

Síndrome de Sjögren primario y las nuevas generaciones

Las enfermedades autoinmunes son antiguas pero los escritos para demostrar esta antigüedad es difícil demostrarla, por ello su conocimiento sólo ha sido evidente en el siglo XX. Una de estas enfermedades es el síndrome de Sjögren primario, que se describió hace aproximadamente 70 años por Henrik Sjögren, en 1933, y que en su larga trayectoria logró documentarla en sus 16 artículos publicados. Esta trayectoria de Sjögren fue heredada a través de una descendencia no mendeliana por Norman Talal, Martín A. Shearn, Haralampos Moutsopoulos, Robert Fox, Alastair M.S. Mason, Claudia Vitali, Stefano Bambardieri, Rodolfo Molina, Elaine L. Alexander, Frank C. Arnett, Thomas Provost, Mari Betty Stevens, Donato Alarcón–Segovia y otros que han contribuido al entendimiento de los aspectos clínicos, los métodos diagnósticos, la histopatología, y los intentos frustrados en la terapéutica. En Colombia los profesores Mario Peña, Humberto Lizarazo, Fernando Chalem y Álvaro Sánchez lograron que se reconociera especialmente el síndrome de Sjögren secundario y se establecieran los primeros conocimientos del síndrome de Sjögren primario.

La última generación de investigadores de esta enfermedad interesante la constituyen los discípulos de los maestros mencionados y lo más grato de ello es el origen hispanoamericano de los mismos como son los profesores Manuel Ramos Casal, Mario García, Josep Font, Ricard Cervera, Arnoldo Krauss, de España y México, y específicamente en Medellín (Colombia) Juan Manuel Anaya y su grupo en la Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB), quienes están interesados en el estudio del síndrome de Sjögren primario especialmente con la intención de estudiar los subgrupos clínicos, algunos de estos casos asociados a la infección por el virus de la hepatitis C, la poca asociación del síndrome de Sjögren y el síndrome antifosfolípido, el mayor riesgo de desarrollar linfomas y las múltiples manifestaciones clínicas asociadas a este síndrome como la enfermedad tiroidea, la miositis, las manifestaciones articulares, el compromiso esofágico, la lipodistrofia, la hiperviscosidad, etc, lo que hace que esta enfermedad tenga una gran heterogeneidad clínica.

A Juan Manuel Anaya, desde su interés por la Reumatología, le preocupó el estudio del síndrome de Sjögren especialmente el primario y desde su llegada a Colombia, en la CIB, ha publicado varios artículos, 20 en total, casi siempre en revistas internacionales indexadas, capítulos de libros sobre síndrome de Sjögren en el libro de Lahita, por lo que se ha convertido en una auténtica figura en el conocimiento de esta enfermedad. Recientemente se ha interesado en los mecanismos inmunogenéticos de esta enfermedad en lo que ha profundizado en la relación del TAP, HLA –DQ B1, el polimorfismo del HLA-DR B* 1 y de la IL-10, en la patogénesis de este síndrome, estos últimos aportes lo hizo merecedor del premio AFRIDRO a finales de 2002, premio que le fue entregado por el excelente investigador colombiano Rodolfo Llinás. El país y los reumatólogos colombianos le deseamos a Juan Manuel que continúe por este sendero, que es el que necesitamos para conseguir nuevos reconocimientos a la Medicina colombiana.

Antonio Iglesias Gamarra, M.D.
Profesor Titular. Facultad de Medicina
Universidad Nacional de Colombia

Indicaciones a los autores

La **Revista Colombiana de Reumatología** es el órgano oficial de la Asociación Colombiana de Reumatología y como tal publica artículos de la especialidad o relacionados con ella.

Los trabajos deben ser remitidos a la Asociación Colombiana de Reumatología, **Oficina 603, Calle 94 No. 15-32, teléfonos: 6350840 - 6350841 - 6215134, Fax: 6215145**, o entregarlos personalmente al editor, en original y una copia, además del disquete con el contenido, especificando el programa en el cual fue procesado. Deben venir acompañados por una carta del autor principal en donde exprese claramente que el trabajo ha sido leído y aprobado por todos los autores e igualmente si ha sido sometido total o parcialmente a estudio por parte de otra revista. Los autores deben guardar copia de todo el material enviado.

La Revista se publica cada 3 meses (Marzo-Junio-Septiembre y Diciembre) y está dirigida a los internistas generales, subespecialistas en otras áreas, y médicos generales. Constará de un editorial, dos o tres artículos originales, una o dos revisiones de la literatura (resúmenes), una o dos presentaciones de casos, y una sección de club de revistas que será encargada a los residentes de Reumatología de las distintas instituciones. En ésta se incluirán solamente artículos recientes, de menos de un año de publicación, de los cuales se debe realizar un análisis completo, indicando su importancia para el lector, y realizando una crítica completa a la metodología y resultados. Igualmente se incluirá una viñeta diagnóstica de tipo clínico o radiológico y cartas de respuesta a artículos previamente publicados en la Revista.

Para los formatos de los trabajos se seguirán los parámetros internacionales tanto en su forma básica como en su bibliografía. Solicito se envíe con el trabajo una carta de presentación en que se incluyan el nombre o nombres de los autores, el tipo de trabajo, la certificación de que el trabajo no ha sido publicado en otra revista y que no está siendo presentado al mismo tiempo en otra revista y la firma del autor principal. Se deben enviar el original y dos copias del manuscrito y todo el material gráfico incluido, en papel tamaño carta y con triple espaciado. La primera hoja debe incluir el título del trabajo, los nombres de los autores y sus títulos, el lugar donde fue realizado el trabajo, si fue soportado

por alguna beca o por fondos de farmacéutica y la dirección a donde se les debe escribir a los autores. Se deben incluir igualmente tres claves del trabajo.

Para los trabajos de investigación originales se debe iniciar con un abstracto (sinopsis) estructurado de no más de 75 palabras que incluya objetivos, métodos, resultados y conclusiones. El trabajo debe dividirse en una introducción, material y métodos, resultados, discusión y referencias. En ningún caso debe el trabajo ser de una longitud mayor a 15 páginas.

Las revisiones de literatura o resúmenes deben ser de utilidad para el médico en ejercicio y no deben ser mayores de 15 páginas a triple espacio, sin incluir la bibliografía.

Los casos clínicos deben incluir un abstracto (sinopsis) de no más de 50 palabras. En lo posible deben dividirse en introducción, descripción de pacientes, discusión, revisión de la literatura y bibliografía. No deben incluir más de 3 gráficas, tablas o fotografías y no deben ser de una longitud mayor de 9 páginas. La bibliografía no debe incluir más de 10 referencias.

El club de revistas incluirá el título, los autores completos, el lugar y fecha de publicación, el abstracto publicado del artículo a revisar, el análisis estadístico de la validez de éste y las conclusiones. Cada artículo revisado no debe incluir más de 4 páginas a triple espacio y no más de 6 referencias distintas al artículo. Para cada número se encargará a un servicio de entrenamiento de proveer estas revisiones.

Las viñetas diagnósticas y radiológicas pueden incluir hasta 4 gráficas o cuadros, pero no deben ser de una longitud mayor de 4 páginas a triple espacio y no deben incluir más de 6 referencias.

Las referencias bibliográficas deben estar escritas en doble espacio, indicando inicialmente los autores, sólo usar "et al" para más de 5 autores, el título, la revista de la que proviene con abreviaturas según el Index Medicus, el volumen, la página inicial y final y el año de publicación. Se deben ordenar de una forma numérica de acuerdo con el número de aparición.

Todo trabajo será evaluado y se indicará a vuelta de correo si se acepta para publicación y si requiere modificaciones previas.