

Paciente: SERVANDO PEREZ DOMINGUEZ	Data Nac: 01 / 10 / 1967	Sexo: Home	
NHC: 301868	CIP: 671601F0ED1626	Rédima:	NSS: //
Enderezo: - 0	Teléfono:		

Motivo de consulta: Paciente con deterioro sistémico (e *in crescendo*) de su salud secundario a intoxicación crónica por mercurio de empastes dentales de amalgama de *plata*. Posibilidad de remisión para desintoxicación con *Plasmaféresis* al Hospital Gregorio Marañón de Madrid (Nefrólogo Prof. Dr. Fernando Anaya Fernández-Lomana).

Centro de Saúde de Cambados, a 9 de Mayo de 2013

INFORME MÉDICO DE SÍNTESIS PARA MEDICINA INTERNA DEL CHOP

Paciente: Servando Pérez Domínguez (DNI: 35458512-X)

NSS: 15/1026079185. NHC: 301868. Fecha de nacimiento: 01-10-1967. 45 años.

Ex profesor e investigador universitario, con antecedente de salud (ex deportista, inclusive, durante años, remero de competición en traineras).

Diagnóstico:

Hidrargirismo crónico por amalgamas dentales (1) y pluriproblemáticas derivadas de dicha intoxicación mercurial: "Paciente con intoxicación crónica por mercurio para el que se recomienda quelación con EDTA y ácido Alfa-Lipoico. Remitido anteriormente a Hospital Río Hortega, que no dispone de este procedimiento. Consta en el CHUS que el Hospital General Universitario de Valencia (Unidad de Toxicología Clínica) tampoco dispone del citado procedimiento. El paciente tiene intoxicación crónica por mercurio por amalgama dental" (informe del médico internista del SERGAS, Dr. Arturo González Quintela, de 21-07-10).

Dicha intoxicación ha ido afectando a distintos órganos y sistemas, de modo que han conformado en el paciente cuadros tales como Inflamación sistémica crónica de bajo, Miopatía Mitocondrial *de novo*, Síndrome de Fatiga Crónica severa, Síndrome Seco, Síndrome calambres-fasciculaciones, Síndrome dispéptico, Fibromialgia severa, Síndrome vertiginoso, Síndrome digestivo, Síndrome uretral, Electrohipersensibilidad moderada, Hipotiroidismo subclínico, Síndrome de ojo seco; Candidiasis crónica (C. Parapsilosis), Enfermedad degenerativa musculoesquelética, Enfermedad de Scheuermann, Síndrome de Apnea de Sueño (principalmente apneas centrales), Sensibilidad Química Múltiple moderada-intensa, Espondilitis anquilosante/otras espondiloartropatías seronegativas (pendiente confirmación), Síndrome del túnel carpiano (pendiente confirmación), Miositis (pendiente confirmación), Síndrome de piernas inquietas (pendiente confirmación), Neuritis ciática/Síndrome piriforme (pendiente confirmación).

Problemas de salud detallados derivados del problema mercurial:

- *Problemas neumológicos:*

"Intoxicación crónica por mercurio por amalgama dental diagnosticado en 2005 pero se estableció que la tenía desde 1998. A partir de ahí desarrolló un síndrome de sensibilidades químicas múltiples: sensibilidades inhalatorias a colonias, perfumes, champús, jabones, lejías, detergentes, productos de limpieza en general y humos que le producen ardores de mucosas, mareos, náuseas y sensibilidades dermatológicas. (...) Rx tórax: pequeños nódulos de

Paciente: SERVANDO PEREZ DOMINGUEZ	Data Nac: 01 / 10 / 1937	Sexo: Hombre
NHC: 801838	CIP: 671ED1FDE01028	Ráxma:
Enderezo: - 0	Telefone:	NSS: #

distribución aleatoria en ambos campos pulmonares. Rx de senos: inflamación de la mucosa de los senos maxilares”. (Ver informe de Neumología del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela de 03-02-12). Sensación disneica, mucosidad (moco y esputos) excesiva constante, estornudos, tos desde hace varios años (*flu-like symptoms*); bronquitis de repetición; hiperreactividad bronquial a productos químicos. (Ver informe del Hospital Puerta de Hierro de 06-01-12 e informe del Hospital Policlínico La Rosaleda de Santiago de Compostela de 14-01-12). El 18-09-12 se establece que padece *Apnea de Sueño*, a partir de prueba de sueño del 03-09-12, durante 451.5 minutos; con 79 apneas —22 obstructivas y 57 apneas centrales—, 89 hipoapneas, 183 desaturaciones, 54 periodos de inestabilidad mecánica respiratoria-RMI, 1 periodo paradójico; índice de apnea-hipoapnea alto (23.1), índice de desaturación de oxígeno alto (25.1).

- *Problemas neurológicos-neuropsicológicos:*

temblor mercurial fino de distal (que esporádicamente aumenta a profuso temblor, incluso con espasmos, y sudoración —*Baile de San Bito*— durante en torno a una hora, y somatotópicamente más acentuado en la mitad derecha de su cuerpo), déficit en capacidad de atención y concentración, pésima memoria especialmente a corto plazo, desorientación, confusión, irritabilidad, cambios de humor, episodios de inestabilidad a la marcha, episodios de dislexia, disgrafía y discalculia, síndrome calambres-fasciculaciones, somnolencia e insomnio, sensación de pinchazos musculares, astenia intensa (el paciente dice que se cansa “hasta de masticar la comida”), dolor neuropático/neuropatía por mercurio, cefaleas, hormigueo y adormecimiento en brazos y piernas, síndrome vertiginoso, debilidad muscular, bajos reflejos, pérdida de sensibilidad (desde principios de 2013 se le caen objetos de las manos); CPK elevada en los últimos años, aunque el paciente no puede hacer ejercicio alguno desde principios de 2007 (cifras máximas de 603 U/L en analítica realizada en el Hospital Puerta de Hierro de Madrid el 05-01-12 — ver informe de dicho hospital de 06-01-12). Valorar miositis y también posible síndrome de piernas inquietas. Si bien el paciente padece ciertos problemas neuropsicológicos por mor del mercurio (irritabilidad, cambios de humor), se determinó que el paciente no padece, ni ha padecido, ningún problema psiquiátrico, por tanto, no ha estado nunca a seguimiento ni tratamiento psiquiátrico. Así, en informe de 19-03-07, firmado por el Dr. Emilio González Fernández, jefe de psiquiatría de la Unidad de Salud Mental del Ambulatorio Concepción Arenal de Santiago de Compostela, se dice: “*Usuario que foi avaliado nesta USM o 29-6-06 e o 5-6-06 por dous psiquiatras diferentes. Non se evidenciou patoloxía psiquiátrica. Nunca estivo a seguimento nin a tratamento psiquiátrico. Acudiu derivado por Consulta Externa de M. Interna para valorar*”.

- *Problemas digestivos:*

alteración del ritmo intestinal, náuseas, mareo, vómitos, disbiosis, malabsorción intestinal (que han dado lugar a depleción de nutrientes: aminoácidos, vitaminas, minerales, neurotransmisores bajos o muy bajos), obstrucción/semiobstrucción intestinal crónica, pirosis, diarrea y cuasi diarrea crónicas, heces esteatorreicas, tenesmo rectal, distensión abdominal, proctitis, sangre y moco en heces, retortijones abdominales, borborigmos, flatulencia, muy escasa tolerancia al alcohol, dolor en zona hepatobiliar, engrosamiento de asas del intestino delgado, dolores abdominales inespecíficos con síndrome dispéptico, reflujo gastroesofágico (en 2011, una gastroscopia con biopsia mostró que ahora hay dos úlceras gástricas, cambios reactivos

Paciente: SERVANDO PEREZ DOMINGUEZ	Data Nac: 01 / 10 / 1967	Sexo: Home
NHC: 301659	CIP: 671601FDE01026	Ráctma:
Enderezo: - 0		NSG: #
		Teléfono:

estomacales, duodenitis, antritis, esofagitis, incremento de actividad de nagalasa y de cifras de herpes virus humano tipo 6 en mucosa gástrica (3670 copias por millón de células estomacales), incremento de bacterias Prevotella y Clostridium, ausencia de Lactobacilos y Bifidobacterias). (Ver informe de 04-07-11 del Prof. Dr. Kenny de Meirleir, catedrático de Fisiología y Medicina Interna en la Universidad Libre de Bruselas). Aumenta la pirosis y el dolor estomacal, así como el mareo y la náusea. Asimismo, al inclinarse hacia delante, nota gran presión en el estómago, que le produce, más que dolor, incomodidad y cierta dificultad respiratoria. Nota gran dolor a nivel hepatobiliar y en zona de operación de apendicectomía (donde se aprecia tejido cicatrizal denso). Resultados recientes de TAC abdominal (25-01-13): *múltiples lesiones hepáticas en probable relación con quistes, nódulo suprarrenal compatible con mielolipoma, pequeñas adenopatías retroperineales perivasculares probablemente reactivas.*

- *Problemas urogenitales:*

alteraciones miccionales, tales como hematuria, disuria, polaquiuria y poliuria; tenesmo urinario; síndrome uretral; prostatitis intermitente; inflamación escrotal y orquitis-epidimitis dolorosas; abundantes cristales de oxalato cálcico; subfertilidad; varicocele (a menudo doloroso, especialmente al sentarse); infecciones urinarias de repetición; cólico renal en octubre de 2012. (Ver informe del Hospital Puerta de Hierro, de 30-10-12, e informe del Hospital del Salnés de 19-02.13).

- *Problemas dermatológicos:*

sequedad cutánea generalizada incluida labial; micosis; hiperqueratosis en manos y pies; herpes inguinal; ronchas, habones, rojeces; eccema; sarpullido; nevus (a veces urticante) en costado izquierdo y picor frecuente en un punto concreto del costado derecho (aunque externamente no se aprecia nada); exantema; uñas de pies y manos estriadas; reacción irritativa al cloruro mercuríco y esparadrado (también al hipoalergénico); picor e inflamación generalizados, también a nivel anal, con erosiones supurantes perianales blanquecinas (hongos tipo cándida?). Debido a un dolor agudo muy intenso a nivel lumbar, en julio de 2012, hubo de tomar AINES y le retornó el picor cutáneo generalizado.

- *Problemas oftalmológicos:*

conjuntivitis; blefaritis; miodesopsias; síndrome de ojo seco; escozor; visión borrosa (como con *telilla*), especialmente por las mañanas; enrojecimiento ocular; picor ocular con frecuente supuración; vista cansada; fotofobia.

- *Problemas otorrinolaringológicos:*

disfonía ocasional, staphylococcus aureus 100%, rinitis crónica, hipersalivación, mastoiditis, otitis intermitente, adenopatías cervicales intermitentes, sinusitis crónica, resfriado constante, abundante mucosidad y esputos, estomatitis aftosa recidivante, faringitis crónica; sangrado nasal habitual, "Insuficiencia Respiratoria Nasal, rinorrea, mala tolerancia a corticoides tópicos y a AINES, sequedad faríngea, goteo nasal posterior, sinusopatía maxilar crónica bilateral". (Ver informe especialista en ORL del SERGAS, de 14-03-12).

- *Problemas orales:*

dolor oral, estomatitis aftosa recidivante, gingivitis, periodontitis, encías sangrantes e hiperreactivas, ribete mercurial —ya eliminado durante la retirada de sus amalgamas dentales—,

Paciente: SERVANDO PEREZ DOMINGUEZ	Data Nac: 01 / 10 / 1957	Sexo: Home
NHC: SD1858	CIP: 671E01PDE01028	Rés: #
Enderezo: - 0	Teléfono:	

hipersalivación, xerostomía, agrietamiento e inflamación labial, eccema perilabial y en comisuras, saburra lingual, problema en cóndilo mandibular derecho, malposición dental (2), enanema generalizado en cavidad oral. A partir de cuadro de Periodontitis Ulceronecrotizante Aguda asociada a déficit inmunitario, iniciado en febrero de 2012, se mantiene el dolor y mayor sangrado en encías edematosas, especialmente entre las muelas penúltima y antepenúltima del cuadrante superior izquierdo. Quizás sea recomendable realizar al paciente una Resonancia Magnética Nuclear de toda su cavidad oral (incluida RMN de ATM en vídeo). Este paciente presenta, concretamente desde el 22-02-12, un proceso periodontal de cierta importancia, que ha mejorado, pero no se ha resuelto. Por otra parte, debido a la extracción del molar 46 en 1988 sin rellenar ese hueco cuando estaba saliéndole la muela del juicio (ver Informe del Dr. Díez Gil y de la Dra. Gelfo Flores), tiene problemas de oclusión (mordida), lo cual, pasado el tiempo, le ha producido un importante desgaste dental de toda su dentadura y problemas de ATM derecha (ver informe del Dr. Ferreira Carballo de 30-10-08), con notable dolor, que va en aumento; pero, al mismo tiempo, al padecer SQM incluso debe evitar lo más posible el uso de medicamentos (analgésicos, relajantes musculares, antiinflamatorios, etc.), so pena de empeorar su estado general de salud. Las pruebas realizadas entonces por el Dr. Ferreira (ortopantomografía, telerradiografía de perfil de cráneo y periapicales) atestiguaron lo siguiente: *“La ausencia del 46 provoca migración e inclinación mesial del 47 (sobre 21°) y 48 (más de 30°), así como diastema por migración distal del 44 y 45. Hay contacto prematuro en céntrica en la cresta marginal distal y la vertiente interna de la cúspide distolingual del 48, con la cúspide palatina del 18 (con faceta de desgaste de éste). También hay una desviación de la línea media mandibular hacia la izquierda de 1,5 mm”*. Asimismo (y de ahí que existan más razones para realizar una RMN de toda su cavidad bucal), los problemas de su cóndilo derecho y la consecuente desviación de la línea media mandibular, etc. pueden estar favoreciendo una desviación de su columna vertebral, en su huella plantar, etc. Así, en RMN de 2010 aparecen dos hernias discales, confirmadas en RMN de 2013. También ahora el paciente siente gran dolor (además de en las vértebras dorsales y cervicales, principalmente en dorsales), en zona lumbar, región sacroilíaca y caderas, especialmente derecha. Asimismo empeoran sus dolorimientos en ambas rodillas y resto de articulaciones. La literatura científica muestra que las desviaciones bucales mantenidas en el tiempo pueden dar lugar a desviaciones, contracturas y dolorimientos de toda la columna y de miembros inferiores (inclusive mala posición de la huella plantar) y superiores, así como de cuello, cabeza, mandíbula. Ver, p. ej. <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art11.asp>, en cuyo resumen se dice: *“La ATM al unir la mandíbula con el cráneo es uno de los factores importantes en la obtención del equilibrio ya que esta sirve de articulación guía para que el cuerpo adopte una buena postura. Cuando se rompe el equilibrio dental por extracciones y/o maloclusiones el cóndilo mandibular va adquirir una posición distinta a la habitual dentro de la cavidad glenoidea provocando una sobrecarga en esta que conlleva a una asimetría...”*. En informe de Maxilofacial de 2007 ya se decía: *“A nivel buco-faríngeo, con el diagnóstico de Periodontitis, iniciamos (el 27/08/07) tratamiento empírico con Dicorvin durante 10 días, pero el paciente tuvo que abandonarlo por intolerancia al antibiótico (agravamiento de la astenia) y nula respuesta con sobreinfección secundaria, que mejoró levemente al extraerse material de reconstrucción”*. (Ver informe de Maxilofacial del SERGAS de noviembre y diciembre de 2007 e informe de la Dentista del Centro Salud de Fontiñas, Dra. Raquel Rodríguez Pato, de agosto de 2012).

Paciente: SERVANDO PEREZ DOMINGUEZ	Data Nac: 01 / 10 / 1937	Sexo: Home
NHC: 301639	CIP: 671601FD201028	Rédima:
Enderezo: - 0	NSI: //	Teléfono:

- *Problemas osteoarticulares-musculares:*

dolorimiento, agarrotamiento, anquilosamiento muscular; adormecimiento en brazos y piernas (especialmente pierna derecha); tumefacción, rigidez; osteofitos en columna vertebral; discreta limitación de la movilidad del cuello; disminución de fuerza; calambres y fasciculaciones; contracturas, anquilosamiento y artropatías generales (uncoartrosis, espondiloartropatía); problema en cóndilo mandibular derecho, inflamación, a veces dolorosa, de cóndilos occipitales; dolor e inflamación en rodillas; 2 hernias discales dorsales; desde el verano de 2012 importante dolor a nivel lumbar y en piernas (más en pierna derecha) que le impiden estar sentado, tumbado o andando sin sentir dolor (no se ha hecho reciente RMN lumbar ni de caderas); dolor osteoarticular y muscular en aumento (raquis, rodillas, tobillos, falanges..); tendinitis (especialmente en hombro derecho a raíz de incidente en febrero de 2012); epitrocleitis codo izquierdo (Ver informe Hospital del Salnés de 11-01-13).

- *Problemas endocrinometabólicos-inmunológicos:*

Agotamiento; fallo mitocondrial y de síntesis de ATP; Mitocondropatía de novo (por temporadas, si quiere desplazarse, se ve obligado a usar silla de ruedas); hipometilación; hipotiroidismo subclínico, "sofocos", hiperhidrosis (con habitual sudor frío nocturno), hipersalivación, minerales, vitaminas y aminoácidos descompensados/bajos, adenopatías inguinales dolorosas intermitentes, acidosis metabólica, TC muy baja, en torno a 35°C, y a veces en torno a 34°C (ver informe del Hospital Puerta de Hierro, de 20-12-12, con TC de 34,2°C).

Ese cuadro de signos, síntomas, síndromes y patologías, con afectación multiorgánica, evolucionó de forma tórpida en el paciente con el consecuente deterioro de su salud a todos los niveles. La evolución clínica negativa desde el inicio de la intoxicación por mercurio le ha ido limitando progresivamente la realización de actividades cotidianas, incluso de mínimo esfuerzo, así como la interacción familiar y social. En definitiva, los problemas de salud han ido en aumento, por lo que la sintomatología y patologías actuales son más amplias que las iniciales (no se le facilitó al paciente tratamiento que elimine su mercurio acumulado/quelación). El 18-12-07, el médico Maxilofacial del SERGAS, Díez Gil, señalaba que el paciente necesitaba del cuidado de otra persona: "*En vista de lo anteriormente expuesto, el paciente no se encuentra en condiciones actualmente de desarrollar ningún tipo de actividad laboral y, dado su delicado estado de salud y la imposibilidad de realizar por sí solo las actividades cotidianas más sencillas/livianas, precisa de los cuidados de otra persona*". Dada la esperable negativa evolución del paciente, (pues no se le proporcionó tratamiento desintoxicante, ni ningún otro más allá de tratamientos sintomático-paliativos tales como corticoides, antibióticos, AINES, antifúngicos, antihistamínicos, analgésicos, y dado que privadamente escasamente pudo comenzar tratamiento desintoxicante-reparador del mercurio), hoy por hoy, es a todas luces no sólo necesario sino imprescindible.

Cronología del problema:

2005: le diagnostican la intoxicación por mercurio. (Ver informe de 20-10-05 del Gastroenterólogo del SERGAS, Dr. Julio Iglesias García): "... *encontrando como causa desencadenante (tras la realización de múltiples exploraciones complementarias, tanto radiológicas como endoscópicas y analíticas) unas cifras anormalmente elevadas de Mercurio en sangre. Ante el diagnóstico de intoxicación por mercurio, recomendando, independientemente del tratamiento sintomático, evitar*

Paciente: SERVANDO PEREZ DOMINGUEZ	Data Nac: 01 / 10 / 1937	Sexo: Home	
NHC: 801838	CIP: 671601PDE01028	Rédimo:	NSS: II
Enderezo: - U	Teléfono:		

cualquier contacto con dicha sustancia, siendo recomendable, en caso de tenerlas, la extracción de amalgamas dentales que contengan dicho componente”.

2006: lo remiten a la Unidad de Toxicología del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid. (Ver informe de remisión, de 12-12-06, del Gastroenterólogo del SERGAS, Dr. Enrique Domínguez Muñoz, jefe del Servicio de Aparato Digestivo del Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela-CHUS): *“Paciente a seguimiento en nuestra consultas externas de Aparato Digestivo por un cuadro de dolor crónico difuso, trastorno motor intestinal y marcada astenia, además de sintomatología neurológica y osteoarticular asociada, a seguimiento por los especialistas correspondientes. Tras la realización de las exploraciones complementarias oportunas, se llega al diagnóstico de intoxicación por mercurio, en probable relación a amalgamas dentales tras excluir otras fuentes como consumo de pescado, marisco o aguas contaminadas por ese metal. Aunque se ha producido un ligero descenso de los niveles de mercurio en sangre y orina tras la extracción de las citadas amalgamas, dichos niveles continúan en rangos claramente tóxicos (130,32 nmol/L sangre; 26,12 mcg/L en orina). La clínica del paciente es progresiva, con deterioro progresivo de su estado clínico que le impide llevar una vida normal. Aunque se ha producido un ligero descenso de los niveles de mercurio en sangre y orina tras la extracción de las citadas amalgamas, dichos niveles continúan en rangos claramente tóxicos (130,32 nmol/L en sangre; 26,12 mcg/L en orina. Ante esta situación es imprescindible realizar a la mayor brevedad posible un tratamiento de desintoxicación...”*

2007: se determinó que dicha intoxicación fue secundaria al hecho de haber sido portador de empastes dentales con mercurio (amalgamas dentales) desde septiembre de 1988 hasta diciembre de 2005, fundamentalmente por tener uno de los principales factores que favorecen la evaporación del mercurio de las amalgamas dentales, como es el desgaste dental, motivado por maloclusión-malposición dental. (Ver informes de noviembre y diciembre de 2007 de Maxilofacial del SERGAS, Dr. Ignacio Díez Gil).

2008: el INSS determinó que la intoxicación por mercurio dental del paciente ya estaba presente en 1998 (informe INSS de 07-11-08), *“... sustentada en la positividad de la Hidrargiria Provocada con DMPS (01/07/08)”*.

2009:

- A raíz de los múltiples problemas de salud derivados de esa intoxicación crónica por mercurio dental, se le reconoce una Incapacidad Absoluta y se menciona el tratamiento de quelación como posible opción de tratamiento para mejorar la salud del paciente: *“E todo eso con independencia do tratamento de quelación que poida beneficiar o estado do actor, dado que se pode mellorar poderá ser revisada a súa situación na medida de se existe ou non melloría e conforme a valoración da melloría que poida ter o afectado”*. (Sentencia Judicial de 20-01-09 y ratificación del Sentencia por parte del TSJG de 05-11-09).
- El médico Internista y Toxicólogo Clínico, responsable de la Unidad de Toxicología Clínica y Desintoxicación Hospitalaria del Hospital General Universitario de Valencia, ratifica el *“cuadro de hidrargirismo crónico secundario a amalgamas dentales”* del paciente y lamenta no poder ofrecerle quelación en su Unidad, al tiempo que señala que *“En el sistema sanitario público estatal no hay centros que tengan experiencia o que estén realizando estos tipos de tratamiento, por lo que le sugiero que debe buscar dicha ayuda en centros privados o extranjeros”*. (Ver informe de 27-10-09).

Paciente: SERVANDO PEREZ DOMINGUEZ	Data Nac: 01 / 10 / 1937	Sexo: Home
NHC: 301899	CIP: 671001PDE01028	Réxma:
Enderezo: - 0	Telefone:	NSS: //

2010:

- La médico del SERGAS, Dra. M^a Concepción Pérez de Juan Romero, especialista en Valoración del Daño Corporal, en base a lo expresado por el Dr. Climent Díaz, solicita la remisión del paciente a clínicas privadas para su desintoxicación mercurial, pero no se atiende su solicitud. En ese informe se solicita se envíe al paciente (*“que sufre una afección de intoxicación crónica por mercurio dental desde 1998”*), en una primera fase de estudio-ajuste de tratamiento desintoxicante, a Alemania (Tox Center, Prof. Dr. Max Daunderer, médico internista y toxicólogo clínico de la Universidad de Munich) y que el tratamiento, y pauta, que determine ese toxicólogo le pueda ser aplicado luego en Marbella (Dr. J. Garant Mendoza) o Madrid (clínica médica de la Fundación Alborada). En su escrito, esta médico expresa que *“Solicito esta posibilidad al tratarse de una enfermedad de la que se derivan problemas y dificultades importantes para la vida diaria y no existe otra solución al problema. Si se llega tarde al tratamiento la mejoría sería más difícil y se complicaría también más el tratamiento”* (Ver informe de 31-03-10).
- Un nuevo informe del Toxicólogo Dr. Climent Díaz se reafirma en lo ya expresado en el informe del 27-10-09: *“... en la unidad no puedo hacerme cargo del tratamiento del paciente, hecho que ya informé el año pasado. (...). Tal como comenté en el informe anterior, en el sistema sanitario público español no se dispone de unidades que tengan la capacidad de valorar este tipo de casos clínicos enmarcados en una medicina ambiental. (...) la medicina desde el punto de vista oficial, puede aportar poca ayuda a estos pacientes. Es probable que desde el punto de vista de terapias alternativas se pueda contribuir a la mejora en estos casos”*. (Ver informe de 04-10-10).

Continúan elevados sus niveles de mercurio. El último análisis (público) de mercurio realizado al paciente tuvo lugar, el 15-07-10, en el CHUS durante un ingreso hospitalario en junio-julio de 2010: 14.9 µg/L de Hg en sangre total, siendo los niveles ‘normales’-habituales inferiores a 5 µg/L y el límite máximo ‘admisibles’ en personas que no trabajan con mercurio son 10 µg/L. Analítica de mercurio en sangre y orina de fecha 21-06-05 solicitada por un Gastroenterólogo del CHUS arrojaba el dato de 54.1 µg/L en sangre y una excreción urinaria (en orina de 24 h.) de 29.5 µg/gr creatinina. La analítica solicitada por la médico de familia de Brión, Dra. Yolanda Rojo Grandío, y realizada el 20-01-06, esto es, poco después de retirar, con protocolo de retirada específico, sus 4 amalgamas dentales (sus dos últimas fueron retiradas el 28-12-05), mostraba una disminución del Hg sanguíneo (28.2 µg/L) y un aumento significativo en la excreción de Hg en orina: 86.9 µg/gr creatinina. Estos datos de aumento temporal en la excreción urinaria al retirar las amalgamas dentales, el descarte —contrastado con analíticas— de otras posibles fuentes de exposición al Hg, junto con el descenso +/- progresivo del nivel de Hg en sangre y orina (hasta el nivel antedicho de 14.9 µg/L en julio de 2010), habiendo retirado sus amalgamas mercuriales en diciembre de 2005, confirmó que las amalgamas dentales expusieron al paciente de manera significativa al Hg. Análisis (privado) de octubre de 2011 de Hg en eritrocitos mostraba niveles de 0.021 µg/gr, siendo el nivel máximo admisible 0.010 µg/gr. En 2008 tenía el paciente 76 µg de Hg por gramo de creatinina acumulado en riñones, siendo el límite máximo admisible en esa prueba 3 µg. Se desconoce el nivel actual de mercurio acumulado en riñones (el cual es el ahora relevante, indicativo de la carga aproximada total corporal de mercurio). Se recomienda la realización de prueba de provocación con DMPS intravenoso (3) antes y después de tratamiento desintoxicante del mercurio y sus secuelas.

Paciente: SERVANDO PEREZ DOMINGUEZ	Data Nac: 01 / 10 / 1937	Sexo: Hombre
NHC: SD1059	CIP: 671601F0ED1026	Rédimo:
Enderezo: - 0		NBS: /
		Teléfono:

Alergias:

Mala tolerancia a corticoides tópicos y a AINES. Posible alergia o hipersensibilidad a lanolina, látex, benzodiacepinas, cloro (desde hace aproximadamente dos años, no puede limpiarse con papel higiénico porque le produce prurito y comezón —quizás por su contenido en cloro—, además de que el agarrotamiento muscular generalizado no se lo permite, por lo que se lava en bidé).

Alergia/reacción al esparadrapo, incluido el hipoalergénico. Extrasensibilidad al frío, sol, humedad, viento. Mala tolerancia/hipersensibilidad general a fármacos, incluidos antibióticos, así como a productos químico-tóxicos de uso cotidiano que no parecen afectar a la población general sana. Nótese que el paciente padece un síndrome de intolerancia ambiental idiopática o SQM (desencadenado por su exposición al mercurio dental) que puede explicar esa falta de tolerancia actual a productos a los que anteriormente no estaba sensibilizado.

Exploración:

Consciente y colaborador; estado general asténico-adinámico; altura 173 cm; peso 90 Kg; auscultación cardíaca normal, auscultación pulmonar con alguna sibilancia aislada bilateral; PA 133/83 (en ingreso hospitalario en Hospital Clínico Universitario de Santiago, en junio-julio de 2010, ha llegado a tener 7/4; en consulta de Urgencias del Hospital Puerta de Hierro, el 20-12-12, 150/80; en Control de Enfermería por cólicos abdominales con más diarrea de la habitual: 14/8); T^a: 35,4°C, a pesar de estar muy rubicundo y decir sentir mucho calor en cara y cabeza (en su HC se puede ver que suele tener T^a baja desde que padece la intoxicación mercurial, en torno a 35°C, incluso 34,2°C en Urgencias del Hosp. Puerta de Hierro de Madrid el 20-12-12; en Control de Enfermería por cólicos abdominales con más diarrea de la habitual: T^a 34,9°C, a pesar de estar sudando profusamente). FC 85 (en consulta de Urgencias del Hospital Puerta de Hierro, el 20-12-12, 100 ppm — Ver informe, del 20-12-12, de la Internista Dra. Yolanda Romero Pizarro, médico en el Hospital Puerta de Hierro); saturación basal 97%; abdomen blando depresible, pero doloroso a la palpación, especialmente en zona epigástrica y periumbilical, no se aprecian masas ni megalias; reflejo lumínico en pupilas normal, aunque el paciente dice molestarle la luz; reflejo rotuliano débil; ausencia de reflejo plantar; respuesta sensitiva vibratoria normal en extremidades superiores y ausencia en extremidades inferiores; muy poco equilibrio en bipedestación con ojos cerrados (se cae); ataxia (normal al caminar con ojos abiertos, pero gran desequilibrio al caminar con ojos cerrados). Además, temblor fino distal de reposo en ambas manos; faringe hiperémica, faringitis; oídos hiperémicos con ligera otitis; nariz hiperémica bilateral-rinitis con abundante moco, goteo nasal posterior y esputos; déficit de memoria y concentración (afectación de la memoria anterógrada); distensión abdominal; dolor en los puntos gatillo de Fibromialgia; dermatitis descamativa en manos y pies (también con áreas de liquenificación); parestesias, disestesias y fasciculaciones en piernas y brazos; otalgia; linfadenopatías en ganglios preauriculares, retroarticulares, submaxilares, de la cadena cervical superficial y profunda, y supraclaviculares; ganglios linfáticos inflamados y dolorosos en la ingle, especialmente a la palpación; leve disfonía; uñas de pies y manos estriadas; estomatitis aftosa en lengua, y cara interna del labio inferior; lesiones eritematosas en paladar; gingivitis; labios secos, cortados y agrietados; inflamación, enrojecimiento y cierta liquenificación anal supurante y pruriginosa; una especie de aftas-llagas genitales en glande (otrora, antes del diagnóstico de Intoxicación por mercurio en 2005, se había atribuido erróneamente su cuadro plurisintomático y multiorgánico a la entidad Síndrome de Behçet); rotación del cuello limitada; exantema en ingles que

Paciente: SERVANDO PEREZ DOMINGUEZ	Data Nac: 01 / 10 / 1937	Sexo: Home
NHC: 301839	CIP: 671001FDE01028	Réxtra:
Enderezo: - 0		NSG: #
		Telefónos:

el paciente refiere como urticante y que hace algunos años cursaba esporádicamente y ahora es constante; dislexia, disgrafía y discalculia; inflamación y algias en ganglios inguinales/algias lumbopélvicas; contractura-anquilosamiento de la musculatura cervical y dorsal (valorar espondilitis anquilosante y otras espondiloartropatías seronegativas); tics faciales; al inclinarse hacia delante nota presión en el estómago, que le produce, más que dolor, incomodidad y cierta dificultad respiratoria; blefarconjuntivitis y ojos enrojecidos; sinusitis con abundante moco, dolor en senos nasales y paranasales. El paciente relata que tiene sueño no reparador (tiene además calambres, apneas centrales y alguna obstructiva, dolorimientos osteomusculares, hipersalivación, picores que lo dificultan) y refiere así mismo que le aumentan por temporadas los calambres y los pinchazos intensamente dolorosos en brazos y piernas, al tiempo que nota, aproximadamente desde 2012, un progresivo agravamiento de adormecimiento y dolor en la parte derecha de su cabeza y en cóndilo derecho mandibular, además de más cansancio, somnolencia, mareos, náuseas, memoria peligrosamente más y más deteriorada, etc. (la falta de memoria a estos niveles no sólo puede resultar frustrante sino también oneroso y peligroso para el paciente y quienes le rodean). El paciente se queja insistentemente por gran dolor en zona lumbar y sacroilíaca (que comenzó en el verano de 2012) que baja en forma de dolor y adormecimiento a ambas piernas (especialmente la derecha), así como por gran dolor-ardor estomacal. La exploración muestra además signos y síntomas compatibles con síndrome del túnel carpiano en mano derecha.

Continúa el deterioro de la salud del paciente:

Se mantienen los problemas ya descritos ampliamente en informes de médicos del sistema público de salud (del médico Maxilofacial del Servicio Gallego de Salud, de fechas 13-11-07 y 18-12-07 o también descritos profusamente en informe del médico Internista Dr. Antonio M. Pasciuto, de 26-12-08) y sigue deteriorándose su salud.

Así, p. ej.:

A nivel neuropsicológico: ha empeorado la concentración, orientación y la memoria a corto plazo. Fasciculaciones en piernas en 2005; a partir de 2010 también en brazos. Proteínas priónicas celulares (PrPc) muy bajas.

A nivel digestivo: además del Síndrome digestivo, etc., ahora hay también dos úlceras gástricas, duodenitis, antritis, esofagitis, incremento de actividad de nagalasa y de cifras de herpes virus humano tipo 6 en mucosa gástrica (3670 copias por millón de células estomacales), incremento de bacterias Prevotella y Clostridium, ausencia de Lactobacilos y Bifidobacterias, incremento de citoquinas proinflamatorias IL-1beta, IL-6, IL-8, IL-10, MIP-1beta, aumento de pirosis y dolor estomacal. En TAC del 25-01-13 aparecen múltiples lesiones hepáticas en probable relación con quistes, nódulo suprarrenal compatible con mielolipoma, así como pequeñas adenopatías retroperineales perivasculares probablemente reactivas. (Pendiente de gastroscopia y colonoscopia con biopsia).

A nivel urogenital: hematuria en orina y dolor-ardor se hacen crónicos.

A nivel dermatológico: la sequedad, la dermatitis, descamación en manos y pies, así como los eccemas se hacen crónicos. Nevus pruriginoso a la altura del bazo, que ha aumentado de tamaño desde 2008 y se vuelve más negruzco y rugoso, así como más urticante. Picor también en costado derecho, aunque externamente no se aprecia ninguna reacción cutánea. Aparición de muy pequeños

Paciente: SERVANDO PEREZ DOMINGUEZ	Data Nac: 01 / 10 / 1937	Sexo: Home
NHC: 801838	CIP: 671E01FDE01028	Réxma:
Enderezo: - 0		NSS: //
		Telefóno:

granos sanguinolentos urticantes. Inflamación, supuración blanquecina, picor y dolor anal crónico (también dolor interior —proctitis desde hace años). Exantema urticante crónico en ingles. Una especie de aftas-llagas-costras en glande. Valorar si el problema anal, genital y en ingles pudiera deberse a su cándida Parapsilosis.

A nivel oftalmológico: visión borrosa, enrojecimiento y blefaroconjuntivitis se hacen crónicas.

A nivel otorrinolaringológico: ahora Insuficiencia Respiratoria Nasal, mala tolerancia a corticoides tópicos y a AINES, goteo nasal posterior, sinusopatía maxilar crónica bilateral. (Pendiente de operación de tabique y cornetes).

A nivel neumológico: ahora apnea de sueño, principalmente apneas centrales. No mejoró con la CPAP, sino que empeoraba: le reseca totalmente la faringe y laringe, y le producía importante mareo, quizás en relación con su SQM. Bronquitis reactiva a suavizante de ropa. Aumenta el número y duración de sus apneas centrales.

A nivel osteoarticular y muscular: ahora 2 hernias discales a nivel dorsal (remitido a neurocirujano para valorar operación), parestesias en piernas y brazos. Las parestesias en las piernas han comenzado en julio de 2012, y se dan más en la pierna derecha. Comenzaron al aparecer dolor en zona lumbosacra (también el julio de 2012, pues antes no había tenido dolor a ese nivel). Dichas parestesias son compatibles con pinzamiento del nervio ciático. Dolor en todas las articulaciones. Disminución fuerza. Incremento de C4a. Tendinitis en hombro derecho por un incidente en febrero de 2012, con agravamiento de epitrocleitis en codo del brazo izquierdo. Desde enero de 2013 nota dolor en antebrazo del brazo derecho al movimiento, como apretar mano, coger un peso mínimo.. Descartar Espondilitis Anquilosante/otras espondiloartropatías seronegativas, etc.

A nivel endocrinometabólico-inmunológico: incremento de citoquinas proinflamatorias IL-1beta. IL-6, IL-8, IL-10, MIP-1beta. Muy baja actividad de las NKs. Incremento de CD14 soluble.

Tratamientos:

De modo general, se puede decir que el paciente ha recibido en la medicina pública tratamientos paliativo-sintomatológicos con antibióticos, corticoides, AINES, antifúngicos, antihistamínicos, analgésicos, pero no tratamientos desintoxicantes.

Tratamientos privados naturales a base de alga Chlorella, selenio, zinc... (pero el paciente no notó mejoría).

Tratamiento antibiótico para Periodontitis Ulceronecrotizante Aguda asociada a déficit inmunitario y estomatitis oral recidivante (prescrito en Urgencias del Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela el 27-02-12 y tratamiento antibiótico intravenoso prescrito por su dentista), así como para úlceras gástricas, esofagitis y duodenitis.

Tratamiento personal de evitación-minimización de tóxicos (*Control Ambiental* -

<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/EnciclopediaOIT/tomo2/45.pdf>) debido a su Sensibilidad Química Múltiple.

Tratamiento público prescrito por ORL (ver informe del 14-03-12).

Tratamiento privado con oxigenoterapia (que tuvo que abandonar porque agravaba su faringitis y xerostomía) y 2 vacunas desensibilizantes naturales (25 elementos cada una) para disminuir su hiperreacción a alimentos, hongos y tóxico-químicos (que le han hecho desaparecer al paciente su importante prurito por todo el cuerpo, especialmente en miembros inferiores). Pero, debido a un

Paciente: SERVANDO PEREZ DOMINGUEZ	Data Nac: 01 / 10 / 1937	Sexo: Hombre
NHC: 301839	CIP: 671001P0201028 - Réxtra:	NSS: #
Enderezo: - 0	Teléfono:	

dolor agudo muy intenso a nivel lumbar en julio de 2012 hubo de tomar AINES y le retornó el picor cutáneo generalizado.

Tratamiento privado de suplementación oral de vitaminas, minerales, aminoácidos, oligoelementos, ácidos grasos..., prescrito en diciembre de 2011 por la Dra. Pilar Muñoz Calero, directora médica de la clínica de la Fundación Alborada de Madrid, para tratar de compensar su déficit nutricional, pero el paciente indica que esos suplementos aumentaron ligeramente su pirosis, quizás por sus problemas digestivos de fondo, que a su vez le impiden asimilar adecuadamente lo que toma vía oral. Al no tolerar los suplementos vía oral, los recibió vía intravenosa (sueroterapia) durante un corto periodo de tiempo en la Fundación Alborada, con mejoría a nivel de energía a los 3-4 días, pero mejoría pasajera al no poder continuar con ese tratamiento de sueroterapia (por imposibilidad económica, según refiere). Recibió también en la citada clínica de Madrid unas sesiones intravenosas de ácido alfa-lipoico y EDTA en octubre y diciembre de 2012.

Tratamiento (público) más reciente (febrero de 2013): el antibiótico *Septtrin Forte* (Trimetoprima y Sulfametoxazol, 20 comprimidos) para eliminar la bacteria *Aeromonas Hydrophila*, quizás responsable de una gastroenteritis aguda. (Ver informe de Urgencias del Hospital del Salnés, de 19-02-13). A los dos días con ese tratamiento se incrementó su pirosis y el dolor estomacal, por lo que tomó el protector gástrico *Pariet* y se le redujo ostensiblemente dicho dolor-ardor, pero este retornó, más agravado a los pocos días de haber finalizado el protector. Acude a consulta el 06-05-13 con síntomas de otra posible gastroenteritis aguda. Se le pauta realizar coprocultivo el 07-05-13, resultados pendientes.

Necesidad de tratamiento desintoxicante para el paciente:

Desde el año 2006, facultativos del SERGAS solicitaron la desintoxicación mercurial del paciente, pero en la sanidad pública no existe experiencia de tratamiento desintoxicante para afectados por mercurio de empastes de amalgama, como se indica en informes del 2009 y 2010, firmados por el médico internista y toxicólogo clínico, jefe de la Unidad de Toxicología Clínica y Desintoxicación Hospitalaria del Hospital General Universitario de Valencia, el Dr. Benjamín Climent Díaz, y como ya se decía en el 2007 en un informe del médico Maxilofacial del CHUS, Dr. Ignacio Díez Gil, solicitando la remisión del paciente a un médico privado en Málaga, especialista quelador del Colegio Americano para el Avance de la Medicina, y tal y como se indica igualmente en el escrito de *El Defensor del Pueblo* de fecha 15.12.11 (expte. 07035224), por lo que esa institución pública anima a las personas afectadas por mercurio de amalgamas dentales a solicitar la remisión para el tratamiento [por ello en la sanidad privada] a las autoridades sanitarias de sus respectivas Comunidades Autónomas, de modo tal que ese tratamiento no es responsabilidad del Ministerio de Sanidad.

El paciente ha solicitado a la sanidad pública gallega, desde que le fue diagnosticada su intoxicación en 2005, tratamiento desintoxicante-reparador. Ante la respuesta negativa del CHUS dirigió sus últimos escritos directamente a la Consellería de Sanidad gallega (2010, 2012, 2013), pero tampoco ha obtenido respuesta alguna por su parte, incluso cuando el paciente ha solicitado, a partir de octubre de 2012, tratamiento compasivo-experimental de *Aféresis Terapéutica*, para ser aplicada en un hospital del sistema público de salud, esto es, en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid (estando de acuerdo el jefe de la sección de Aféresis Terapéutica de dicho hospital, el Prof. Dr. Fernando Anaya Fernández-Lomana - fanayaf@senefro.org (4), que sería quien le realizaría el citado

Paciente: SERVANDO PEREZ DOMINGUEZ	Data Nac: 01 / 10 / 1967	Sexo: Hombre
NHC: 81668	CIP: 671601PDE01028	Réxime: NSS: //
Enderezo: - 0	Teléfono:	

tratamiento). Sus peticiones de tratamiento desintoxicante han estado apoyadas en informes de médicos del SERGAS, SERVASA, etc. Varios colegas del SNS ya indicaron que el paciente podría ser remitido, en una primera fase de estudio-ajuste de tratamiento desintoxicante, a Alemania (Tox Center, Prof. Dr. Max Daunderer, médico internista y toxicólogo clínico de la Universidad de Munich) y que el tratamiento y pauta de tratamiento que determinase ese médico alemán podría aplicarse (ahorrando así gastos al SERGAS) posteriormente en Málaga (Dr. J. Garant Mendoza) o Madrid (clínica médica de la Fundación Alborada). Esta opción en la sanidad privada no debería descartarse en caso de que en la sanidad pública (con la aféresis terapéutica) no se obtuviesen buenos resultados.

Prescripciones activas:

Sigue esperando que las administraciones sanitarias le faciliten/gestionen un tratamiento desintoxicante adecuado de su mercurio acumulado, que urge (y se apunta como la única salida) para cortar el deterioro de su salud. Dada la cantidad de sistemas afectados y de la plurisintomatología y polipatologías que presenta el paciente, éste ve cada vez más mermadas día tras día sus AVDs.

Dra. M^a Rosa Martínez Paz

5391295
ROSA MARTÍNEZ PAZ
05640.3



Referencias:

(1)

-31-03-13. *Chicago Tribune*: http://articles.chicagotribune.com/2013-03-31/business/ct-biz-0324-dental-amalgam-20130331_1_silver-fillings-anti-mercury-amalgam ("Dental amalgam: Anti-mercury movement pushes for shifts in dentistry" — Amalgamas dentales: el movimiento anti-mercurio presiona para que se produzcan cambios en la odontología).

-02-04-13. Rueda de Prensa de la IAOMT (Academia Internacional de Medicina Oral y Toxicología): <http://iaomt.org/ada-lies-teeth-mercury-fillings> ("ADA Lies Through Their Teeth About Mercury Fillings" — La ADA, o Asociación Dental Americana, miente sobre los empastes dentales con mercurio).

-2012. Artículo científico: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10661-011-1974-1> ("Effect of teeth amalgam on mercury levels in the colostrums human milk in Lenjan" — Efecto de las amalgamas dentales en los niveles de mercurio en el calostro de la leche humana en Lenjan).

-2012. Artículo científico en cuanto a por qué razones cantidades pequeñas de mercurio (dentro de la "normalidad") pueden afectar a algunos individuos al tener la variante genética 4 de la enzima CPOX: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22765978> (resumen), http://iaomt.guiadmin.com/wp-content/uploads/Woods-JS-et-al-2012-Modification-neurobehavioral-effects-of-mercury-by-CPOX4-in-children_Neurotox-Teratolgy.pdf (artículo completo).

-2012. Artículo científico: (Yale University): <http://iaomt.org/wp-content/uploads/Health-Status-of-Dentists-Duplinsky-2012.pdf> - "The Health Status of Dentists Exposed to Mercury from Silver Amalgam Tooth Restorations" — El estado de salud de los dentistas expuestos al mercurio de las restauraciones de amalgama de plata). Al final del artículo se dice: "Dada la significación estadística y clínica de los resultados, a saber, que los dentistas son mucho más propensos a necesitar medicación, prescrita por médicos, para tratar enfermedades neurológicas, neuropsicológicas, respiratorias y cardíacas, parece prudente aconsejar que los

Paciente: SERVANDO PEREZ DOMINGUEZ	Data Nac: 01 / 10 / 1937	Sexo: Home
NHC: 81659	CIP: 671001FDE01028	Ráxma:
Enderezo: - 0		NSG: #
		Teléfono:

dentistas se planteen utilizar empastes que no contienen mercurio. Este cambio llevaría a una mejor salud para ellos mismos, sus empleados dentales, y los niños y adultos que tratan. Lo contrario parece bastante imprudente desde el punto de vista de la salud mundial".

-2011. Artículo científico: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3025977> ("Is dental amalgam safe for humans? The opinion of the scientific committee of the European Commission" – ¿Es la amalgama dental segura para los seres humanos? El dictamen del comité científico de la Comisión Europea). "

-2005. Informe de Política General de la OMS:

http://www.who.int/water_sanitation_health/medicalwaste/mercurio_es.pdf ("El mercurio en el sector de la salud"). "En 1991, la Organización Mundial de la Salud confirmó que el mercurio presente en el amalgama dental es la fuente no industrial más importante de emisión de vapor de mercurio, exponiendo a la población afectada a niveles de mercurio que superan con creces los establecidos para los alimentos y para el aire" (p. 1).

-2004. Artículo científico del médico internista y toxicólogo clínico experto en mercurio en animales y humanos, colaborador de la OMS en diversos informes sobre mercurio, el Prof. Dr. Maths Berlin: <http://intoxmetauxtraces.free.fr/article%20maths%20berlin.pdf> ("Mercury in dental amalgam: a risk analysis" – Mercurio en amalgamas dentales: un análisis de riesgo). "Desde el momento en que la amalgama fue introducida para realizar empastes dentales, surgió la preocupación ante el hecho de que la toxicidad del mercurio pudiese dar lugar a inaceptables riesgos para la salud. (...) La incidencia respecto a los efectos secundarios más habituales se estima en un 1%. Esto equivale a 10.000 pacientes en una población de 1 millón de portadores de amalgamas dentales; un considerable problema de salud. En el Informe de la OMS sobre mercurio inorgánico (...) se estableció que el mercurio de las amalgamas constituye la fuente principal de adquisición de mercurio, lo que equivale, como mínimo, a todas las otras posibles fuentes de adquisición de mercurio juntas (p. 154). "El vapor de mercurio liberado de las amalgamas dentales es la principal fuente de mercurio en el ser humano adulto y en el sistema nervioso central de los fetos en la población de los países desarrollados. Únicamente en pequeñas poblaciones con un elevado consumo de pescado contaminado con mercurio puede la contribución del consumo de pescado alcanzar o superar a la contribución [del mercurio que se puede alcanzar] por amalgamas dentales". (Abstract).

-2003. Informe científico para la comisión de materiales dentales sueca, redactado por el Prof. Dr. Maths Berlin: www.sweden.gov.se/content/1/c6/01/76/11/fb660706.pdf ("Mercury in dental-filling materials -an updated risk analysis in environmental medical terms. An overview of scientific literature published in 1997-2002 and current knowledge" – Mercurio en materiales de obturación dental - un análisis de riesgo en términos médico-ambientales. Una panorámica de la literatura científica publicada entre 1997 y 2002). "Todo doctor y dentista, cuando sus pacientes sufren patologías poco claras y enfermedades autoinmunes, debería considerar la posibilidad de que el mercurio que sale de sus amalgamas sea una de las causas de esa sintomatología. (...) Por razones médicas, la amalgama como material para el cuidado dental debería ser eliminada lo antes posible. (...) Con relación al hecho de que el mercurio es una toxina multipotente con efectos sobre las dinámicas bioquímicas de la célula, la amalgama debe ser considerada como un material inadecuado para restauraciones dentales. Esto es especialmente verdad por cuanto existen totalmente adecuadas y menos tóxicas alternativas. (p. 25). Con relación al riesgo de la influencia [del Hg] sobre un cerebro en crecimiento, no es compatible con la ciencia y la contrastada experiencia al respecto, utilizar empastes de amalgama en niños y mujeres en edad fértil". (p. 26)

-1993. Artículo científico de AO Summers y otros: "Mercury released from dental 'silver' fillings provokes an increase in mercury- and antibiotic-resistant bacteria in oral and intestinal floras" (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8280208>). Antimicrob Agents Chemother, 37: 825-834.

-1982. Artículo científico de los odontólogos y estomatólogos de la Universidad Complutense de Madrid, Dr. José Carlos de la Macorra García, Dr. Juan Antonio López Calvo y Dr. Javier García Barbero: http://eprints.ucm.es/5036/1/El_mercurio_Su_toxicidad_en_la_clinica_estomatologica_Estad.pdf ("El mercurio: su toxicidad en la clínica estomatológica. Estado del problema. Su prevención". Boletín de

Paciente: SERVANDO PEREZ DOMINGUEZ	Data Nac: 01 / 10 / 1937	Sexo: Home
NHC: S1838	CIP: 671001FDE01028	Réxma:
Enderezo: - 0		NSG: 7
		Telefonos:

Información Dental, XLII (318). pp. 53-58. ISSN 1136-4327). *“Aunque el nivel sanguíneo de mercurio es un parámetro bastante aceptable de la importancia de una exposición reciente a este metal, no es necesariamente indicativo de su acumulación tisular, a pesar de que es de suponer que si ésta fuera debida a una exposición continuada, provocaría una mayor presencia del metal en sangre. Su acumulación anterior, el nivel actual de exposición y diferencias metabólicas, entre otros, son factores que nos impiden asegurar la significación de unos valores sanguíneos dados en Hg en un individuo determinado. Estudios necrópsicos han demostrado que las mayores concentraciones de Hg se encuentran más frecuentemente en los tejidos renales, independientemente de la presencia o ausencia de historia anterior de exposición a niveles elevados de Hg ambiental. La exposición al Hg libre en especial, parece ser que aumenta estos niveles, y, dado que este es el tipo de Hg manejado habitualmente por los estomatólogos, estos datos parecen ser los más fiables, aunque no está claro si los niveles sanguíneos o urinarios reflejan la acumulación renal, dado que experimentos con animales demuestran que los niveles sanguíneos de Hg comienzan a descender de 16 a 24 horas después de la inhalación de grandes cantidades de Hg, mientras que el nivel renal continúa aumentando aunque la sangre y otros tejidos disminuyan su contenido en Hg”.*

-1882. Artículo científico del dentista E.S. Talbot sobre la evaporación continua de mercurio de empastes dentales de amalgama y los riesgos para la salud: <http://art-bin.com/art/otalbot1882.html> (“The chemistry and physiological action of mercury as used in amalgam fillings” – La acción química y fisiológica del mercurio usado en las obturaciones de amalgama). *“Dr. Harris, in his opening address to the first class of the Baltimore College of Dental Surgery, in 1840, says: “It is one of the most objectionable articles for filling teeth that can be employed, and yet from the wonderful virtues ascribed to this pernicious compound by those who used it, thousands were induced to try its efficacy”. At the meetings of the dental societies this subject was spiritedly discussed with strong arguments against its use. The first official act in the matter was the appointment in 1841 of a committee by the American Society of Dental Surgeons to report on the use of lithodeon - mineral paste, and all other substances of which mercury is an ingredient, for stopping teeth. They reported in substance that the use of all such articles was hurtful to the teeth and every part of the mouth, and that there was no tooth in which caries in it could be arrested and the organ rendered serviceable by being filled, in which gold could not be employed. This report was unanimously adopted. (vide American Journal of Dental Science). At a meeting of the same society July 20, 1843, the use of amalgams was declared to be malpractice, and a committee appointed to further investigate the subject. They referred the matter to the Medical Society of the county of Onondaga, New York. The report of the medical committee was to the effect that no care in the combination or the use of the paste will prevent its occasional bad effects. In 1845, the Mississippi Valley Association of Dental Surgeons resolved that the use of Amalgam fillings was unprofessional and injurious, and would not be countenanced by its members”.*

(2)

-2003. Artículo científico titulado “El dolor de espalda causado por malposiciones dentarias” y publicado en *Gaceta Dental* (<http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=193357>), donde se dice: *“La mandíbula se articula con el cráneo mediante la articulación temporomandibular. Es una articulación guía y no soporta ser sobrecargada. Además, se articula mediante el contacto entre las piezas dentarias, que sí es una articulación fuerte, pero para que éste mecanismo funcione, es necesario que cada diente soporte la carga que le corresponde. Todas las piezas dentarias deben estar en perfecto equilibrio para evitar que sea la articulación temporomandibular la que se sobrecargue. Cuando el equilibrio se rompe por extracciones o por malposiciones dentarias, se crea un síndrome de maloclusión que hace que unos músculos de la cara se contraigan más que otros, o que lo hagan de manera distinta, o bien que el paciente mastique más de un lado que de otro provocando una atrofia muscular por el lado que menos utiliza y una hipertrofia muscular compensatoria del otro lado, provocando una asimetría facial. Y cuando la mandíbula entra en*

Paciente: SERVANDO PEREZ DOMINGUEZ	Data Nas: 01 / 10 / 1937	Sexo: Home
NHC: 801898	CIP: 671601FDE01028	Réxime:
Enderezo: - 0		NSI: //
		Telefónos:

desequilibrio, según las cadenas musculares que se activen, el cráneo va a tomar también una posición espacial anómala, que actuará sobrecargando la columna cervical, y en un intento de adaptación, provocaría malposiciones a nivel de la columna, que darán lugar al mencionado dolor de espalda. Si es tratado con analgésicos o espasmolíticos, desaparecerá, pero al no haber tratado la causa, pasado un tiempo, volverá a aparecer y el paciente ingresará en el grupo de los enfermos crónicos de artrosis ficticias y artritis recidivantes...”

(3)

-Aposhian HV y otros (1992). “Urinary mercury after administration of 2,3-dimercaptopropane-1-sulfonic acid: correlation with dental amalgam score” (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1563599>). FASEB J 6: 2472-2476.

-Aposhian HV y otros (1995). “Mobilization of heavy metals by newer, therapeutically useful chelating agents” (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7716789>). Toxicology. 1995 Mar 31;97(1-3):23-38. Review. [“After DMPS administration, however, acyclic and cyclic disulfides of DMPS are found in the urine. The Dimaval-mercury challenge test holds great promise as a diagnostic test for mercury exposure, especially for low level mercurialism. Urinary mercury after Dimaval challenge may be a better biomarker of low level mercurialism than unchallenged urinary mercury excretion”].

-Aposhian MM y otros (1996). “Sodium 2,3-dimercapto-1-propanesulfonate (DMPS) treatment does not redistribute lead or mercury to the brain of rat” (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8619252>). Toxicology. May 3;109(1): 49-55.

-Aposhian HV (1998). “Mobilization of Mercury and Arsenic in Humans by Sodium 2,3-Dimercapto-1-propane Sulfonate (DMPS)” (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1533322/pdf/envhper00539-0091.pdf>). Environ Health Perspect. August; 106 (Suppl 4): 1017–1025.

-Clarkson TW y otros (eds.) (1988). “The prediction of intake of mercury vapor from amalgams” (http://link.springer.com/content/pdf/10.1007%2F978-1-4613-0961-1_9.pdf). Biological Monitoring of Toxic Metals. New York: Plenum Press, 247-260.

-Godfrey, M; Campbell, N. (1994). “Confirmation of Mercury Retention and Toxicity Using 2,3-Dimercapto-1-Propane Sulfonic Acid Sodium Salt (DMPS)”. J Advance Med., 7(1): 19-30, Spring 1994.

-Gonzalez-Ramirez D y otros (1995). “Sodium 2,3-dimercaptopropane-1-sulfonate challenge test for mercury in humans: II. Urinary mercury, porphyrins and neurobehavioral changes of dental workers in Monterrey, Mexico” (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7815341>). J Pharmacol Exp Ther. Jan;272(1): 264-74. [“The urinary coproporphyrin levels before DMPS administration, which are indicative of renal mercury content, were quantitatively associated with the urinary mercury levels among the three study groups after DMPS administration. This was not so if the urinary mercury level before DMPS administration was compared with the urinary coproporphyrin concentration. The urinary mercury level after DMPS administration is a better indicator of exposure and renal mercury burden than is the mercury level measured in the urine before DMPS is given”].

-Schiele R, Kroncke A. (1989). “Mercury mobility through DMPS (Dimaval) in persons with and without amalgam fillings” (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2636513>) [German]. Zahnärztliche Mitteilungen, 79: 1866-1868.

-Zander, D; y otros (1992). “Studies on Human Exposure to Mercury. III: DMPS Induced Mobilization of Mercury in Subjects With and Without Amalgam Fillings”. Zentrablatt Fur Hygiene und Umweltmedizin, 192:5, Feb 1992.

(4)

-Jefe de Sección de Nefrología del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Coordinador del Grupo de Trabajo de Aféresis Terapéutica de la Sociedad Española de Nefrología. Consultor de Aféresis Terapéutica para los Países Latinoamericanos. Profesor Asociado de Medicina de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Es muy recomendable su completo “Manual de aféresis terapéutica

Paciente: SERVANDO PEREZ DOMINGUEZ	Data Nac: 01 / 10 / 1937	Sexo: Hombre
NHC: 81658	CIP: 671001F0E01028	Réxima:
Enderezo: - @		NSS: #
		Teléfono:

basada en la evidencia”, donde, hablando de tóxicos, se refiere a la técnica MARS: “*MARS (molecular adsorbents recirculating system). Es un procedimiento que se basa esencialmente en la eliminación de toxinas de la sangre y para el cual se utiliza un equipo estándar de hemodiálisis o de hemofiltración al que se adapta un circuito intermedio con albúmina humana en concentraciones del 10-20%, combinado con una membrana de alta selectividad. El sistema permite la detoxificación selectiva tanto de productos tóxicos ligados a la albúmina como de sustancias hidrosolubles*”. En palabras de este experto: “*La Aféresis puede definirse actualmente, como una modalidad terapéutica que consiste en la extracción de un volumen determinado de plasma (de 2 a 5 litros), con el fin de eliminar aquellos elementos patógenos considerados responsables de una enfermedad o bien de sus manifestaciones clínicas. Dependiendo del tratamiento que demos al plasma extraído se derivan los diferentes procedimientos actuales de Aféresis, tales como: Plasmaféresis; Inmunoadsorción; Doble Filtración y Plasmadsorción*”.

(<http://biblioteca.ucm.es/tesis/19911996/D/0/D0064901.pdf>). Extracto de la Tesis Doctoral titulada: “Aféresis Terapéutica: Plasmaféresis, Inmunoadsorción, Doble Filtración y Plasmadsorción. Aspectos Biofísicos, Clínicos y Prácticos”, defendida en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid en 1996.

-En cuanto a los mecanismos de acción de la Aféresis Terapéutica, “El efecto beneficioso del recambio plasmático puede ser debido a diferentes mecanismos”, incluida la “eliminación de fármacos o tóxicos”, “eliminación de aloanticuerpos”, “eliminación de autoanticuerpos”, “enfermedades causadas por complejos inmunes”, etc. (Ver

http://www.hematologialafe.es/DOCUMENTOS_D/BANCO%20DE%20SANGRE/ACTAS%202009/AFERESISA20TERAPEUTICA_FUNDAMENTOSA20EA20INDICACIONES.PDF).

-Sobre Aféresis Terapéutica, según el Nefrólogo, Dr. Ángel Sánchez-Casajús: “*Esta técnica permite la extracción y eliminación del plasma sanguíneo de aquellos ingredientes responsables de hasta 54 tipos de enfermedades*”. “*Existen diversos procedimientos de aféresis, dependiendo de la sustancia que se puede eliminar: Anticuerpos, inmunocomplejos circulantes, paraproteínas, componentes tóxicos...*”. “*Actualmente existen unas 54 enfermedades aprobadas por la 'American Society for Apheresis', englobando diversas patologías renales, metabólicas, digestivas, autoinmunes, reumáticas, hematológicas, neurológicas, cardiológicas, dermatológicas y oftalmológicas con evidencia de sus resultados con estas técnicas*”. (Ver <http://www.larioja.com/20080729/sociedad/aferesis-terapeutica-20080729.html>).