

tratamiento instrumental de las litiasis puede realizarse con litotricia extracorpórea, con endoscopia o con nefroureterolitotomía⁸.

Sobre la base de la experiencia con este tipo de sujetos, sería fundamental hacer un seguimiento estricto del tratamiento alcalinizante junto con el tratamiento instrumental en los casos necesarios.

Bibliografía

1. Wrong O. Distal renal tubular acidosis: The value of urinary pH, PCO₂ and NH₄⁺ measurements. *Pediatr Nephrol*. 1991;5:249-55.
2. Nicoletta JA, Schwartz GJ. Distal renal tubular acidosis. *Curr Opin Pediatr*. 2004;16:194-8.
3. Cheidde L, Vieira TC, Lima PR, Saad ST, Heilberg IP. A novel mutation in the anion exchanger 1 gene is associated with familial distal renal tubular acidosis and nephrocalcinosis. *Pediatrics*. 2003;112:1361-7.
4. Igarashi T. Renal tubular acidosis. *Nippon Rinsho*. 1992;50:2199-205.
5. Kerbl K, Clayman RV. Endourologic treatment of nephrocalcinosis. *Urology*. 2000;26:508.
6. Segawa N, Kiyama S, Azuma H, Kotake Y, Ashida A, Tamai H, et al. Nephrocalcinosis due to renal tubular acidosis in two brothers. *Hinyokika Kyo*. 2006;52:353-7.
7. Kasap B, Soyü A, Oren O, Türkmen M, Kavukçu S. Medullary sponge kidney associated with distal renal tubular acidosis in a 5 year old girl. *Eur J Pediatr*. 2006;165:648-51.

8. Vargas-Poussou R, Cochat P, Le Pottier N, Roncelin I, Liutkus A, Blanchard A, et al. Report of a family with two different hereditary diseases leading to early nephrocalcinosis. *Pediatr Nephrol*. 2008;23:149-53.
9. Evan AP, Lingeman J, Coe F, Shao Y, Miller N, Matlaga B, et al. Renal histopathology of stone-forming patients with distal renal tubular acidosis. 2007; 71: 795-801.
10. Fernández Rodríguez A, Arrabal Martín M, García Ruiz MJ, Arrabal Polo MA, Pichardo Pichardo S, Zuluaga Gómez A. The role of thiazides in the prophylaxis of recurrent calcium lithiasis. *Actas Urol Esp*. 2006;30:305-9.

Miguel Ángel Arrabal Polo^{a,*}, Miguel Arrabal Martín^b, Antonio Jiménez Pacheco^c y Armando Zuluaga Gómez^d

^aUrología, Urolitiasis, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

^bServicio de Urología, Granada, Grupo nacional de litiasis (1996-2000), Asociación Andaluza de Urología, España

^cUrología, Hospital Santa Ana, Motril, Granada, España

^dUrología, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arrabalp@ono.com (M.A. Arrabal Polo).

doi:10.1016/j.medcli.2008.10.024

Terapias complementarias olvidadas en la fibromialgia

Complementary therapies forgotten in fibromyalgia

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el original sobre la «Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia», de García Campayo et al¹, y el editorial de Alegre de Miquel y Sellas Fernández², lo que nos ha estimulado a revisar los trabajos aparecidos en su revista sobre esta enfermedad. Nos ha llamado poderosamente la atención que en el artículo especial de Nishishinya et al³ sobre «Intervenciones no farmacológicas y tratamientos alternativos en la fibromialgia» no se incluyera como tales a la balneoterapia ni a la talasoterapia, a diferencia de otros trabajos recientes aparecidos en publicaciones relevantes⁴⁻⁶.

En una búsqueda realizada en PubMed el 16 de noviembre de 2008 con los ítems «fibromyalgia AND balneotherapy», «fibromyalgia AND thalassotherapy», que incluyera publicaciones de los últimos 10 años con resumen, se han encontrado 25 trabajos. Destacan el de Dönmez et al⁷, que han demostrado la obtención de mejores resultados utilizando la balneoterapia (baños termales y masajes, durante dos semanas) añadida al tratamiento médico habitual, frente al tratamiento médico habitual y/o ejercicio físico diario; éstos consistieron en una mejoría en el cuestionario de impacto de la fibromialgia (FIQ), del dolor y del número de puntos sensibles y otros efectos como la mejoría en el sueño, la fatiga, síntomas gastrointestinales, ansiedad, inventario Beck de la depresión y evaluación global del paciente; esta superioridad se mantuvo durante 6 meses. El trabajo de Fioravanti et al⁸ tiene resultados similares, pero esta vez fue realizado de forma multicéntrica, empleando balneoterapia (baños termales y fangoterapia de 4 centros, durante 2 semanas) añadida al tratamiento médico habitual, frente a sólo el tratamiento médico habitual. Por otra parte, los trabajos de Zijlstra et al^{9,10} han demostrado que la combinación de talasoterapia, ejercicios físicos supervisados y educación sanitaria, durante 2 semanas y media, en pacientes con

fibromialgia, frente a los cuidados habituales, mejoran, al menos durante 3 meses, la calidad de vida relacionada con la salud evaluada mediante el cuestionario RAND-36 y otras variables valoradas con el FIQ, el cuestionario del dolor de McGill, el inventario de Beck de la depresión, los puntos de sensibilidad y la prueba de caminar 6 min sobre un tapiz rodante. En el segundo trabajo¹⁰ se evalúa el incremento del coste del tratamiento, derivado sobre todo del traslado y el alojamiento a Túnez de los miembros de la Asociación de Pacientes con Fibromialgia Holandesa seleccionados aleatoriamente para el estudio.

Queremos concluir destacando la importancia de estas terapias «olvidadas» en esta afección de tan difícil tratamiento y comprensión, y la probable necesidad de realizar estudios en España con versión validada de la escala de catastrofización ante el dolor para aclarar mejor estos aspectos.

Bibliografía

1. García J, Rodero B, Alda M, Sobradie L, Montero J, Moreno S. Validación de la versión española de la escala de la catastrofización ante el dolor (Pain Catastrophizing Scale) en la fibromialgia. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:487-92.
2. Alegre C, Sellas A. Fibromialgia: enfermedad de la emoción o emoción del dolor. *Med Clin (Barc)*. 2008;131:503-4.
3. Nishishinya MB, Rivera J, Alegre C, Pereda CA. Intervenciones no farmacológicas y tratamientos alternativos en la fibromialgia. *Med Clin (Barc)*. 2006;127:295-9.
4. Sarac AJ, Gur A. Complementary and alternative medical therapies in fibromyalgia. *Curr Pharm Design*. 2006;12:47-57.
5. Carville SF, Arendt-Nielsen S, Bliddal H, Blotman F, Branco JC, Buskila D, et al. EULAR evidence-based recommendations for the management of fibromyalgia syndrome. *Ann Rheum Dis*. 2008;67:536-41.
6. McVeigh JG, McGaughey H, Hall M, Kane P. The effectiveness of hydrotherapy in the management of fibromyalgia syndrome: a systematic review. *Rheumatol Int*. 2008;29:119-30.
7. Dönmez A, Karagülle MZ, Tercan N, Dinler M, İşsever H, Karagülle M, et al. SPA therapy in fibromyalgia: a randomised controlled clinic study. *Rheumatol Int*. 2005;26:168-72.
8. Fioravanti A, Perpignano G, Tirri G, Cardinale G, Gianniti C, Lanza CE, et al. Effects of mud-bath treatment on fibromyalgia patients: a randomized clinical trial. *Rheumatol Int*. 2007;27:1157-61.
9. Zijlstra TR, Van de Laar MA, Bernelot HJ, Taal E, Zakraoui L, Rasker JJ. Spa treatment for primary fibromyalgia syndrome: a combination of thalassotherapy, exercise and patient education improves symptoms and quality of life. *Rheumatology*. 2005;44:539-46.

10. Zijlstra TR, Braakman-Jansen LM, Taal E, Rasker JJ, Van de Laar MA. Cost-effectiveness of Spa treatment for fibromyalgia: general health improvement is not for free. *Rheumatology*. 2007;46:1454–9.

Alfredo Michán^{a,b,*} y Francisco Maraver^c

^a*Sección de Medicina Interna, Hospital del Servicio Andaluz de Salud, Jerez de la Frontera, Cádiz, España*

doi:10.1016/j.medcli.2008.11.028

^b*Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Cádiz, España*

^c*Escuela Profesional de Hidrología Médica, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España*

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: alfredo.michan@uca.es (A. Michán).