos los principios activos ni todas las formulaciones son iguales en términos de tolerabilidad y efectos adversos a medio y largo plazo.

Todo colirio consta de uno o varios principios activos disueltos en un vehículo (agua estéril o solución salina) y unos excipientes necesarios para que cumpla todos los requerimientos de esterilidad (asegurar ausencia de contaminación microbiana), permanencia (que las concentraciones terapéuticas del fármaco se mantengan durante el tiempo necesario en los tejidos diana) y tolerancia (que el colirio sea compatible con la superficie ocular sin causar daño al ojo)<sup>10,11</sup>.

La superficie ocular es una barrera protectora que limita el paso de cualquier agente externo hacia el interior del ojo. La farmacoterapia tópica ocular requiere concentraciones altas de fármaco, ya que la mayor parte de ellos tiene muy baja biodisponibilidad: en los colirios, el 90% de la dosis administrada se elimina de la superficie ocular en unos minutos, y solo 1-5 % de la dosis es capaz de atravesar las barreras corneales y acceder al interior del ojo<sup>10-12</sup>. Por ello, la concentración del principio activo en los colirios tiene que ser muy alta, y su uso prácticamente se limita al segmento anterior (conjuntivitis, uveítis, dilatación pupilar...), y a los casos en los que el fármaco deba acceder al humor acuoso (p.ej., agentes hipotensores en el glaucoma)<sup>10</sup>.

**Tabla I**  
Enfermedades de la superficie ocular causadas por mecanismos de hipersensibilidad\*

	<b>Conjuntivitis alérgica vernal</b>	<b>Queratoconjuntivitis atópica</b>	<b>Conjuntivitis papilar gigante</b>	<b>Blefarokonjuntivitis de contacto</b>
<b>Presentación natural</b>	Comienzo en infancia Intermitente o persistente con exacerbaciones Bilateral	Comienzo en infancia / adolescencia Crónica con exacerbaciones Bilateral	Cualquier edad Crónica Resolución tras retirar antígeno: lentillas, suturas, cuerpo extraño Uni- o Bilateral	Cualquier edad Crónica Resolución tras retirar antígeno: Colirios, cosméticos, etc. Bilateral
<b>Mecanismo de hipersensibilidad</b>	Tipo I	Tipos I y IV	Tipos I y IV	Tipo IV
<b>Fondo atópico</b>	SI	SI	Posible	Posible
<b>Párpados</b>	Edema	Edema, Pseudo-ptosis	Edema	Eccema, eritema, descamación
<b>Conjuntiva</b>	Folículos y/o papilas	Papilas gigantes	Papilas ± fibrosis	Hiperemia, folículos
<b>Limbo</b>	-	Engrosado Manchas de Tantras	Hiperemia	-
<b>Córnea</b>	-	Queratitis punctata ± placa vernal	Afectación rara	-

\*Modificado de referencias 2 y 3

Los excipientes en los colirios se emplean para aumentar la solubilidad del fármaco activo, estabilizar la preparación y, sobre todo, conseguir las propiedades necesarias de tonicidad, viscosidad y pH para una tolerancia y compatibilidad óptimas con las lágrimas, la película precorneal y los tejidos oculares<sup>11</sup>. Además de agentes antioxidantes, viscosizantes, humectantes, correctores de tonicidad o de pH, la mayoría de los colirios necesitan conservantes o biocidas<sup>10,11</sup>, entre los que destaca el cloruro de benzalconio (BAC).

El BAC es el conservante más empleado por sus propiedades tensioactivas (detergentes) y su actividad bactericida y fungicida, así como por su alta estabilidad y largo periodo de validez<sup>13</sup>. Como otros conservantes, ayuda a mantener la esterilidad de los colirios, pero por su propia acción detergente, a medio y largo plazo también es capaz de desestabilizar la película lagrimal y con ello la humectación del epitelio corneal, especialmente en pacientes con enfermedad de ojo seco preexistente<sup>14</sup>. Por todo ello, en las terapias tópicas oculares es muy deseable utilizar siempre que sea posible formulaciones libres de BAC u otros conservantes<sup>13,14</sup>.

### El tratamiento consensuado de la conjuntivitis alérgica

En primer lugar, todas las guías y consensos proponen un conjunto de medidas no farmacológicas de higiene y evitación de alérgenos, cuando ello sea factible. Y siempre y cuando exista un diagnóstico correcto de sensibilización a ciertos alérgenos, la inmunoterapia o hiposensibilización específica ha demostrado ser eficaz para reducir los síntomas de conjuntivitis intermitentes y persistentes, asociados o no a rinitis alérgica<sup>6,14,15</sup>.

Se considera importante evitar la automedicación, utilizada como primer paso por más de la mitad de pacientes con alergia ocular<sup>16</sup>. Muchos medicamentos de venta libre son vasoconstrictores o descongestivos tópicos que no tratan la causa subyacente y pueden provocar vasodilatación de rebote, entre otros efectos adversos. Además, el BAC es el conservante más común, presente en más del 70 % de estos colirios de venta libre<sup>13,17</sup>.

Además de los vasoconstrictores, en el arsenal de agentes antialérgicos en formulación oftálmica se incluyen estabilizadores de membrana, corticoides, antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y antihistamínicos<sup>6,7,14</sup> (Tabla II). Los antihistamínicos son los más empleados en atención primaria y especializada. Muchos pacientes también requieren el uso concomitante de colirios lubricantes para asegurar el control de los síntomas y prevenir la aparición o el agravamiento de un síndrome de ojo seco<sup>4,14,17</sup>.

### Los antihistamínicos en patología oftálmica

Desde mediados del siglo XX hasta ahora se han comercializado casi medio centenar de antihistamínicos H1, y al menos una docena de ellos en colirios (Tabla III)<sup>11</sup>. Los antihistamínicos se clasifican según su estructura en siete grupos químicos, y según sus características farmacológicas y su antigüedad en el mercado, en com-

puestos de primera (los comercializados antes de los años 80 del s. XX) o de segunda generación.

*Antihistamínicos clásicos o de 1ª generación.* Incluyen compuestos de uso sistémico como difenhidramina, dexclorfeniramina, hidroxizina, clemastina o ketotifeno. Son fármacos poco selectivos en sus acciones, con la propiedad de causar, entre otros, efectos anticolinérgicos (sequedad de la superficie ocular, visión borrosa por dificultades con la acomodación, etc.)<sup>18</sup>. Otra particularidad es que en su mayoría actúan a través de metabolitos activos, para lo cual necesitan un amplio metabolismo de primer paso hepático para ejercer su efecto tras la administración sistémica<sup>18</sup>; si bien las vías oftálmica y nasal carecen de este primer paso. Además, debido a sus propiedades físico-químicas y farmacológicas, los antihistamínicos más antiguos penetran bien en el sistema nervioso central (SNC) y saturan los receptores H1 a nivel del hipotálamo de forma dosis-dependiente y medible mediante técnicas neurorradiológicas, lo que puede provocar sedación, disminución del rendimiento laboral y académico, e incluso accidentes domésticos y de tráfico<sup>20</sup>.

Los antihistamínicos tópicos de primera generación más utilizados por vía oftálmica han sido antazolina y feniramina, asociados en los preparados comerciales a vasoconstrictores para aliviar los síntomas de conjuntivitis aguda, aunque no se consideran adecuados para tratar una sintomatología prolongada en el tiempo, como la alérgica. El ketotifeno suele clasificarse también entre los antihistamínicos clásicos o de 1ª generación, en base a sus características farmacológicas y a su facilidad para cruzar la barrera hematoencefálica (BHE).

Y es que, aunque la exposición sistémica sea en general muy reducida cuando se utilizan colirios, los antihistamínicos clásicos pueden penetrar fácilmente al SNC incluso en formulaciones tópicas, y llegar a ocupar hasta el 50% de receptores H1 cerebrales<sup>19</sup>, con el riesgo consiguiente de sedación y reducción del rendimiento psicomotor.

*Antihistamínicos no sedantes o de 2ª generación.* Se incluyen en este grupo una cohorte amplia de fármacos sistémicos (Bilastina, cetirizina, desloratadina, ebastina, fexofenadina, levocetirizina, loratadina, mizolastina, rupatadina...). Son, en su mayor parte, derivados o análogos de los antihistamínicos clásicos, pero tienen una acción más selectiva y penetran menos la BHE, como ha quedado comprobado sobre todo para fármacos como la bilastina o la olopatadina, que en administración sistémica demuestran una ocupación de receptores H1 centrales nula o casi nula<sup>19</sup>. Por lo cual, estos antihistamínicos de nueva generación resultan menos nocivos sobre el rendimiento, la conducción de vehículos y otras actividades diarias que dependen del grado de alerta<sup>20</sup>.

Además, los nuevos antihistamínicos presentan menos interacciones medicamentosas que los fármacos clásicos; y en general tienen menos acciones anticolinérgicas sobre la superficie ocular, la película lagrimal y la acomodación. Si bien algunos de ellos conservan distintos grados de afinidad por los receptores muscarínicos, y siempre debe tenerse en cuenta su potencial de

**Tabla II**  
Tratamiento de la conjuntivitis alérgica\*

<b>NO FARMACOLÓGICO</b>	Evitación alérgenos, Compresas frías, Lubricantes (lágrimas artificiales)	
<b>TRATAMIENTO TÓPICO</b>	Vasoconstrictores	Nafazolina, oximetazolina, fenilefrina
	Estabilizadores de membrana MC	Cromoglicato disódico, nedocromil sódico, ácido espaglúmico
	AINE	Diclofenaco, Flurbiprofeno, Ketorolaco
	Corticoides	Betametasona, Dexametasona, Fluorometolona, Prednisolona
	Inmunosupresores	Ciclosporina
	Antihistamínicos en colirio	Alcaftadina, antazolina, azelastina, bepotastina, bilastina, cetirizina, emedastina, epinastina, feniramina, ketotifeno, levocabastina, olopatadina
<b>TRATAMIENTO ORAL</b>	<b>Antihistamínicos sistémicos</b>	Bilastina, cetirizina, desloratadina, ebastina, fexofenadina, levocetirizina, loratadina, mizolastina, rupatadina
<b>INMUNOTERAPIA ESPECÍFICA (HIPOSENSIBILIZACIÓN)</b>		

\*Modificado de ref. 6, 7, 14

empeorar la superficie ocular debido a su efecto anticolinérgico, sobre todo en administración sistémica<sup>4</sup>.

En formulación oftálmica, en nuestro entorno actualmente están disponibles los principios activos bilastina, azelastina, emedastina, epinastina, levocabastina y olopatadina (además de alcaftadina, bepotastina, y la cetirizina en colirio, no comercializados por el momento en nuestro país) (Tabla III).

**Mecanismo de acción y efectos antiinflamatorios de los antihistamínicos**

Los antihistamínicos alivian el picor, eritema, lagrimeo y edema que caracterizan la respuesta inmediata a los alérgenos, mediada en gran parte por la histamina. Este efecto lo logran estabilizando los receptores H1 del organismo en su conformación inactiva (no por antagonismo, sino mediante agonismo inverso<sup>21</sup>).

Además, en su mayor parte, los nuevos antihistamínicos tienen también propiedades antiinflamatorias in vitro, inhibiendo la propia liberación de histamina por los mastocitos de forma directamente proporcional a su concentración, y frenando así, hasta cierto punto, el desarrollo de las reacciones alérgicas<sup>21,22</sup>. Las altas concentraciones necesarias para ejercer este efecto antiinflamatorio no son posibles de alcanzar a las dosis por vía oral, pero sí en la aplicación directa en la conjuntiva ocular<sup>18</sup>.

En base a este efecto inhibitorio, a algunos fármacos tópicos para el tratamiento de la alergia ocular se les ha venido atribuyendo una acción dual específica añadida como antihistamínicos y estabilizadores de membrana. Publicaciones recientes, sin embargo, incluyen a antihistamínicos y fármacos de acción dual en el mismo grupo, ya que, hasta cierto punto, a las altas concentraciones conjuntivales alcanzadas en el uso tópico directo, la mayoría de los antihistamínicos también son capaces de estabilizar las membranas de mastocitos<sup>3,11,18</sup>.

**Antihistamínicos tópicos en colirio: Elección de principios activos y formulaciones**

Los colirios antihistamínicos tienen un inicio de acción más rápido (3 a 15 minutos) que los fármacos orales. Los colirios se dirigen directamente a los tejidos oculares y actúan con mayor rapidez y un mejor perfil de seguridad debido a una menor exposición sistémica<sup>10,11,23</sup>. Las comparaciones entre unos y otros antihistamínicos tópicos, con o sin la atribución de acción dual, son escasas en la bibliografía, y no sugieren diferencias importantes de eficacia entre sí<sup>17,23,24,25</sup>.

En la tabla 3 se detallan todos los principios activos disponibles en formulaciones oftálmicas en nuestro país al comienzo del año 2024, con una relación de sus conservantes y otros excipientes. En la elección

**Tabla III**  
Antihistaminicos en colirio

Grupo químico	Principios activos	Marcas comerciales	Concentración AH	Contenido	Estabilidad	Conservantes	Otras excipientes
<b>Alquilaminas</b>	Feniramina	Alergoftal (asoc.)*	5 mg/ml	10 cc	28 días	Cloruro de benzalconio	Polietilenglicol (macrogol) 8000, Polivinilalcohol Edetato disódico (E385) NaOH y/o ácido clorhídrico
<b>Etilendaminas</b>	Antazolina	Optialerg (asoc.)*	5 mg/ml	10 cc	28 días		
<b>Etanolaminas</b>	Bepotastina	Traler					
<b>Piperazinas</b>	Cetirizina	-	NO COMERCIALIZADOS EN ESPAÑA (2023)				
	Alcaftadina	Lastacaft					
	Bilastina	Bilaxten colirio	6 mg/ml	5 cc	3 años (2 meses tras apertura)	NO	Hialuronato sódico (1mg/ml) Glicerol (E422) Hidroxido de sodio (E524) Hidroxipropilbetadex
	Emedastina	Emadine	0,5 mg/ml	5 y 10 cc	30 meses (28 días tras apertura)	Cloruro de benzalconio	Trometamol, Hipromelosa (E464), NaOH y/o ácido clorhídrico
	Epinastina	Relestat	0,5 mg/ml	5 cc	2 años (28 días tras apertura)	Cloruro de benzalconio	Edetato disódico (E385) Fosfato sódico ácido dihidratado NaOH y/o ácido clorhídrico
<b>Piperidinas</b>							
	Ketotifeno	Multidosis: Bentifen, Ketisal, Ketobril, Zaditen, Zalerg	0,25 mg/ml	5 cc	28 días tras apertura	Cloruro de benzalconio	Glicerol (E422) NaOH (E524)
		Monodosis: Ketobril, Zaditen		8 cc (20 monodosis)	3 meses		
	Levocabastina	Bilina, Reac-tine	0,5 mg/ml	4 cc	2 años (28 días tras apertura)	Cloruro de benzalconio	Propilenglicol, Hipromelosa (E464), Polisorbato 80 Fosfatos sódicos hidratados Edetato disódico (E385)
	Olopatadina	Opatanol	1 mg/ml	5 cc	3 años (28 días tras apertura)	Cloruro de benzalconio	Fosfatos sódicos hidratados NaOH y/o ácido clorhídrico
<b>Ftalacinonas</b>							
	Azelaastina	Multidosis: Afluon, Corifina	0,5 mg/ml	6 cc	3 años (28 días tras apertura)	Cloruro de benzalconio	Edetato disódico (E385), hipromelosa (E464), sorbitol líquido (E420), NaOH (E524)
		Monodosis: Tebarat		5 cc (20 monodosis)	3 meses tras apertura sobre		

\*En asociación con vasoconstrictores tópicos

de unos u otros, se deberían tener en cuenta una serie de consideraciones, como la presencia o no de BAC u otros conservantes, los beneficios de la hidratación ocular simultánea, o las pautas de dosificación más cómodas que aseguren la adherencia del paciente al tratamiento.

### Elección de principios activos

En cuanto a los principios activos, y de acuerdo con lo expuesto hasta ahora, parece lógico elegir antihistamínicos de última generación, con una acción más selectiva, menor penetración en el SNC y menos efectos sedantes, menos interacciones farmacológicas y menos efectos anticolinérgicos que los fármacos clásicos.

### Hidratación ocular simultánea

Dada la frecuente asociación alergia ocular/síndrome de ojo seco, siempre que usemos antihistamínicos oculares es importante mantener la hidratación correcta del segmento anterior. La adición de agentes humectantes y lubricantes, como el ácido hialurónico, impide la pérdida de agua y facilita la hidratación natural, sobre todo en pacientes con ojo seco<sup>26</sup>. Además, debido a su viscosidad, el ácido hialurónico es capaz de aumentar la biodisponibilidad del principio activo asociado, por lo que parece conveniente que forme parte de la formulación<sup>27,28</sup>.

### Presencia de conservantes

Como ya se ha comentado, la mayoría de los colirios necesita conservantes o biocidas (Tabla III)<sup>11</sup>, entre los que destaca el cloruro de benzalconio (BAC), que, por sus propiedades tensioactivas (detergentes), ayuda a mantener eficazmente la esterilidad de los colirios. Pero a medio y largo plazo también es capaz de desestabilizar la película lagrimal y comprometer la humectación y estabilidad del epitelio corneal y su función barrera, especialmente en pacientes con un síndrome de ojo seco previo o concurrente<sup>4, 5, 13</sup>. Así pues, una formulación libre de BAC no solo mejora significativamente su tolerancia, sino que también previene la desnaturalización de la película precorneal y daños potencialmente irreversibles al ojo<sup>5, 13, 14</sup>.

Prescindir de BAC u otros conservantes es factible, bien por medio de envases unidos de un solo uso, o bien mediante nuevos envases multidosis con sistemas de filtración que evitan la contaminación del contenido sin necesidad de conservantes, caso de la nueva formulación de bilastina.

### Pauta de dosificación

En el uso de agentes antialérgicos en colirio, siempre hay que tener en cuenta la preferencia del paciente, que ha demostrado ser decisiva en el nivel de cumplimiento<sup>29</sup>. Factores como la incomodidad en la instilación ocular o las pautas de dosificación muy frecuentes y prolongadas en el tiempo se asocian con bajas tasas de adherencia<sup>6</sup>. Así, es muy conveniente simplificar todo lo posible la dosificación, con regímenes de

tratamiento de una o dos veces al día. Actualmente existen colirios antihistamínicos de dosis única diaria, que sin duda aseguran una mayor adherencia y un cumplimiento más fácil<sup>30</sup>.

### Conclusiones

- La conjuntivitis alérgica y el síndrome de ojo seco son trastornos muy prevalentes, frecuentemente asociados, e infradiagnosticados. Su diagnóstico es clínico, y debe incluir un estudio alergológico correcto que permita la identificación y el control de los alérgenos implicados.
- El manejo terapéutico incluye medidas higiénicas y de evitación, inmunoterapia específica de alérgeno cuando esté indicada, y un tratamiento farmacológico escalonado, con los antihistamínicos oculares como primera línea de tratamiento.
- En los colirios antihistamínicos, se prefieren principios activos de última generación, con una acción más selectiva, menor penetración en el SNC, menos interacciones y menos efectos anticolinérgicos que los fármacos clásicos.
- Conviene utilizar siempre que sea posible colirios libres de BAC u otros conservantes, para preservar la integridad de la superficie ocular y prevenir el desarrollo o empeoramiento de un síndrome de ojo seco. La asociación a la formulación de agentes lubricantes, como el ácido hialurónico, también ayuda a prevenir la sequedad ocular y puede además aumentar la biodisponibilidad del principio activo.
- Para lograr la mayor aceptación y adherencia de los pacientes, es crucial emplear regímenes de tratamiento lo más simples posible, idealmente de dosis única diaria.

### REFERENCIAS

1. Zubeldia JM, Baeza ML, Chivato T, Jáuregui I, Sement CJ. El libro de las Enfermedades Alérgicas. – 2nd ed. – Bilbao: Fundación BBVA, 2021. p. 15
2. Leonardi A, Bogacka E, Fauquert JL, Kowalski ML, Groblewska A, Jedrzejczak-Czechowicz M, et al. Ocular allergy: recognizing and diagnosing hypersensitivity disorders of the ocular surface. *Allergy* 2012; 67: 1327–1337.
3. Patel DS, Arunakiranthan M, Stuart A, An-gunawela R: Allergic eye disease. *BMJ*. 2017; 359:j4706
4. Leonardi A, Modugno RL, & Salami E. Allergy and Dry Eye Disease. *Ocul Immunol Inflamm*. 2021;29(6):1168-1176
5. Singh N, Diebold Y, Sahu SK, Leonardi A. Epithelial barrier dysfunction in ocular allergy. *Allergy*. 2022; 77:1360-1372.
6. Bielory L, Delgado L, Katelaris CH, Leonardi A, Rosario N, Vichyanoud P. ICON: Diagnosis and management of allergic conjunctivitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2020;124(2):118-34.
7. Sánchez-Hernández MC, Montero J, Rondón C, Benítez del Castillo JM, Velázquez E, Herreras JM, et al. Consensus document on allergic conjuncti-

- vitis (DECA). *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2015;25(2):94-106
8. Sánchez-Hernández MC, Navarro AM, Colás C, Del Cuvillo A, Sastre J, Mullol J, et al. Validation of the DECA criteria for allergic conjunctivitis severity and control. *Clin Transl Allergy*. 2020; 10:43.
  9. Castillo M, Scott NW, Mustafa MZ, Mustafa MS, Azuara-Blanco A. Topical antihistamines and mast cell stabilisers for treating seasonal and perennial allergic conjunctivitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2015, Issue 6. Art. No.: CD009566. DOI: 10.1002/14651858.CD009566.pub2.
  10. Bilbao Laiseca A. Colirios. *Panorama Actual Med*. 2018; 42 (414): 602-608
  11. Herrero-Vanrell R, Jáuregui Presa I, Leceta Bilbao A, Montero Iruzubieta J. Fundamental aspects and relevance of components in antihistamine eye drops. *J Investig Allergol Clin Immunol* 2023; 33(6): 431-438
  12. Davies NM. Biopharmaceutical considerations in topical ocular drug delivery. *Clin Exp Pharmacol Physiol*. 2000;27(7):558-562.
  13. Goldstein MH, et al. Ocular benzalkonium chloride exposure: problems and solutions. *Eye (Lond)* 2022; 36(2): 361-368
  14. Leonardi A. et al. Management of ocular allergy. *EAACI Position paper- Allergy*. 2019; 74:1611-1630
  15. Roberts G, Pfaar O, Akdis CA, Ansotegui IJ, Durham SR, Gerth van Wijk R, et al. EAACI Guidelines on Allergen Immunotherapy: Allergic rhinoconjunctivitis. *Allergy*. 2018;73(4):765-798
  16. Palmares J, Delgado L, Cidade M, Quadrado MJ, Filipe HP. Allergic conjunctivitis: a national cross-sectional study of clinical characteristics and quality of life. *Eur J Ophthalmol*. 2010;20(2):257-264.
  17. Kimchi N, Bielory L. The allergic eye: recommendations about pharmacotherapy and recent therapeutic agents. *Curr Opin Allergy Clin Immunol*. 2020;20(4):414-420.
  18. Eiwegger T, Simons ER, Akdis CA. Histamine and antihistamines. En *Middleton's Allergy Principles & Practice*, 9th Ed, Elsevier 2019
  19. Yanai K, Zhang D, Tashiro M, et al. Positron emission tomography evaluation of sedative properties of antihistamines. *Expert Opin Drug Saf*. 2011; 10:613-622.
  20. Jáuregui I, Ferrer M, Montoro J, Dávila I, Bartra J, del Cuvillo A, et al. Antihistamines in drivers, aircrew and occupations of risk. *J Investig Allergol Clin Immunol*. 2013;23 Suppl 1:27-34.
  21. Leurs R, Church MK, Taglialatela M. H1-antihistamines: Inverse agonism, anti-inflammatory actions and cardiac effects. *Clin Exp Allergy* 2002; 32: 489-498.
  22. Church MK, Collinson AD, Okayama Y. H1-receptor antagonists: anti-allergic effects in vitro. En: *Histamine and H1-receptor antagonists in allergic disease*. New York: Marcel Dekker; 1996. p. 117-144.
  23. Dupuis P, Prokopich CL, Hynes A, Kim H. A contemporary look at allergic conjunctivitis. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2020; 16:5
  24. Secchi A, Leonardi A, Discepola M, Deschenes J, Abelson MB. An efficacy and tolerance comparison of emedastine difumarate 0.05% and levocabastine hydrochloride 0.05%: reducing chemosis and eyelid swe

# ARTÍCULO ESPECIAL



Gac Med Bilbao. 2024;121(1):39-47

## Una saga de cirujanos romancistas en Busturia: los Bulucua

Gondra-Rezola Juan<sup>a,b</sup>

(a) Servicio Vasco de Salud-Osakidetza. Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces. Hospital Universitario Cruces. Servicio de Alergología. Barakaldo, España

(b) Universidad del País Vasco - Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). Museo Vasco de Historia de la Medicina. Leioa, España

Recibido el 1 de noviembre de 2023; aceptado el 17 de noviembre de 2023

### PALABRAS CLAVE

Cirujanos romancistas.  
Asistencia sanitaria.  
Busturialdea.  
Intrusismo profesional.  
Louis Le-Roy.

### Resumen:

Se describe cómo era la asistencia sanitaria en la Bizkaia rural del siglo XIX utilizando como ejemplo la familia Bulucua de Busturia, tres generaciones de cirujanos romancistas que atendían a una población de Busturialdea, una zona en la que solamente trabajaban dos médicos, uno en Gernika y otro en Bermeo. El más joven fue uno de los primeros homeópatas de Bizkaia y alcanzó renombre. Una denuncia por intrusismo puesta por el médico de Gernika revela el apoyo que estos profesionales tenían en los ayuntamientos y en la Diputación de Bizkaia.

Para ello se ha realizado un estudio de los datos recogidos al respecto en el Archivo Histórico de la Diputación de Bizkaia (AHFB/BFAH), en los de Mundaka y Bermeo (Bermeoko Udal Artxiboa y Mundakako Udal Artxiboa) y en la sección de Registros Sacramentales del Archivo Histórico de Euskadi, utilizando el buscador Badator. También del manuscrito inédito escrito por Miguel Ángel Caballero Lecumberri.

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Todos los derechos reservados.

## GILTZA-HITZAK

Zirujau erromanzistak.  
Osasungintza.  
Bizkaia.  
Busturialdea.  
Intrusismoa.  
Louis Le-Roy.  
Eragin mediatikoa

## Zirujau erromantzeen saga bat Busturian: Bulukua

### Laburpena:

XIX.an Bizkaiko biztanlerarentzat osasun-laguntza nolakoa zen azaltzen da. Horretarako, Busturiako Bulukua zirujau erromanikoak adibide gisa hartzen da, zeren eta zirujau hauek Busturialdeko biztanleriei osatzeko ea baliabide bakarra baitzen, eremu horretan bi mediku baino ez zuten lan egiten, bata Bermion eta bestea Gernikan. Gazteena Bizkaiko lehen homeopatetako bat izan zen eta ospea lortu zuen. Gernikako medikuak intrusismoagatik jarritako kereila batek agerian uzten du profesional horiek udaletan eta Bizkaiko Foru Aldundian izan zuten laguntza. Horretarako, Bizkaiko Foru Aldundiko Artxibo Historikoan (AHFB/BFAH), Mundakako eta Bermeoko Udal Artxiboetan bildutako datuen azterketa egin da. Baita Euskadiko Artxibo Historikokoaren Sakramentu-Agirien atala, Badator bilatzailea erabiliz, ere. Beste iturria Miguel Ángel Caballero Lecumberrik idatzitako eskuizkribu argitaragabetik izan da.

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. Eskubide guztiak gordeta.

## KEYWORDS

Barber surgeons.  
Healthcare.  
Biscay County.  
Busturialdea.  
Professional intrusion.  
Louis Le-Roy.

## A saga of novelist surgeons in Busturia: the Bulucua.

### Abstract:

The article describes what health care was like in rural Bizkaia in the 19th century using as an example the Bulucua family of Busturia, three generations of Barber surgeons who attended to a population of Busturialdea, an area in which only two doctors worked, one in Gernika and another in Bermeo. The youngest was one of the first homeopaths in Bizkaia and was well known in his field. A complaint for professional intrusion filed by the Gernika doctor reveals the support that these professionals had in the city councils and the Provincial Council of Bizkaia.

For this purpose, a study has been carried out of the data collected with regard to this in the Historical Archive of the Provincial Council of Bizkaia (AHFB/BFAH), in Mundaka and Bermeo archives (Bermeoko Udal Artxiboa and Mundakako Udal Artxiboa) and in the section of Sacramental Records from the Historical Archive of Euskadi, using the "Badator" search engine. Data has also been collected from the unpublished manuscript written by Miguel Ángel Caballero Lecumberri.

© 2024 Academia de Ciencias Médicas de Bilbao. All rights reserved.

## Introducción

Cuando Antonio Villanueva Edo y este autor preparábamos juntos la historia de los hospitales civiles de Bilbao, encontramos en el Archivo Histórico Foral de Bizkaia dos legajos en los se recogía una relación de los profesionales médicos y cirujanos que habían depositado su título en la Diputación a comienzos del siglo XIX y otro con documentos referentes a una denuncia por intrusismo puesta por el médico titular de Gernika contra el cirujano romancista de Busturia. Parte de esta información dio pie a la publicación de un artículo de Antonio Villanueva (Boletín de la RSBAP; 2000; 56: 113-26). Pocos años más tarde recibí información sobre los Bulucua de Miguel Ángel Caballero Lecumberri, abogado fallecido hace pocos años, autor de un manuscrito del que me dio una copia, en el que recogía la crónica de numerosas familias de Busturia, incluida la de los Bulucua. Tuve varias conversaciones con él acerca de Gaspar Bu-

lucua, quien había construido la casa llamada "Palacio Bulukua" de Busturia, que fue comprada por el abuelo de Miguel Ángel y en la que este vivió sus veranos de soltero. Muchos de los datos que se recogen aquí provienen de su manuscrito o de nuestras conversaciones. Durante los años posteriores encontré más información de las actuaciones de Gaspar Bulucua como contratista en la construcción del puerto de Mundaka, comerciante al por mayor en Bermeo y hombre de negocios socio de la empresa "Porcelana de San Mamés de Busturia". Por último, descubrí su relación con José María y Pedro Arostegui, padre e hijo, primeros profesionales bilbaínos de la medicina que siguieron las doctrinas de Samuel Hahnemann.

Mi interés sobre esta familia era muy personal y localista, derivado de mi relación con Busturia, pero cuando reuní en un borrador toda la información dispersa, pensé que quizás pudiera ser de interés general, pues

revela aspectos de la práctica médica en Bizkaia curiosos y desconocidos.

**Los cirujanos romancistas y otros profesionales de la asistencia sanitaria en Busturia y en Bizkaia entre los siglos XVII y XIX**

Entre los años 1751 y 1855, encontramos ejerciendo su profesión en Busturia a tres cirujanos romancistas apellidados Bulucua; padre, hijo y nieto. El último de ellos, Gaspar, fue quien alcanzó mayor renombre, tanto en su actividad profesional como en la vida social y económica de la comarca. Representan una etapa en que la asistencia médica en las zonas rurales del Señorío de Bizkaia estaba a cargo de estos cirujanos, pues el número de médicos y cirujanos latinos en activo era muy escaso. Además, se concentraban en unas pocas villas: Bilbao, Durango, Lekeitio, Ondarroa, Bermeo, Markina, Portugaleta, Lanestosa, Elorrio y Gernika; en la ciudad de Orduña, en la anteiglesia de Zeanuri o en su vecina Billaro. Algunas de ellas solamente contrataban médico

en épocas de bonanza económica, pasando años y años sin él. El primer censo fiable de profesionales de la salud en Bizkaia, publicado por el presidente del Consejo de Provincia del Señorío José M<sup>a</sup> de Murga tras una orden del general gobernador de Vizcaya napoleónico en 1811, contabilizaba 25 médicos, dos cirujanos latinos, 108 cirujanos romancistas y 35 boticarios .

Los cirujanos romancistas o de segunda clase, llamados también con el galicismo “cirujanos de toga corta” por ser similares de los chirurgien à robe courte que tanto habían destacado en Francia , constituían en la Corona de Castilla una categoría profesional inferior a la de los médicos y los cirujanos de primera clase o cirujanos latinos. Podían realizar “operaciones menores”, tratar lesiones oculares, curar llagas, heridas, fracturas, luxaciones o esguinces; también podían hacer sangrías, sajar tumores y atender a los partos. Estaban autorizados para tratar enfermedades de la piel y utilizar pomadas o ungüentos, pero no para recetar medicinas “internas”. Realizaban informes periciales para los juz-

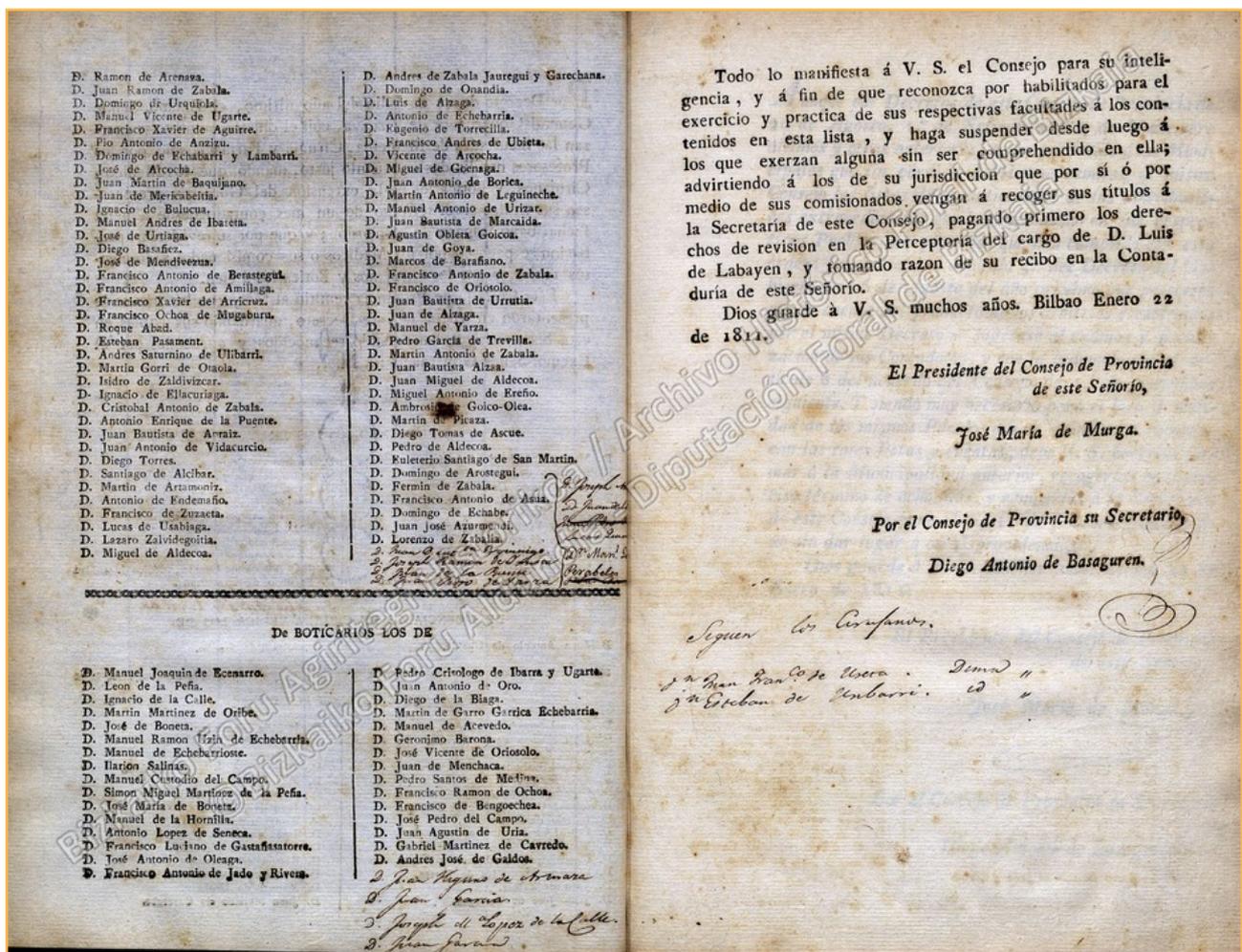


Figura 1. Listado de médicos, cirujanos y boticarios con ejercicio en Bizkaia en 1811 (fuente: AHFB/BFAH Sección de Administrativo AJ01606/003. 1811).

gados y necropsias, en las que eran supervisados por el médico, firmando ambos el informe correspondiente. Su nombre proviene de que realizaban su examen ante el Protomedicato en romance castellano y no en latín como hacían médicos y cirujanos latinos, quienes realizaban sus estudios en la Universidad, mientras los romancistas lo hacían como aprendices contratados por otro cirujano, generalmente mediante un contrato en el que constaban las obligaciones de maestro y aprendiz.

Durante el reinado de Carlos III se crearon los Colegios de Cirugía de Cádiz, Madrid y Barcelona, cuyos graduados tenían facultades similares a las de los latinos. En ocasiones encontramos otros profesionales que también eran llamados cirujanos; cirujanos de 3ª o de 4ª clase, capacitados para extraer dientes, poner ventosas o sanguijuelas, efectuar sangrías y ejercer de barberos.

Los médicos debían realizar sus estudios en la Universidad, bien durante los seis años de licenciatura, bien durante cuatro, para lograr el título de “Bachiller en Medicina”, ejercer después durante dos años como ayudante de otro médico, y pasar el examen ante el Protomedicato que les otorgaba su título de médico.

La situación descrita sufrió leves cambios a lo largo de este periodo 1751-1855, pero nada comparable a lo ocurrido inmediatamente después, cuando desapareció la categoría del “Cirujano Romancista” y fue sustituida por la del “Practicante”, con menores facultades. Aquellos que seguían en activo tuvieron la oportunidad de pasar a ser “Médicos Habilitados” tras realizar un curso y superar unas pruebas, según los artículos 39 y 40 de la Ley Moyano de Instrucción Pública, de 17 de julio de 1857. Estaban autorizados a ejercer la medicina en localidades con población inferior a los 5.000 habitantes.

En la Bizkaia rural fueron ellos, los cirujanos romancistas, quienes atendieron a la mayor parte de la población, sin que tengamos constancia más que de otra denuncia por intrusismo en su contra durante aquellos años, mientras que eran frecuentes las presentadas por romancistas contra barberos, sangradores o curanderos. A partir de los últimos gobiernos de Fernando VII se promulgaron órdenes dirigidas a extender la presencia de médicos en el ámbito rural y a hacer efectivas las limitaciones legales a las competencias de los cirujanos romancistas; órdenes que serán repetidas por gobiernos posteriores, lo que permite suponer que no fueron muy obedecidas.

Esta actividad de los cirujanos romancistas no era exclusiva de Bizkaia y la encontramos también en Gipuzkoa y en Iparralde, también en otros territorios de la Corona. Parece razonable pensar que era consecuencia de la escasez de médicos, la dispersión de la población y las dificultades de comunicación entre médico y paciente, no sólo por el idioma, pues la mayor parte de

los médicos que prestaban servicio en Bizkaia no eran vascoparlantes como sí lo era la población, sino por la diferente mentalidad. Los romancistas, en cambio, hablaban en euskera y su forma de pensar estaba más próxima a la del pueblo llano agricultor o pescador.

### Los Bulucua

El apellido Bulucua, derivado probablemente del vasco “Bolu”, molino, tiene como único solar conocido el case-río Bolucua, sito en Arbatzegi (Bizkaia), que es llamado “Caserío Bulucu” en un documento del año 1774 y que figura como Bulucua en las fogueraciones de Bizkaia de los años 1641, 1704, 1745 y 1796. Francisco Bulucua Echevarria es el primer miembro de esta familia que encontramos en los libros sacramentales de la parroquia de Axpe de Busturia. Fue bautizado el 26 de agosto de 1655 y era hijo de Juan Bulucua y María Ochoa Echabarría Yspizua. Contrajo matrimonio en Busturia el 11 de agosto de 1720 con Magdalena Apraiz Mascarua. Emparentaban los Bulucua con una de las familias más destacadas de Busturia siguiendo una línea de actuación que continuaron en sucesivos matrimonios con otras familias de “jauntxos” busturianos: Bollegui, Chirapozu, Goitia-Santarena o Amunategui. Francisco figura como firmante y garante de la escritura de venta de madera perteneciente a los montes comunales de Busturia en el año 1713.

Fue fruto de este matrimonio el primero de los tres cirujanos: Bautista o Juan Bautista.

### Juan Bautista Bulucua Apraiz

Nació en Busturia, en cuya parroquial recibió las aguas bautismales el 3 de febrero de 1721 y falleció en la misma anteiglesia el 17 de marzo de 1802, a los 81 años de edad.

Figura como cirujano residente en Busturia en dos expedientes judiciales en los que intervino como perito médico. También se conserva alguna demanda suya por honorarios y una curiosa petición de su mujer para que le fuera prohibida el consumo de alcohol y la entrada a la taberna. Debía ser aficionado a la bebida, pues también fue demandado por el tabernero de Murueta a causa de una deuda de 113 reales de vino consumido en su taberna y no pagado.

Contrajo matrimonio con Josefa Bollegui Orueta-Belaustegui, también busturiana como sus padres Juan Martín y Josefa, que residían en el case-río familiar Bollegui, que era de su propiedad como también la casa “Oñarte” en Busturia. Juan Bautista y Josefa residían en la casa llamada “Rentería” como inquilinos de Ventura Vicente de Meceta y cuando accedieron a la propiedad de Bollegui y Oñarte no cambiaron su domicilio y procedieron a alquilar la casa Bollegui a Juan de Cendagorta.

Fue fiel regidor de la anteiglesia de Busturia.

Juan Bautista falleció en Busturia el 17 de marzo de 1802 dejando esposa y seis hijos: Ignacio Martín, Juan Bautista, José Antonio, Manuel, Josefa Antonia y Magdalena; no testó por tener anteriormente hecha donación de sus casas “Oñarte” y “Bóllegui” a su hijo Ignacio. Josefa murió en Busturia el 2 de agosto de 1804 con 78 años, quedando vivos los mismos hijos que tras la muerte de su marido.

### Ignacio Martín Bulucua Bollegui

Busturia, julio de 1751-Busturia, 1 de noviembre de 1811 .

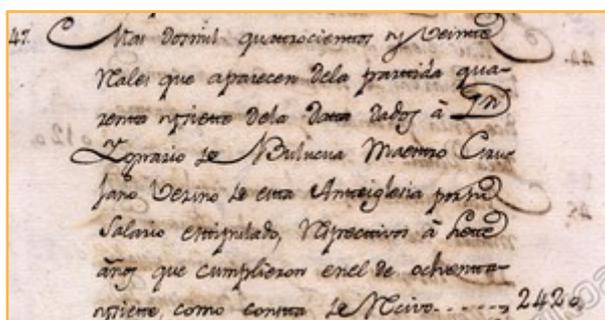
Fue el primogénito de Juan Bautista y Josefa. Nació en Busturia, donde recibió el bautismo el 1 de agosto de 1751 .

Tras un largo periodo de aprendizaje junto a su padre, superó su examen ante el Protomedicato de Castilla y obtuvo su título de cirujano con fecha de 1º de agosto de 1778. Ejerció como cirujano asalariado por Busturia hasta su fallecimiento, ocurrido tras permanecer enfermo durante más de un año.

Fue fiel regidor de la anteiglesia de Busturia en los años 1786 y 1802 y mayordomo de la Fábrica de Santa María de Axpe en 1790. Fue uno de los personajes más pudientes de Busturia de aquellos años, conocidos

como los “cinco capitalistas”: le acompañaban en tal consideración Manuel Chirapozu, indiano enriquecido en Méjico; Mariano Pablo Albiz, ferrón que llevaba en arriendo la ferrería de Alarbin; Francisco Abina, otro ferrón que explotaba en arriendo la ferrería de Olachua, y Juan Bautista Achirica. Durante el reinado de José I fue incluido en la lista de “capitalistas” de Busturia y tuvo que pagar como tal su impuesto especial cosa que, tras haber fallecido, realizó su familia hasta febrero de 1812, en que a raíz de una solicitud presentada por su hijo Gaspar fue exonerada .

Fue propietario del caserío Bóllegui y construyó además el molino de Oñarte, en el año 1800, tal como se señalaba en una inscripción con dibujos, tallada en el dintel de la puerta del piso bajo, que decía: “1800 J M E G.n URTEAN/erota eder edo bolua/Oñarteco dacut-suna/Bolucua jaun bere javyac/barrya onian eguinduna” (Molino hermoso el que ves de Oñarte/ su amo el señor Bulucuaa/ hecho de nueva planta; o bien: En el año de 1800 este hermoso molino que ves ha sido hecho de nueva planta por su dueño el señor de Bolucua). Además de en euskera, bajo un balcón en piedra caliza una borrosa inscripción, con la misma letra, dice en castellano: “De Oinarte Bolucua el dueño erygio de aquesta suerte...” (manuscrito de Miguel Ángel Caballero).



**Figura 2.** Salarios atrasados pagados a Ignacio Bulucua por el Ayuntamiento de Busturia (Data y Cargo de 1790, AHFB/BFAH. Archivo Municipal de Busturia, 0058/025, Libro de cuentas municipales de cargo y data de 1795 a 1813, folio 203.

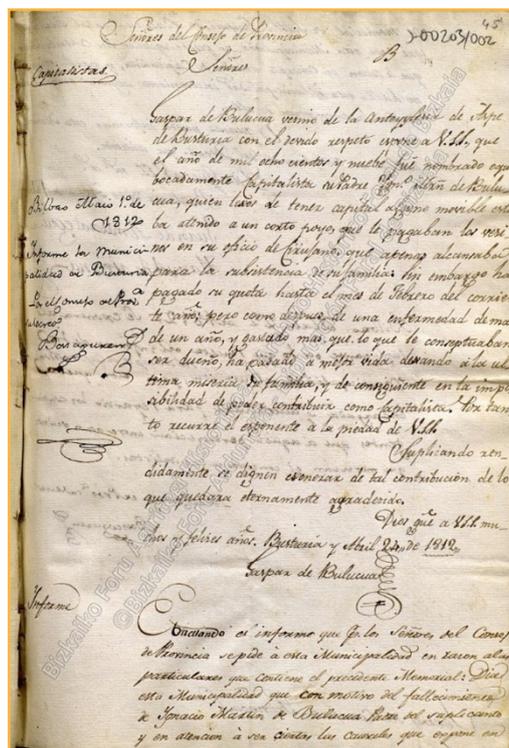
Ignacio contrajo matrimonio con Juana Zuricalday Ibarrola en Aracaldo, su pueblo natal, el 16 de setiembre de 1784; Juana falleció en Busturia el primero de abril de 1804, con 52 años, dejando viudo y tres hijos. Ignacio volvió a casarse, ahora en Busturia, el 16 de junio de 1805, con Francisca Garamendi Esterripa, hija de Tomás y Nicolasa los tres de Zeanuri. No hubo descendencia de estas segundas nupcias y al fallecer Ignacio, quedaron tres hijos vivos del primero: Gaspar, también cirujano; M<sup>a</sup> Asunción, casada con José Manuel Goitia (Busturia 20 de diciembre de 1774) mayorazgo de Santarena, y Fermina, casada con Andrés Ibaizabal-Abina, natural de Pedernales, que era piloto.

### Gaspar Bulucua Zuricalday

Busturia, 6 de enero de 1789-Busturia, 24 de agosto de 1855.

Tras realizar estudios secundarios en el Seminario de Nobles de Bergara y graduarse como bachiller en filosofía en el año 1806, se formó en el oficio de cirujano siendo aprendiz de su padre y de su pariente Juan Bautista Apraiz, cirujano de Bermeo. Marchó a Francia, donde amplió sus conocimientos y regresó a Busturia siendo ferviente seguidor del médico francés Louis Le-Roy, quien utilizaba un medicamento “milagroso” que fue rechazado por las autoridades médicas de Francia y de España al considerarlo fraudulento y peligroso .

Abrió su consulta en Busturia hacia el año 1813 y alcanzó fama, sobre todo, en lo que respecta al tratamiento de las demencias, para lo que utilizaba el método de Le-Roy y también los baños de agua fría en el arroyo que bordea el solar sobre el que después edificaría el



**Figura 3.** Solicitud de exoneración del impuesto de capitalista efectuada por su hijo Gaspar, tras el fallecimiento de Ignacio Bulucua. (AHFB/BFAH, Administrativo, AJO 0203/002).

“Palacio Bulukua”. La descripción de estos baños transmitida por la memoria oral en Busturia, permite asimilarlos a los que preconizaba Philippe Pinel en su “Traité Médico-Philosophique sur l’aliénation mentale” (1801), con los pacientes atados en sillas basculantes.

Gaspar fue cirujano de Busturia hasta su fallecimiento .

En el año 1830, el médico titular de Gernika, Martín Antonio de Zobarán, denunció a Bulucua por intrusismo, ya que siendo solamente cirujano romancista no estaba autorizado para utilizar medicamentos internos y, sin embargo, recetaba a sus pacientes el purgante de Le-Roy. Gaspar recibió un apoyo total del Ayuntamiento de Busturia y de la Diputación de Vizcaya, que argüían la escasez de médicos en el territorio de Bizkaia y la gran dificultad para que el médico de Gernika acudiera a Busturia para visitar enfermos; pero las autoridades sanitarias de Fernando VII reprendieron su actuación y aconsejaron a la Diputación que agrupara varios de

los pueblos que no tuvieran población ni recursos para poder contratar médico de tal forma que, unidos varios de ellos, pudieran hacerlo de forma mancomunada . Las Juntas Generales de Vizcaya celebradas el 18 de julio de 1831 volvieron a solicitar, sin éxito, que no se molestara a Bulucua en el uso de su fármaco. Pero Gaspar siguió utilizando su remedio hasta su fallecimiento más de veinte años después. Quizás porque eran años en los que el poder central todavía no había conseguido un gobierno efectivo sobre el Señorío de Vizcaya.

Juan E. Delmas en su “Guía histórico-descriptiva del viajero en el Señorío de Vizcaya”, en 1864, escribía: “muchos enfermos que desde los puntos más lejanos de la Península acuden a usar de la medicina conocida por el nombre de Le Roy, con la que su cirujano titular, don Gaspar de Bulucua, fallecido hace pocos años, hizo durante su larga carrera curaciones asombrosas”. Según referencias orales de Miguel Ángel Caballero Lecumberri, edificó junto a su casa un pequeño albergue para alo-

b: En el manuscrito de Miguel Ángel Caballero se recoge que en 1843 se decía que llevaba alrededor de treinta años ejerciendo en Busturia, Murueta y Pedernales “siendo tantos y tan extraordinarios los aciertos que ha tenido en la curación de sus enfermos que no solo se ha granjeado la total confianza y benevolencia de los parroquianos sino que es atendida su fama por toda la Provincia y contiguas; ha sido llamado, consultado y buscado con empeño por todas ellas...siendo testigo el doctor don Juan Vicente de Bóllegui, Presbítero cura y beneficiado de la anteiglesia de Busturia y el licenciado don José Eusebio de Chirapozu, abogado vecino de ella”. Datos que figuran en el expediente del AHFB/BFAH, Sección Judicial, signatura JTB 0491/036, de fecha 18 de marzo de 1843: Información de testigos recibida a petición de Gaspar de Bulucua, cirujano romancista titular de la anteiglesia de Busturia, vecino de ella, acerca del acierto con que ha ejercido su facultad en dicha anteiglesia y en las de Murueta y Pedernales.

jar a los pacientes que permanecían en tratamiento. Tanto Delmás como Miguel Ángel Caballero y Kosme Barañano, creían que Gaspar era médico y que había obtenido su título en Francia, sin embargo, en los distintos expedientes consultados figura siempre como cirujano romancista.

Después de haber tratado con éxito una dispepsia crónica que atormentaba a su colega José M<sup>a</sup> Arostegui Larrinoa, cirujano de Bilbao con un notable prestigio como obstetra, trabó amistad con este y con su hijo Pedro Arostegui Larrondo, destacado médico homeópata, formando un trío de homeópatas, sin abandonar las ideas de Le-Roy.

Gaspar ejerció también como contratista y comerciante. Figura como rematante de algunos contratos de reparaciones en el puerto de Mundaka y se conserva alguna carta suya de carácter comercial. Pero su más destacable actividad fuera del terreno de la medicina fue la relacio-



**Figura 4.** Gaspar Bulucua, en el centro, flanqueado por sus familiares Andrés Joaquín Uriarte y José Eusebio Chirapozu (Archivo Municipal de Busturia)

nada con la fábrica de “Porcelana de San Mamés de Busturia”, de la que era uno de los principales accionistas. Fue también regidor en Busturia en 1813. Construyó el palacio Bulucua, en el que estableció su residencia desde el año 1848. Este edificio sigue en pie, si bien su estado de conservación no es óptimo. En el verano de 1855 Busturia se vio fuertemente atacada por la segunda de las pandemias de cólera que afectaron a Bizkaia, Gaspar enfermó

y llamó a su amigo José M<sup>a</sup> Arostegui, quien fue requerido por el Ayuntamiento de Busturia y firmó un contrato el 17 de agosto de 1855, como cirujano temporal en tanto durara la epidemia, con un salario de 200 reales diarios por término de un mes. Pero enfermó también él, y ambos fallecieron en Busturia, el 24 de agosto Bulucua y el 2 de septiembre Arostegui. La tradición busturiana dice que ambos murieron mientras tomaban con fe ciega el famoso medicamento de Le Roy que tanto habían utilizado (comunicación oral de Miguel Ángel Caballero contrastada en el texto de la nota 25).

Gaspar contrajo matrimonio con María Antonia Zorroza Olea (Morga 16 de setiembre de 1795) quien falleció en Busturia el 3 de octubre de 1819 con 24 años, por causa de accidente apoplético. Era hija de Juan Antonio y María Francisca, los dos naturales de Morga. En su contrato matrimonial firmado el 18 de marzo de 1816, figura el capital de Gaspar: además de sus propiedades contaba también con 40.000 reales de vellón, 22.000 en metálico y el resto en créditos cobrables y ganado vacuno. Tuvieron una sola hija, Francisca Zoila (Busturia 27 de junio de 1819) que contrajo matrimonio en Busturia el primero de agosto de 1840 con José Eusebio Chirapozu (Busturia 5 de marzo de 1806) que era abogado de los Reales Consejos. Entre sus descendientes se encuentra José M<sup>a</sup> Ucelay, afamado pintor y dueño del palacio de Txirapozu hasta su fallecimiento en 1979.

### Resultados y Discusión

Parece demostrado que la atención sanitaria en la zona rural de Bizkaia estuvo fundamentalmente en manos de los cirujanos romancistas hasta mediados del siglo XIX. También la tendencia a que el oficio de cirujano permaneciera en varias generaciones de una misma familia. Lo expuesto sirve también como descripción de una familia de “jauntxos” en una pequeña anteiglesia en Busturialdea. Se verifica el éxito obtenido en España por el “purgante de Le-Roy”, a pesar de los repetidos mandatos en sentido contrario. Llama la atención la escasa obediencia obtenida por la Órdenes Reales referentes a la práctica de la medicina en Bizkaia.

### Bibliografía

1. Villanueva Edo, A. La Asistencia médica rural en Vizcaya en 1827. Boletín de la RSBAP; 2000; 56: 113-26.
2. AHFB/BFAH (Archivo Histórico Foral de Bizkaia). Sección de Administrativo. AJO 1606/003. Circular de veintidós de enero de 1812, para que sólo se reconozcan como habilitados a los médicos, cirujanos y boticarios que aparecen en las listas que inserta, los cuales presentaron sus títulos oficiales conforme al requerimiento del Gobernador de Vizcaya en un decreto del mes de julio del año anterior.
3. Vidal F. Enseignement et organisation de la médecine et de la chirurgie sous l’Ancien Régime. Le Chirurgien Dentiste de France. 1982; 141: 11 8.
4. Riera Palmero, Juan. Anatomía y cirugía española del siglo XVIII. Valladolid: Universidad, 1982. 154 p.



**Figura 5.** Situación y estado actual del palacio Bulukua

5. Usandizaga M. Historia del Real Colegio de Cirugía de San Carlos de Madrid, 1787-1828. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas;1948. 130 p.
6. AHFB/BFAH. Sección Judicial, JCR 1205/022. (1816).
7. Ver en el Archivo Histórico Foral de Bizkaia, Sección Judicial, signaturas JCR 1164/003 (1757); JCR 1489/008; JCR 3260/007 (1758); JCR 2669/014 (1766); JCR 2616/005 (1804); JCR 2917/040 (1804); JCR 2695/004 (1805); JCR 1115/024 (1811); JTB (0205/115 (1817); JCR 3109/007 (1818); JCR 0765/013 (1818); JCR 1183/008 (1844).
8. Thillaud, P. Les maladies et la medecine en pays basque nord a la fin de l'Ancien Regime (1690-1789). Ginebra : Librairie Droz; 1983. 166 p.
9. Sánchez García, Miguel Ángel. Los profesionales sanitarios en las tierras de Albacete del siglo XVIII. Albacete: Diputación, 2014. p. 145-54
10. El Correo Español-El Pueblo Vasco. 23 de octubre de 1974; p. 20 (col. 4).
11. Irigoyen, A. y Olasolo, E. Nombres de familia y oicónimos en las fogueraciones de Vizcaya de los siglos XVII Y XVIII. Bilbao: Juntas Generales de Bizkaia, 1998, p. 724.
12. Libro nº3 de registros originales de bautizados de la parroquia de La Asunción de Nuestra Señora de Busturia - Axpe. 1653 - 1688. Folio 48 vto.
13. AHFB/BFAH. Sección Notarial, Merindad de Busturia, N 0029/0111, 22 sep 1709 y N 00310112, 25 nov 1713. Ver también libros sacramentales de casados en Axpe de Busturia.
14. AHFB/BFAH. Archivo Municipal de Busturia, 0078/008/015.
15. AHFB/BFAH, Judicial, JTB 0454/003, 13 julio 1751: El herido es reconocido por Juan Bautista de Bulucua, cirujano, vecino de la anteiglesia de Busturia; IJTB 0202/054, 31 agosto 1761, el cadáver es reconocido por Juan Bautista de Bulucua, cirujano de Axpe de Busturia.
16. Ib. JTB 0994/001, 27 de octubre de 1763; JTB 0158/009, 15 de enero de 1761 y JTB 0629/006, 19 de enero de 1760.
17. AHFB/BFAH. Notarial, Butron (José Ventura), N 0055/0121, 28 de junio de 1765; Ib. N 0056/0148, 25 de enero de 1769; Ib. N 0057/0015, 3 de junio de 1771.
18. Libro nº7 de registros originales de difuntos de la parroquia de La Asunción de Nuestra Señora de Axpe de Busturia -. 1757 - 1828.
19. Libro nº7 de registros originales de bautizados de la parroquia de La Asunción de Nuestra Señora de Axpe de Busturia -. 1746 - 1771, folio 41 vto.
20. AHFB/BFAH. Sección de Administrativo, AJO 0203/002.
21. Libro nº8 de registros originales de bautizados de la parroquia de La Asunción de Nuestra Señora de Axpe de Busturia, 1771-1802, folio 163. Libro nº8 de registros originales de difuntos de la parroquia de La Asunción de Nuestra Señora de Axpe de Busturia -. 1829 - 1864, folio 77.
22. Jaime Lorén, José María. Purgante, vomipurgativo de Le-Roy. Epónimos científicos” de la Universidad CEU Cardenal Herrera de Valencia. Consultado el 2 de julio de 2023, disponible en <https://blog.uchceu.es/eponimos-cientificos/purgante-vomipurgativo-de-le-roy/>
23. AHFB/BFAH. Sección Judicial. JTB 0290/0061, 7 de mayo de 1838; JCR 4457/024, 8 de enero de 1840; JTB, 11 de marzo de 1841; JTB 0172/013, 5 de mayo de 1842; JTB0344/011, 11 de octubre de 1842.
24. AHFB/BFAH, Sección Judicial. JCR0557/001. 14 de abril a 23 de diciembre de 1830.
25. Obieta, Agustín M<sup>a</sup>. Discurso apologético pronunciado en la sesión inaugural de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao IV. Gac Med Norte; 2, 1896. p. 101-2.
26. Mudakako Udal Artxiboa, Libro de Acuerdos del Ayuntamiento de Mundaca de 1832 a 1861, folio 29, septiembre de 1833.
27. Euskadiko Artxibo Historikoa/Archivo Histórico de Euskadi. Archivo de la casa Artechezuria, leg 006/ nº 23. 9 de marzo de 1825.
28. Barañano, Cosme y González de Durana, J. La fábrica de porcelana de “San Mamés” en Busturia (Bizkaia). Bilbao: Diputación; 1987, p. 25.
29. AHFB/BFAH. Archivo Municipal de Busturia, 0058/025, Libro de cuentas municipales de cargo y data de 1795 a 1813, folio 400.
30. AHFB-BFAH. Sección de Administrativo, ARO 0009/063. 1855.
31. Barañano Letamendia, Kosme M<sup>a</sup>. José María de Uce-lay: análisis biográfico y estético. 2<sup>a</sup> Ed. Bilbao, BBK; 1997. P. 165.

# CARTA AL DIRECTOR



Gac Med Bilbao. 2024;121(1):47-48

## “Que cambiar el mundo, amigo Sancho, no es locura ni utopía, es justicia”.

**Bilbao-Soto Aurora<sup>a,b,c</sup>**

*(a) Profesora jubilada Universidad del País Vasco - Euskal Herriko Unibertsitatea (UPV/EHU). Leioa, España*

*(b) Asociación Internacional de Médicos para la Prevención de la Guerra Nuclear*

*(c) Ciudadana comprometida*

Recibido el 6 de enero de 2024; aceptado el 14 de febrero de 2024

A lo largo de la Historia, la resolución de los conflictos entre personas y grupos se han dirimido por medio de la violencia de las armas e incluso utilizando estrategias militares específicamente dirigidas contra la población civil. Desde la antigüedad hasta hoy, hemos visto que la capacidad de destrucción de las armas utilizadas en los conflictos (biológicas, químicas y nucleares ...) han ido incrementando su perversidad y su crueldad, generando un sufrimiento absolutamente inaceptable.

Violencia, muerte, hambre, pobreza, enfermedades, daños irreversibles en el ámbito de la salud mental y deterioro de las relaciones personales, sociales e internacionales. Éstos son los efectos de las guerras y los conflictos que afectan a la Sociedad en toda su dimensión.

Los conflictos y las guerras generan una inestabilidad social, económica y política, que hace difícil la supervivencia de la población civil afectada, que suele ser la que, en este reparto de crueldades, se lleva la peor parte, sobre todo los más vulnerables: mujeres, niños, niñas, perso-

nas mayores, enfermas y discapacitadas.

Cuando el campo de batalla y los objetivos “militares” se llevan a las ciudades, colapsa el sistema de organización social por la destrucción de las infraestructuras vitales (suministro de agua, energía, alimentos, asistencia sanitaria...). La consecuencia inmediata es la aparición de crisis alimentarias, en cuyo contexto surgen enfermedades relacionadas con la desnutrición, con la dificultad del acceso al agua potable y por las condiciones de insalubridad en las que la población civil se ve obligada a vivir.

Las necesidades sanitarias, (que obviamente son mayores que en condiciones normales), no pueden ser satisfechas porque la desestructuración y el colapso de los Sistemas de Salud lo impiden.

Por si esto fuera poco, a todo ello hay que sumar el deterioro del Medio Ambiente, (tierras, aguas y aire contaminados) dando vía libre a una mayor incidencia de infecciones, entre otros efectos. Todo ello, aleja cualquier esperanza de supervivencia y reconstrucción del entramado

de salud, social y económico anterior al conflicto, porque los países en guerra quedan inmersos en un caos del que es muy complicado salir.

La situación de pobreza, que va paralela a las guerras y los conflictos, debe movernos a la reflexión en un mundo tan interdependiente como el nuestro.

La percepción de estar en peligro dispara la situación de alerta (stress) de nuestros sistemas endocrino e inmunológico, poniendo en modo "frágil" nuestra salud, con la aparición de problemas de sueño, trastornos digestivos, estrés postraumático ... . Esto afecta de manera muy especial a la población infantil, que ve como se desvanece su sistema de protección. Viven con angustia y mucho miedo la muerte a su alrededor, sus padres, hermanos, amigos ... y les resulta difícil afrontar la soledad.

Todo esto representa una violación del Derecho Internacional Humanitario, de los Derechos Humanos y del más básico sentido de empatía y la compasión. Se han traspasado todas las líneas rojas que marca la ética además de la ley.

Los profesionales en el ámbito de la Salud tenemos ante nosotros una responsabilidad sobreenvenida que no podemos eludir. Por un lado, proporcionar atención a todos los problemas de salud provocados por las guerras y los conflictos y por otro hacer nuestro el Juramento Hipocrático, según el cual, tenemos la obligación de denunciar cualquier amenaza para la salud de la ciudadanía del mundo, lo que se traduce en: "prevenir antes que curar".

La situación de deterioro de las relaciones internacionales no nos deja mucho lugar a la esperanza. Estos días, estamos siendo testigos de una escalada en número y en crueldad de los conflictos, que parece estar fuera de todo control. Sin embargo, no hay en el escenario ningún planteamiento para la búsqueda de soluciones que la convivencia de la ciudadanía derive hacia la sensatez, la cordura y la armonía.

La carrera armamentista dio su primer paso en 1945. Desde entonces la escalada armamentista ha avanzado tanto en el terreno cuantitativo como en el cualitativo. Con la creación y el uso de las armas de destrucción masiva (armas nucleares, biológicas, químicas, minas antipersonal ...) se ha sobrepasado cualquier principio

de moralidad y ética. A pesar de estar prohibidas y fuera de toda ley, se han seguido utilizando.

En el balance de víctimas de un conflicto no sólo contabilizamos la cifra de muertos sino también el sufrimiento generado directa o indirectamente entre los supervivientes.

Los habitantes de los emplazamientos de los ensayos nucleares, los veteranos de la Guerra de Vietnam, la devastación medioambiental, los Hibakushas de Hiroshima y Nagasaki, el Síndrome de la Guerra del Golfo, los accidentes en las centrales nucleares de Las Tres Millas (EE.UU.), Chernobil (URSS) y Fukushima (Japón), las víctimas de las armas con uranio empobrecido, los niños soldados, ... he aquí parte de la historia más reciente de las consecuencias de las guerras y la preparación para las guerras. No nos olvidamos de las víctimas de esos conflictos "silenciados", de los que únicamente sabemos que sus causas, la codicia de los países más poderosos.

No es casualidad que el tráfico de armas, vaya en paralelo al tráfico de drogas y al tráfico de personas con fines de explotación sexual. Armas, drogas y prostitución son pilares importantes sobre los que se sustentan la economía mundial y son responsables de muchas muertes y de la deshumanización de sus víctimas.

No es momento de lamentaciones sino de tomar decisiones que contribuyan a la resolución de los conflictos por la vía pacífica.

El "progreso", motor que ha hecho avanzar a la Humanidad en muchos aspectos y fundamentalmente en el tecnológico, parece haber dejado muy atrás el "desarrollo humano". Conseguimos pisar la Luna, según nos cuentan. Pero no fuimos capaces de salvar a la niña Omaira atrapada entre el fango y los escombros hasta su agónica muerte, como consecuencia de la erupción del Nevado de Ruiz (Colombia). Con la ayuda de una sencilla motobomba se hubiera podido salvar ... pero no ocurrió así, para nuestra vergüenza.

*"Cambiemos nuestra manera de pensar si queremos que la Humanidad sobreviva". (Albert Einstein)*





1895ean sortua / Fundada en 1895

## BILBOKO MEDIKU ZIENTZIEN AKADEMIA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO



Diziplina anitzeko erakunde aske, independente eta multiprofesionala da Akademia, Osasun Zientzietako hainbat profesionalak osaturikoa: **Biologia, Farmazia, Medikuntza, Odontologia eta Albaitaritza.**

**Bilboko Aldizkari Medikoaren** editorea da, Espainiako aldizkari biosanitarioetan lehena.

**125 urteko** historian zehar, Akademiak garapen sozio-sanitario handiko lan ugari garatu ditu eta horietatik onuradun nagusiak Euskadiko herritarrak izan dira. Denbora horretan, Euskal Herriko medikuntza eta osasun zientzietako kide nabarmenenak bildu ditu.

## Ez al zara akademikoa oraindik?



## Nola izan Akademiako kide?

Sar zaitetz <http://www.acmbilbao.org/inscripcion-de-academicos/> helbidean eta onarpen eskaerarako inprimaki labur bat bete besterik ez duzu, ondoren Gobernu Batzordeak baloratuko duena.

Tasen inguruan, Akademiaren parte hartzea **doakoa da ikasleentzat.** Akademiko osoen kuota 60 eurokoa da urtero.



Lersundi kalea, 9, 5  
48009 Bilbo, Bizkaia  
Tel.: +(34) 94 423 37 68  
E-mail: [academia@acmbilbao.org](mailto:academia@acmbilbao.org)  
<http://www.acmbilbao.org>

## Zer eskaintzen du Akademiak?

- Akademiak antolatutako zientzia jardueretarako sarbidea.
- **Ikasturtero antolatzen** diren etengabeko prestakuntzako jarduerak Biologia, Farmazia, Medikuntza, Odontologia eta Albaitaritzako alorretan.
- Katalunia eta Balear Uharteetako Medikuntza eta Osasun Zientzien Akademiaren **onura eta zerbitzuetarako sarbidea** [www.academia.cat](http://www.academia.cat)
- Ikerkuntzarako metodologia, bioestatistika, epidemiologia eta irakurketa kritikorako **laguntza eta aholkularitza.**
- Osakidetzaren bibliografia erreferentziako **datu-baseen kontsulta eskatzeko aukera**, Akademiarekin indarrean dagoen akordioaren arabera.
- **Gai zientifikoetarako buruzko zuzeneko kontsultak** egitea BMZako atal bakoitzeko buruarekin.
- **Akademiak urtero antolatzen dituen ekitaldi sozial, kultural eta instituzionalerako sarbidea:** Humanitateen Astea, Medikuntza Astea, ikasturteko inaugurazio eta itxiera ekitaldiak, José Carrasco doktorea – D. Máximo de Aguirre sariak, etab.
- Akademiaren **berezko bibliografiarako** sarbidea hemeroteca birtualaren bidez.
- BMZak erakundeekin, administrazio publikoekin, unibertsitateekin eta enpresekin dituen **berrogeita hamar hitzarmenetatik** ateratako abantailak.
- **“Gaceta Médica de Bilbao”** aldizkari zientifikoan ([www.gacetamedicabilbao.eus](http://www.gacetamedicabilbao.eus)), zure artikuluak argitaratu ahal izatea.
- Ehun urtetik gorako osasun zientzietako erakunde **multiprofesional** baten kidea izatea, Akademiak dituen erro eta historiarekin.





1895ean sortua / Fundada en 1895

## BILBOKO MEDIKU ZIENTZIEN AKADEMIA ACADEMIA DE CIENCIAS MÉDICAS DE BILBAO



Una institución libre, independiente, pluridisciplinar y multiprofesional compuesta por profesionales de diversas ciencias de la salud: **Biología, Farmacia, Medicina, Odontología y Veterinaria.**

Editora de la *Gaceta Médica de Bilbao*, decana de las revistas biosanitarias de España.

La Academia ha desarrollado a lo largo de sus **125 años** de historia una importante labor sociosanitaria de la que han sido principales beneficiarios los ciudadanos de Euskadi. En este tiempo ha aglutinado siempre en torno a sí a lo más granado de la medicina y de las ciencias de la salud del País Vasco.

## ¿Todavía no eres académico?



## ¿Cómo ingresar en la Academia?

Basta con acceder a la dirección <http://www.acmbilbao.org/inscripcion-de-academicos/> y rellenar un breve formulario con la solicitud de ingreso, que será valorada por la Junta de Gobierno.

En cuanto a las cuotas, la pertenencia a la Academia es **gratuita para los estudiantes**. La tarifa para los académicos de número es de 60 € al año.



C/ Lersundi, 9, 5.ª planta  
48009 Bilbao, Bizkaia  
Tel.: +(34) 94 423 37 68  
E-mail: [academia@acmbilbao.org](mailto:academia@acmbilbao.org)  
<http://www.acmbilbao.org>

## ¿Qué ofrece?

- Acceder a las **actividades científicas** organizadas por la Academia.
- Formación continuada** acreditada de Biología, Farmacia, Medicina, Odontología y Veterinaria, con actividades formativas en cada curso académico.
- Acceso a las prestaciones y servicios** de la Academia de Ciencias Médicas y de la Salud de Cataluña y Baleares. [www.academia.cat](http://www.academia.cat)
- Apoyo y asesoramiento** en metodología de la investigación, bioestadística, epidemiología y lectura crítica.
- Posibilidad de solicitar la **consulta de las bases de datos** de referencias bibliográficas de Osakidetza, en virtud del convenio en vigor con la Academia.
- Realizar consultas telemáticas directas** sobre aspectos científicos con los presidentes de cada sección de la ACMB.
- Acceso a los **actos sociales, culturales e institucionales** que organiza anualmente la Academia: Semana de Humanidades, Semana Médica, actos institucionales de inauguración y clausura del curso académico, premios Dr. José Carrasco – D. Máximo de Aguirre, etc.
- Acceso a la **bibliografía propia** de la Academia a través de su hemeroteca virtual.
- Disfrutar de las ventajas derivadas de los cerca de **medio centenar de convenios** que la ACMB mantiene con instituciones, administraciones públicas, universidades, sociedades y empresas.
- Publicar sus artículos** en la revista científica indexada *Gaceta Médica de Bilbao* ([www.gacetamedicabilbao.eus](http://www.gacetamedicabilbao.eus)), órgano de expresión de la ACMB.
- Pertenecer a una entidad **multiprofesional** de las ciencias de la salud centenaria, con la raigambre e historia de la Academia.

