

Artritis reumatoide

Participantes:

Coordinador: Dr. Oscar Saita Kamino, Coordinador del Ciclo VII del Curso de Clínica Integral de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales de Iztacala de la U.N.A.M. en el Hospital General "1o. de Octubre" del I.S.S.S.T.E. Profesor Titular del Curso de Posgrado en Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. en el Hospital General "1o. de Octubre" del I.S.S.S.T.E. Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital General "1o. de Octubre" del I.S.S.S.T.E.

Dr. José Luis Akaki Blancas, médico adscrito al Servicio de Medicina Interna del Hospital General "Gral. Ignacio Zaragoza" del I.S.S.S.T.E.

Dr. Alberto Frati Munari, Profesor Titular del Curso de Posgrado en Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. en el Hospital de Especialidades "La Raza" del I.M.S.S. Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades "La Raza" del I.M.S.S.

Dr. Roberto García Loaiza, Profesor adjunto del Ciclo VIII del Curso de Clínica Integral de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales de Iztacala de la U.N.A.M. en el Hospital General "1o. de Octubre" del I.S.S.S.T.E. Médico adscrito al Servicio de Medicina Interna del Hospital General "1o. de Octubre" del I.S.S.S.T.E.

Dr. Alberto Lifshitz Guinzberg, Profesor Titular del Curso de Nosología Básica Integral de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. en el Hospital General del Centro Médico Nacional del I.M.S.S. Profesor Titular del Curso de Posgrado en Medicina Interna de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. en el Hospital General del Centro Médico Nacional del I.M.S.S. Jefe del Servicio de Medicina Interna del Hospital General del Centro Médico Nacional del I.M.S.S.

Dr. Saita En la Grecia antigua se pensaba que las enfermedades articulares eran debidas a una sustancia anormal que fluía a través de las cavidades del organismo. En la actualidad, la artritis reumatoide sigue siendo un padecimiento cuya etiología se desconoce a pesar de los adelantos de la ciencia médica. No obstante, el entendimiento de algunos mecanismos inmunológicos permite explicar mejor ciertos fenómenos del daño que ocasiona la artritis reumatoide, sin duda el más grave

entre los padecimientos reumáticos debido a su severidad, cronicidad y particular característica de incapacitación física en quien lo padece. Por ello consideramos de gran importancia su estudio ya que conociendo mejor el padecimiento podrá intentarse su control retrasando lo más posible su progreso. En la presente revisión trataremos los tópicos de la artritis reumatoide que consideramos de mayor utilidad para el manejo adecuado del padecimiento. Doctor Frati, ¿qué debemos entender por artritis reumatoide?

Dr. Frati La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología

Todavía se desconoce la etiología de la A.R., el más grave de los padecimientos reumáticos por su severidad, cronicidad y la incapacitación física que ocasiona. Afecta grandes y pequeñas articulaciones así como aparatos y sistemas. Una encuesta, en Guadalajara, indicó prevalencia del 1.86% en sus habitantes mayores de 30 años, con cierta tendencia familiar y hereditaria y predominio en el sexo femenino. En sangre se encuentra el factor reumatoide, pero también puede aparecer en ciertas infecciones y en sanos. En la A.R. la membrana celular está infiltrada por linfocitos T, B y células plasmáticas; estas células liberan inmunoglobulinas con actividad de anticuerpos que pueden activar el sistema de complemento liberando sustancias vasoactivas y enzimas que lesionan el cartílago y el hueso.

desconocida caracterizada, principalmente, por artritis simétrica de grandes y pequeñas articulaciones de las extremidades, pero que puede afectar otras articulaciones y otros aparatos y sistemas.

Dr. Saita ¿Nos quiere mencionar los datos más importantes en relación con la epidemiología del padecimiento?

Dr. Frati La artritis reumatoide es la enfermedad articular inflamatoria más frecuente de los adultos y, después de la enfermedad articular degenerativa, el más común de los padecimientos articulares; en diversos países del mundo se ha calculado que, en un momento determinado, del 0.1 al 3 por ciento de la población general padece artritis reumatoide. En México solo se ha informado una encuesta epidemiológica al respecto y ésta indicó una prevalencia del 1.86 por ciento en los habitantes de Guadalajara, Jal., mayores de 30 años de edad (Gómez Saborío, J.E. y col. Rev. Soc. Med. Hosp. Civil de Guadalajara 1:155, 1971). Afecta a todas las razas y tiene cierta tendencia familiar en los casos de artritis erosiva y agresiva aunque es menos evidente en los casos más leves. La presencia de la enfermedad en ambos gemelos homocigotos es mucho más frecuente que lo esperado en la población general. La tendencia hereditaria está apoyada por la asociación del antígeno de histocompatibilidad HLA-Dw4 con la artritis reumatoide, en la que es tres veces más frecuente que en la población general. La artritis reumatoide es de tres a seis veces más frecuente en los individuos del sexo femenino, aunque la incidencia en ambos sexos tiende a igualarse en los casos en que aparece la enfermedad después de los 60 años de edad. Su inicio es más frecuente alrededor de los 35 años, pero puede aparecer a cualquier edad, incluyendo niños y ancianos.

Dr. Saita ¿Cuál es la patología de la artritis reumatoide y los hechos fundamentales que la apoyan?

Dr. Frati En la sangre de la mayoría de los pacientes con artritis reumatoide puede detectarse un autoanticuerpo que se conoce como factor reumatoide y que se dirige contra los determinantes antigénicos del fragmento Fc de la inmunoglobulina G (IgG); el anticuerpo que se detecta con los procedimientos usuales de laboratorio es una IgM, pero también se han demostrado IgG anti IgG e IgA anti IgG. Por sí solo, el factor reumatoide en la sangre no produce la enfermedad pues puede aparecer como consecuencia de infecciones diversas o incluso, en individuos normales, sobre todo en ancianos. La transfusión de factor reumatoide no provoca artritis.

En la artritis reumatoide la membrana sinovial está infiltrada por linfocitos T y, en menor proporción, por linfocitos B y células plasmáticas. Se ha demostrado que estas células producen inmunoglobulinas, muchas de las cuales tienen actividad de factor reumatoide (anti IgG) y otras de anticuerpos antinucleares. En el líquido sinovial de los sujetos con artritis reumatoide se ha demostrado la existencia de estos anticuerpos tanto libres como formando complejos inmunes con IgG (factores reumatoides), con DNA (anticuerpos antinucleares), con colágena y con otras sustancias. Los complejos inmunes activan el sistema del complemento, habiéndose demostrado diversos productos de la activación del complemento en el líquido sinovial de pacientes con artritis reumatoide. La activación del complemento libera sustancias vasoactivas que favorecen la hiperemia, y factores quimiotáticos que atraen a los polimorfonucleares que fagocitan a los com-

plejos inmunes y liberan un gran número de enzimas lisosomales al líquido sinovial. Estas enzimas producen daño tisular y actúan sobre el cartílago y el hueso, lesionándolos. Se ha demostrado que los neutrófilos pueden descargar las enzimas lisosomales al ponerse en contacto con los complejos inmunes aún sin fagocitarlos como sucede cuando la fagocitosis se ve impedida por condiciones de superficie. Esto último podría ocurrir en la superficie del cartílago articular en la que se han encontrado inmunoglobulinas y componentes del complemento del 67 al 90 por ciento de los pacientes con artritis reumatoide. Conforme el proceso inflamatorio persiste, el espesor de la membrana sinovial aumenta al acumularse un mayor número de células sinoviales y de células inflamatorias (linfocitos, células plasmáticas, macrófagos, algunos neutrófilos y escasas células gigantes) y se agrega tejido de granulación con proliferación vascular, fibroblastos y colágena, de manera que la sinovial se vuelve gruesa. Cuando el tejido de granulación es tan importante que cubre al cartílago, recibe el nombre de "pannus"

El cartílago es relativamente resistente a las enzimas lisosomales, pero en los bordes de la articulación, donde el cartílago termina, el hueso solo está cubierto por la membrana sinovial y aparecen erosiones óseas. Posteriormente, en las zonas en las que el cartílago se ha destruido en todo su espesor, aparecen lesiones erosivas en el hueso subcondral. Finalmente, se pierden los elementos que constituyen la articulación y sobreviene la anquilosis fibrosa u ósea.

Las lesiones extra-articulares de la artritis reumatoide como la vasculitis, los nódulos reumatoides, etc., se deben, probablemente, al depósito de complejos inmunes en las paredes de los vasos, como se ha demostrado con inmunofluorescencia y otras técnicas.

Las manifestaciones articulares y periarticulares son las más características en la A.R. Suele

Dr. Saita Doctor García Loaiza, ¿quiere Usted refe-

rirse a la principal manifestación clínica de la artritis reumatoide?

Dr. García Loaiza

Definitivamente los síntomas articulares y periarticulares en la artritis reumatoide son las manifestaciones clínicas más características de la enfermedad. En el 85 por ciento de los casos, la primera y más importante referencia a la que hacen mención los pacientes es la presencia de dolor vago, generalmente localizado a alguna pequeña articulación de la mano, que se acom-

paña de sensación de rigidez o "tiesura" matutina al despertarse y que dura un poco más de media hora hasta que el paciente se siente lo suficientemente flexible para iniciar sus actividades físicas cotidianas. Al inicio, los datos de dolor, calor, aumento de volumen local y limitación de movimientos puede afectar una o varias articulaciones. Sin embargo, el inicio de la enfermedad puede presentarse en forma aguda afectando múltiples articulaciones y acompañándose de manifestaciones generales tales como fiebre, postración, ataque al estado general, anemia y leucocitosis. Otras veces el cuadro se presenta en forma episódica, con periodos de remisión completa; sin embargo, conforme pasa el tiempo se hacen persistentes y constituyen el cuadro clínico característico. Podríamos decir que en la mayoría de los casos el principio es poliarticular, siendo las articulaciones pequeñas de manos y pies así como las articulaciones grandes como las rodillas y los codos, las más afectadas.

iniciarse por dolor articular vago en la mano, acompañado de rigidez matutina que desaparece en una 1/2 hora, o bien afectando varias articulaciones y asociada a fiebre, postración, anemia y leucocitosis. Existe relación entre presencia de manifestaciones extra-articulares y mayor actividad articular. Las alteraciones mucocutáneas son gangrena, fenómeno de Raynaud, cambios ungueales e hiperpigmentación. El síndrome de Sjögren, cada vez más frecuente, con queratoconjuntivitis seca, sequedad de la mucosa oral y artritis reumatoide, se comprueba con la prueba de Schirmer y sialografía. Las alteraciones musculoesqueléticas con infiltración linfocítica del músculo y osteoporosis generalizada y entre las hematológicas el síndrome de Felty.

Ocasionalmente, el ataque puede ser monoarticular con las características ya mencionadas, pero excepcionalmente pasan más de seis meses sin que se encuentren alteraciones en otras articulaciones. Mencionaremos tres características clínicas que son peculiares de la artritis reumatoide:

1. Inflamación de las articulaciones, principalmente de las manos, de los dedos, de las rodillas y de las muñecas.
2. Distribución simétrica de las afecciones articulares.
3. Tendencia a ataques sucesivos que cada vez abarcan más articulaciones.

Creo que vale la pena hacer hincapié en el ataque temprano a las articulaciones de los pies, que se presenta frecuentemente en las fases iniciales y que llega a pasar desapercibido por el médico; las articulaciones más afectadas son las metatarsofalángicas. Hay que recordar también que cualquier articulación puede verse afectada no siendo raros los casos en los que las principales molestias se refieren a las articulaciones temporomaxilar, cricoaritenoides (ronquera) y a las de los huesecillos del oído (hipoacusia de conducción). Sin embargo, debe aclararse que como excepción, el padecimiento respeta las articulaciones interfalángicas distales de las manos y de los pies así como la columna vertebral.

Dr. Saita ¿Cuáles son las manifestaciones extra-articulares de la artritis reumatoide?

Dr. García Loaiza En principio, diré que existe una relación directa entre la presencia de manifestaciones extra-articulares y la mayor actividad de la enfermedad articular, de los cambios radiológicos y de los títulos de factor reumatoide. Para una descripción más didáctica de las manifestaciones sistémicas de la artritis reumatoide, revisaremos éstas por aparatos y sistemas.

Alteraciones mucocutáneas. Las manifestaciones que pueden ocurrir en la piel son la gangrena por oclusión de vasos pequeños, el fenómeno de Raynaud por cambios vasomotores y, ocasionalmente, cambios ungueales e hiperpigmentación. Hasta un 20

por ciento de los casos suele acompañarse de nódulos subcutáneos los que pueden aparecer en cualquier sitio y casi siempre son asintomáticos aunque ocasionalmente pueden causar periostitis o bien llegar a ulcerarse e infectarse; habitualmente se desarrollan en las áreas de presión, particularmente en la vecindad de los codos. La formación de los nódulos responde a un área central de necrosis fibrinoide rodeada de células epiteliales y de tejido fibroso. En algunas ocasiones pueden llegar a aparecer úlceras en las piernas las que responden pobremente al tratamiento habitual.

No podríamos dejar de mencionar en esta parte, el síndrome de Sjögren (que se caracteriza por queratoconjuntivitis seca, sequedad de la mucosa oral y artritis reumatoide) padecimiento que parece estar aumentando de frecuencia. La sequedad de boca llega a producir ulceraciones, queilosis, disfagia y pérdida de peso. En los ojos, causa sensación de cuerpo extraño así como fotosensibilidad, pudiendo llegar a presentarse ulceraciones corneales y disminución importante de la agudeza visual. El diagnóstico de este síndrome se corrobora con la prueba de Schirmer para los ojos y la sialografía para demostrar alteraciones de las parótidas.

También debemos señalar la posibilidad de escleromalacia perforans, la que es secundaria a la presencia de nódulos reumatoideos en la esclera lo que puede causar reblandecimiento de la misma con perforación y salida del globo ocular.

Alteraciones musculoesqueléticas. Se presentan en casi la mitad de los pacientes con artritis reumatoide en los que existe infiltración linfocítica del músculo. Las bandas tendinosas se afectan y a nivel del hueso existe osteoporosis generalizada secundaria a aumento en el catabolismo proteico y a la poca movilización del paciente.

Pueden llegar a encontrarse compresiones nerviosas por la presencia de nódulos o inflamación de tejidos blandos.

Alteraciones hematológica. Aquí mencionaremos el síndrome de Felty, que esta in-

tegrado por artritis reumatoide, esplenomegalia y leucopenia. Aparece en el 1 por ciento de los casos de artritis reumatoide y característicamente da lugar a granulocitopenia y, ocasionalmente, linfopenia y plaquetopenia. La causa de este padecimiento se desconoce, pero quizá se deba a la presencia de anticuerpos específicos contra granulocitos. Pueden aparecer alteraciones secundarias al aumento de gamaglobulina principalmente de peso molecular elevado, lo que ocurre cuando hay títulos altos de factor reumatoide, existiendo hiperviscosidad del suero que, cuando es importante, puede causar hemorragia retiniana, gingival, cutánea y nasal, infarto intestinal, insuficiencia cardíaca, neuropatía periférica y cefalea. El manejo de esta complicación requiere de plasmaféresis.

La manifestación hematológica más importante es la anemia normocítica hipocrómica.

Como alteraciones menos frecuentes están el aumento de los productos de degradación de la fibrina y la disminución del complemento hemolítico en el suero. Una alteración que se presenta en el 50 por ciento de los pacientes con artritis reumatoide es la trombocitosis, desconociéndose la causa de la misma.

Alteraciones pulmonares. Entre estas se encuentra la neumonitis crónica fibrosa, que es una enfermedad progresiva y crónica. También pueden existir nódulos múltiples localizados en la periferia de los campos pulmonares y que se reconocen como lesiones características de la artritis reumatoide y no causan sintomatología a menos que se caviten o infecten.

Existe el síndrome de Caplan que consiste en la asociación de pneumoconiosis y nódulos reumatoideos en los campos pulmonares.

Otras manifestaciones pulmonares descritas son la hipertensión pulmonar, la hemosiderosis y más raramente, la amiloidosis. Se han descrito derrames pleurales, la mayor parte de las veces asintomáticos, que se resuelven solos y que característicamente contienen baja cantidad de glucosa.

Alteraciones cardiovasculares. Pueden existir alteraciones del ritmo cardíaco con trastornos de la conducción que ocasionalmente llegan a producir la muerte y que generalmente son secundarios a granulomas del miocardio y del endocardio. Así mismo, puede existir endocarditis que generalmente se manifiesta por lesión valvular; pericarditis constrictiva, y, excepcionalmente, taponamiento cardíaco.

En la artritis reumatoide pueden presentarse otras alteraciones extra-articulares tales como la amiloidosis, el crecimiento ganglionar, la epiescleritis nodular y el exoftalmos.

Dr. Saita Doctor Akaki, ¿podría Usted decirnos cuáles son los exámenes de laboratorio no específicos de mayor utilidad para la evaluación del paciente con artritis reumatoide?

Dr. Akaki Son múltiples los estudios de laboratorio que nos pueden ayudar en la evaluación de un paciente en el que se sospecha artritis reumatoide, como la citología hemática, que casi constantemente nos mostrará anemia de tipo hipocrómica normocítica, aunque también puede ser hipocrómica microcítica sideropé-

nica, cuya intensidad está en relación con el grado de actividad; leucocitosis en las formas agudas y graves o cuando el paciente presenta complicaciones del tipo de la pleuritis o de la pericarditis; leucopenia debida

Los análisis de laboratorio inespecíficos para evaluar la evolución de la A.R. son: Citología hemática, velocidad de sedimentación, determinación de proteína C reactiva, los anticuerpos antinucleares, el factor reumatoide y la reacción de Waaler-Rose. Los exámenes que más se pueden considerar específicos son: el factor reumatoide en suero o líquido sinovial y la presencia de células RA: En el líquido sinovial se encuentra turbidez, disminución de la viscosidad y de la mucina, etc. Los estudios radiológicos normales no excluyen la A.R. pero pueden ayudar al diagnóstico, pronóstico y selección del tratamiento. Las alteraciones radiológicas pueden ser tempranas: ensanchamiento del espacio articular, osteoporosis epifisiaria, o tardías: osteoporosis generalizada y desaparición del espacio articular.

a efecto medicamentoso o, como sucede en el síndrome de Felty, de causa no aclarada; velocidad de sedimentación globular acelerada, como reflejo del proceso inflamatorio y que es de gran utilidad para evaluar la gravedad del padecimiento y posteriormente su evolución (acción terapéutica).

Otro examen útil es la determinación de proteína C reactiva, que en forma inconstante es positiva; la hipergamaglobulinemia, principalmente a expensas de la IgG y de la IgM (inicialmente puede ocurrir solo aumento de las globulinas del grupo alfa); las células L.E., positivas en un 10 por ciento de los casos; los anticuerpos antinucleares, positivos en un 25 por ciento de los casos; el factor reumatoide, que es producido por las células linfoplasmocitarias de los ganglios y del bazo y que reacciona con la globulina gama humana desnaturalizada. Se considera positivo cuando aglutina las partículas de látex sensibilizadas en diluciones de 1:80. También se puede determinar mediante la reacción de Waaler-Rose (eritrocitos de carnero) siendo positiva, al igual que la prueba de látex entre el 60 y el 90 por ciento de los casos. Cuando esta prueba es positiva, suele ser persistente; el complemento sérico, que puede estar normal o aumentado; la proteinuria, positiva en algunos casos; la amiloidosis renal con amiloiduria; el estudio del líquido sinovial, que es turbio, con menor viscosidad, con mucina disminuida, con hiper celularidad de polimorfonucleares, presencia de "ragocitos" y disminución del complemento. Las pruebas serológicas son falsas positivas en forma inconstante.

Dr. Saita ¿Cuáles son los exámenes de laboratorio que se pueden considerar específicos en la artritis reumatoide?

Dr. Akaki Aunque ninguno de los exámenes de laboratorio puede considerarse específico en este padecimiento, los que más se aproximan a este término serían la presencia de factor reumatoide en el suero o en el líquido sinovial y la presencia de células RA (ragocitos) en éste último.

Dr. Saita ¿Qué utilidad tiene el examen del líquido sinovial?

Dr. Akaki Siendo la artritis reumatoide un padecimiento que afecta primordialmente a la membrana sinovial, es indudable que ocasione cambios en el líquido por ella producido. Los cambios más frecuentes observados son turbidez, disminución de la viscosidad, disminución de la mucina, presencia de células en número mayor de 3,000 con predominio de polimorfonucleares (75%), disminución del complemento y presencia de células RA o ragocitos, que son polimorfonucleares con inclusiones en forma de gránulos esféricos y densos que contienen combinaciones variables de IgG, IgM y fibrina. También en el líquido sinovial puede encontrarse el factor reumatoide en algunos casos de artritis reumatoide sero-negativos lo que ayuda importantemente al diagnóstico.

Dr. Saita Doctor García Loiza, ¿cuáles son los datos radiológicos que más frecuentemente se encuentran en los pacientes con artritis reumatoide?

Dr. García Loiza Creo conveniente dejar claro que en ocasiones los signos y síntomas de la enfermedad preceden a las manifestaciones radiológicas y que por lo tanto, los estudios radiológicos normales de ninguna manera pueden excluir la posibilidad de enfermedad articular. Por lo general, los estudios radiológicos son de gran utilidad ya que pueden proporcionar al médico la posibilidad de confirmar el diagnóstico, orientar en relación con el pronóstico y la extensión de las lesiones y ayudar en la selección del tratamiento.

Como hemos estado mencionando, los cambios se observan principalmente en las articulaciones pequeñas de manos y pies, del carpo y del tarso y, con menos frecuencia, en rodillas, hombros, codos y caderas. Las alteraciones radiológicas que se observan en los pacientes con artritis reumatoide pueden ser tempranas o tardías y aparecen entre los 3 y 6 meses después de la iniciación del cuadro clínico. Entre los cambios tempranos más importantes podríamos mencio-



Figura 1. 1. Osteoporosis generalizada. 2. Adelgazamiento de la corteza. 3. Cambios tempranos de erosión ósea. 4. Subluxación de la articulación metacarpofalángica del pulgar. 5. Escaso adelgazamiento del espacio articular. 6. Cambios erosivos tempranos en las falanges distales.

nar los siguientes:

1. Ensanchamiento del espacio articular.
2. Engrosamiento fusiforme de partes blandas periarticulares.
3. Osteoporosis epifisiaria de los huesos que forman la articulación.
4. Erosiones de la corteza articular.
5. Disminución del espacio articular.

Entre los cambios tardíos debemos mencionar los siguientes:

1. Osteoporosis generalizada.
2. Desaparición total del espacio articular.
3. Subluxaciones y dislocaciones con dirección cubital de las manos.
4. Destrucción ósea extensa.

Estas alteraciones pueden verse claramente en las Figuras 1, 2, 3 y 4.

Dr. Saita Doctor Frati, ¿qué utilidad tiene el examen radioisotópico articular para el estudio del paciente con artritis reumatoide?

Dr. Frati La centellografía articular utilizando pertecnato o mejor aún polifosfato de tecnecio, se basa en que las articulaciones inflamadas tienen hiperemia y cambios del metabolismo óseo, lo que hace que en esa zona exista una mayor cantidad de isótopo circulante y una fijación de éste en el hueso vecino.

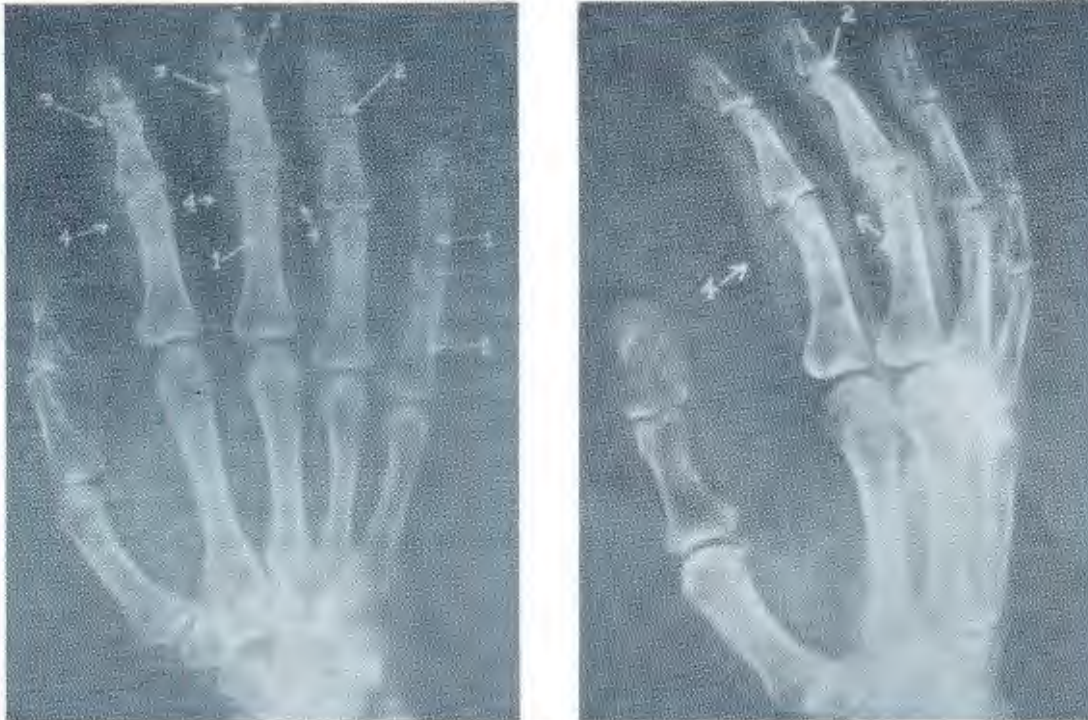
El procedimiento es muy sensible para determinar inflamación articular aunque es inespecífico. Su mayor utilidad está en la distinción de algunos casos dudosos con artralgias pero sin flogosis clínicamente detectable en los que la gammagrafía demuestra una verdadera artritis. Es muy útil en la espondilitis anquilosante y en otras enfermedades reumáticas, para detectar inflamación de las articulaciones sacroilíacas o en otras articulaciones difíciles de explorar.

Dr. Saita Doctor Lifshitz, ¿cuándo considera Usted que debe efectuarse la artroscopía para el estudio del paciente con artritis reumatoide?

Dr. Lifshitz La artroscopía es un procedimiento que no tiene ya ninguna indicación para el estudio ni para el tratamiento de los pacientes con artritis reumatoide.

Dr. Saita Con el fin de uniformar el diagnóstico de la artritis reumatoide, la Asociación Americana de Reumatología ha elaborado un listado de once criterios diagnósticos; doctor Frati, ¿quiere hacernos el favor de recordarnos dichos criterios?

La centellografía articular es un procedimiento muy sensible para determinar artritis, pero es inespecífico. La artroscopía ya no tiene indicación en la A.R. Los 11 criterios diagnósticos de la A.M.R. para la A.R. son: rigidez matutina, dolor al movimiento o a la presión en alguna articulación, inflamación en una articulación, y luego en otra, artritis simétrica, nódulos subcutáneos, cambios radiográficos, factor reumatoide positivo, líquido sinovial con pobre coágulo de mucina, alteraciones histológicas de la membrana sinovial y de los nódulos subcutáneos. El diagnóstico diferencial incluye 20 padecimientos. Cuando el caso reúne 7 criterios es una A.R. clásica, 5 definida y probable si solo tiene 3 de ellos.



Figuras 2 y 3. 1. Osteoporosis. 2. Liger a reducción del espacio articular. 3. Cambios erosivos tempranos. 4. engrosamiento fusiforme de los tejidos blandos.

Dr. Frati Estos criterios han sido diseñados para facilitar el diagnóstico de algún paciente en particular. Se recomiendan para informar las características clínicas, el curso de la enfermedad, la respuesta al tratamiento y para manejo de investigaciones diversas. Han surgido de la necesidad de precisar el diagnóstico y la etapa del padecimiento en virtud de la imprecisión de la definición de la enfermedad y de la ausencia de datos patognomónicos. Los criterios diagnósticos de dicha Asociación están aceptados en todo el mundo e incluyen índices clínicos y de laboratorio de la manera siguiente:

1. Rigidez matutina.
2. Dolor al movimiento o a la presión de cuando menos una articulación.
3. Inflamación en cuando menos una articulación.
4. Inflamación de otra articulación.
5. Inflamación simétrica (ataque simultáneo de la misma articulación en ambos lados del cuerpo, excepto interfalángicas distales).

6. Nódulos subcutáneos yuxta-articulares o en las superficies extensoras de los huesos.
7. Cambios radiográficos típicos de artritis reumatoide.
8. Factor reumatoide positivo.
9. Líquido sinovial con un pobre coágulo de mucina.
10. Alteraciones histológicas características de la membrana sinovial.
11. Alteraciones histológicas características de nódulos subcutáneos.

La duración de los síntomas y signos (números 1 al 5) debe ser mayor de seis semanas y deben excluirse los casos con:

- a. Eritema típico de lupus eritematoso diseminado.
- b. Concentraciones altas de células L.E. en sangre.
- c. Evidencia histológica de poliarteritis nodosa.
- d. Dermato o polimiositis.
- e. Esclerodermia.
- f. Cuadro clínico típico de fiebre reu-



Figura 4. 1. Disminución del espacio articular. 2. cambios erosivos y escleróticos de los platillos tibiales. 3. Formación osteofítica. 4. Osteoporosis generalizada.

- mática.
 - g. Cuadro clínico típico de artritis gotosa.
 - h. Tofos.
 - i. Cuadro clínico típico de artritis infecciosa.
 - j. Evidencia bacteriológica o histológica de tuberculosis articular.
 - k. Cuadro clínico típico de síndrome de Reiter.
 - l. Síndrome hombro-mano.
 - m. Osteoartropatía pulmonar hipertrófica.
 - n. Neuroartropatía.
 - o. Acido homogentísico en la orina.
 - p. Sarcoidosis.
 - q. Mieloma múltiple.
 - r. Eritema nodoso.
 - s. Leucemia o linfoma.
 - t. Agamaglobulinemia.
- Se considera como artritis reumatoide

“clásica” el caso que reúna siete criterios; “definida”, el que reúna cinco; “probable”, si solo se reúnen tres criterios. Si no se reúnen estos criterios pero se sospecha la enfermedad, ésta será catalogada como “posible”.

Dr. Saita Doctor Lifshitz, ¿cuáles son las bases del tratamiento de la artritis reumatoide?

Dr. Lifshitz Hay que partir del principio de que puesto que se desconoce su causa, no existe un tratamiento curativo. Los propósitos del tratamiento son orientar por lo tanto hacia los siguientes puntos: A) Disminuir o suprimir la inflamación y el dolor, generalmente mediante el uso de medicamentos o medidas físicas; B) Conservar el funcionamiento de las articulaciones y el del

paciente como unidad; y, C) Rehabilitar aquellas funciones que se estén deteriorando.

Dr. Saita ¿Cuáles son los medicamentos que se pueden utilizar para el tratamiento del enfermo con artritis reumatoide?

Dr. Lifshitz El número de medicamentos que se ha utilizado para el tratamiento de la artritis reumatoide es muy grande, seguramente por el afán honesto de encontrar la curación de la enfermedad, o al menos, de modificar su historia natural; pero el tiempo ha ido ubicando cada medicamento y cada procedimiento en su debido lugar. El medicamento fundamental, la base del tratamiento y, siempre, la primera medicación que debe intentarse es el ácido acetilsalicílico,

No existe tratamiento curativo de la A.R., se trata de disminuir el dolor y la inflamación, conservar el funcionamiento de las articulaciones y rehabilitar las funciones que se estén afectando. Se han utilizado muchos medicamentos tratando de modificar la historia natural de la A.R.; el primer recurso es el ácido acetilsalicílico y solo cuando éste, a dosis adecuadas, no es útil, se recurre a los antiinflamatorios no hormonales. Los corticosteroides son los antiinflamatorios más potentes que se conocen, originan resultados espectaculares, pero no alteran el curso de la enfermedad y suelen generar problemas adicionales a un paciente ya deteriorado, deben usarse a las dosis más bajas y por corto tiempo.

Tabla 1. Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos.

Acido meclofenámico.
 Acido mefenámico.
 Acido flufenámico.
 Aclofenac.
 Azapropazona.
 Clopirac.
 Diflunisal.
 Diftalona.
 Fenbufen.
 Fenclofenac.
 Fenilbutazona.
 Fenoprofen.
 Flurbiprofen.
 Ibuprofen.
 Indometacina.
 Indoprofen.
 Ketoprofen.
 Neclofenamato.
 Naproxen.
 Oxifenilbutazona.
 Perclusone.
 Piroprofen.
 Piroxicam.
 Proquazona.
 Sulindac.
 Tolectin.

único fármaco que se requiere para el control adecuado de la inflamación y del dolor. Solo cuando una dosis de 3 a 5 g de ácido acetilsalicílico para 24 horas, en 6-4 tomas no es suficiente para obtener una mejoría de los síntomas, o el paciente desarrolla manifestaciones de toxicidad o intolerancia, es cuando se recomienda el uso de otros medicamentos. La siguiente alternativa, en estos casos, es el grupo de los llamados antiinflamatorios no esteroideos. Hay que recordar que tanto la toxicidad como la potencia antiinflamatoria se compara con la de la aspirina, que es el prototipo de antiinflamatorio no esteroideo. El número de medicamentos con esta acción disponibles en la actualidad es muy grande; algunos de ellos se muestran en la Tabla 1. El hecho de que existan tantos es prueba de que ninguno de ellos supera ampliamente a los otros en sus propieda-

des. Será la tolerancia, la respuesta individual y la experiencia personal del médico las que orienten esta segunda decisión terapéutica.

Los corticosteroides son los antiinflamatorios más potentes que se conocen y, por ello, originan resultados iniciales espectaculares. Sin embargo, no alteran el curso destructivo de la enfermedad y con frecuencia generan problemas adicionales a un paciente de por sí deteriorado. La respuesta inicial tan dramática ha hecho que sean los fármacos más comunes de automedicación en caso de artritis reumatoide al grado de provocar casi una dependencia física; también ha dado lugar a que el médico abuse de su empleo cuando busca prestigiarse con mejorías temporales aún a costa de consecuencias graves a plazo más largo. Los corticosteroides están indicados para el tratamiento del paciente con artritis reumatoide en casos de enfermedad reumatoide sistémica o de artritis muy activa que no pueda ser controlada con otros antiinflamatorios. No más de un 10 por ciento de los pacientes requieren corticosteroides para su control en algún momento de la evolución del padecimiento. En todo caso deberán usarse a las dosis más bajas que sea posible y durante el lapso más corto.

Existen algunos medicamentos que pueden modificar un poco la historia natural de la enfermedad. Estos fármacos se conocen por su principal indicación como antipalúdicos sintéticos, las sales de oro y la d-penicilamina. Los antipalúdicos tienen un efecto más bien modesto pero pueden ser coadyuvantes

Las sales de oro y la d-penicilamina pueden modificar la historia natural de la A.R. produciendo remisiones totales por tiempo prolongado, pero tienen efectos colaterales frecuentes que limitan su empleo. En resumen la A.R. debe tratarse inicialmente con aspirina; si no hay mejoría o aparece intolerancia se sustituye por un antiinflamatorio no esteroideo. Si la enfermedad es activa o sistémica se dan corticosteroides a dosis bajas y por corto tiempo. La cirugía para la A.R. pueden ser profiláctica, reconstructiva o de último re-

curso. En un 20% de los casos puede haber remisión total, y en una proporción pequeña de los casos la A.R. sigue curso progresivo a pesar del tratamiento.

de otras medidas. El auriotiomalato de sodio y la aurotioglucosa están indicados en los pacientes jóvenes que se descubren tempranamente en el curso de la enfermedad; pueden producir remisiones totales de la artritis por un tiempo prolongado. Desafortunadamente también tienen efectos colaterales frecuentes que limitan su empleo y que obligan a una vigilancia muy estrecha del paciente. Algo similar ocurre con la d-penicilamina. En ambos casos se requieren controles clínicos y de laboratorio frecuentes y experiencia en el uso de los medicamentos.

En resumen, desde el punto de vista farmacológico, la artritis reumatoide debe tratarse inicialmente con aspirina; si no hubiese respuesta o apareciera intolerancia, sustituirla por algún antiinflamatorio no esteroideo. Si la enfermedad es muy activa o es sistémica, podrán administrarse corticosteroides a dosis bajas y por corto tiempo. Si se descubre tempranamente la enfermedad en sujetos jóvenes y se tienen la experiencia y las facilidades técnicas, se puede intentar la modificación de la historia natural del padecimiento con sales de oro o d-penicilamina.

Dr. Saita ¿Cuándo esta indicada la cirugía ortopédica?

Dr. Lifshitz Los casos deben discutirse por un grupo multidisciplinario. Las indicaciones quirúrgicas pueden reunirse en tres grupos:

1. Cirugía profiláctica.
2. Cirugía reconstructiva o de rehabilitación.
3. Cirugía de "último recurso".

En la cirugía profiláctica se intenta prevenir el daño cartilaginoso, óseo o tendinoso, interviniendo los tejidos blandos. Ejemplos de este tipo de cirugía son la sinovectomía de la rodilla y la tenosinovectomía de los extensores de la mano cuando existe inflamación persistente.

La cirugía reconstructiva incluye las prótesis articulares totales que sustituyen las articulaciones destruidas por la enfermedad.

La cirugía de "último recurso" se utiliza solo excepcionalmente y consiste en la artrodesis de la articulación correspondiente, más frecuentemente la metacarpofalángica del pulgar.

Dr. Saita Doctor García Loaiza, ¿cuál es la evolución y pronóstico del paciente con artritis reumatoide?

Dr. García Loaiza Una vez instalado el cuadro articular el curso clínico esta caracterizado por exacerbaciones y remisiones, pudiéndose presentar remisiones totales hasta en un 20 por ciento de los enfermos. En otro porcentaje pequeño la enfermedad seguirá el curso progresivo a pesar del tratamiento. Se requiere vigilancia médica estrecha en cuanto a la evolución de la enfermedad la que nos va a dar las pautas de tratamiento y el pronóstico. Además de las alteraciones articulares, la debilidad y la atrofia muscular son parte de la evolución de la enfermedad. El factor que más interfiere con la función de las articulaciones es la contractura en flexión, la que al principio se debe a la participación tendinosa con acortamiento y después aumenta por la cicatrización del cartílago pudiendo llegar a causar anquilosis fibrosis de flexión. Conforme la enfermedad progresa se pueden encontrar cuatro deformaciones características que son:

1. Deformidad del pulgar en hiperextensión.
2. Desviación cubital a nivel de las articulaciones metacarpofalángicas por desplazamiento de los tendones extensores en ese sentido.
3. Deformación en cuello de cisne por hiperextensión de las articulaciones interfalángicas proximales y flexión de las distales.
4. Deformación en botón de camisa con flexión de la articulación interfalángica proximal e hiperextensión de la distal.

En términos generales, el grado de destrucción articular y de atrofia muscular se relaciona con el tiempo de evolución del pa-

decimientos el que puede seguir alguno de los siguientes caminos: Curso intermitente, con exacerbaciones y remisiones completas. La enfermedad tiende a la cronicidad pero las recaídas son cada vez menos importantes con relación a la primera. Curso intermitente sin remisión completa, que conforme pasa el tiempo llega a presentar niveles bajos de actividad reumática, disminuyendo al tiempo las manifestaciones clínicas. Curso gradualmente progresivo, la que si llega a persistir por 10 años es poco probable que remita. Curso con actividad poco intensa por largo tiempo, que puede ser de inicio grave, posterior al primer ataque que es muy florido y grave y en el que el paciente presenta remisión clínica; y maligno, clasificado así debido a la rapidez con que progresa hacia la incapacidad y en ocasiones hasta

la muerte, pese a la terapéutica empleada. Afortunadamente a este último grupo únicamente pertenece la minoría de los casos.

Dr. Saita Siendo la artritis reumatoide un padecimiento que afecta a un gran número de individuos se requiere el esfuerzo de todos los médicos que atienden principalmente en el primer nivel para que la detección de los problemas de este tipo se haga tempranamente y se inicie el tratamiento adecuado y de manera oportuna de tal manera que disminuya la frecuencia de las formas incapacitantes. No dudamos que los trabajos que actualmente se llevan a cabo para el estudio de la artritis reumatoide, pronto llegarán a un feliz descubrimiento de su origen, lo que abrirá nuevas esperanzas para su prevención y manejo. □