

Artritis reumatoide

Dr. Gregorio Mintz S.
Jefe del Servicio de Reumatología,
Hospital General del Centro
Médico Nacional, IMSS.

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica de causa desconocida, que afecta predominantemente a las articulaciones diartrodiales, y con frecuencia variable también afecta otros órganos y tejidos.

Es un padecimiento de distribución universal, no hay predilección racial, es más frecuente en mujeres que en hombres, y su inicio habitualmente ocurre entre los 25 y 50 años de edad, aunque los niños pueden padecer artritis reumatoide y, por otro lado, también puede iniciarse después de los 60 años.

La artritis reumatoide es una enfermedad frecuente, los estudios de población definen una prevalencia desde 1.4 hasta 4.0 por ciento de la población adulta.

En nuestro país, sólo hay un estudio de población en el que se encontró una prevalencia de 1.86 por ciento en adultos mayores de 35 años. Dentro de las 43,939 pensiones por invalidez permanente otorgadas por el Instituto Mexicano del Seguro Social entre 1947 y 1974, el 5.9 por ciento fue por artritis reumatoide. Se calcula una tasa de 4.5 inválidos por artritis reumatoide entre 10,000 adultos, por lo que, en toda la República Mexicana, hay entre 300,000 y 450,000 enfermos de este padecimiento.

Existe agregación familiar de la artritis reumatoide; es decir que, entre los familiares de un paciente diagnosticado, se encontrará una prevalencia mayor de la esperada, tanto de la enfermedad como de la presencia de factor reumatoide en el suero. Recientemente, se han identificado marcadores genéticos, el antígeno de his-

tocompatibilidad HLA-DW4, con una frecuencia significativamente mayor en estos enfermos, y esto actualmente se interpreta como una predisposición genética para desarrollar la enfermedad.

Patogenia

La patogenia de la inflamación sinovial se explica con la siguiente secuela de eventos: por causas desconocidas, el paciente produce factor reumatoide (FR) que es un autoanticuerpo antigammaglobulina. Al reaccionar el FR con la gammaglobulina, se activa la cascada del complemento, y se forman complejos inmunes que son fagocitados por los polimorfonucleares de la sinovial. Las fracciones activadas del sistema del complemento producen efectos vasoactivos y de quimiotaxis que amplían la respuesta inflamatoria y que, al mantenerse por cierto tiempo, perpetúan el proceso. La fagocitosis de los complejos inmunes produce la liberación de enzimas lisosómicas dentro del ambiente sinovial, las que también aumentan el proceso inflamatorio. Estos estímulos provocan hipertrofia de la membrana sinovial y producción de colagenasas, que son los mecanismos de degradación del cartílago y de erosión ósea. En esta membrana sinovial inflamada, se han demostrado los siguientes eventos inmunopatológicos: 1) depósito de inmunoglobulinas y complemento; 2) síntesis de factor reumatoide; 3) aumento de síntesis de gammaglobulinas, hasta 5 veces mayor que la sinovial normal; y 4) formación de folículos linfoides con linfocitos y células plasmáticas. Estos linfocitos son de ambos tipos T y B, y se puede demostrar que están inmunológicamente activados.

Todo lo anterior, aunado al hallazgo de complemento disminuido en el líquido sinovial, permite postular que se trata de una enfermedad por complejos inmunes a nivel articular.

Se desconoce el factor etiológico precipitante del proceso inflamatorio crónico. Aunque no hay datos definitivos, la posibilidad más generalmente aceptada en la actualidad es que se trate de un virus lento, que modifica la estructura de la IgG, y la vuelve antigénica, en un individuo genéticamente susceptible.

Cuadro clínico

La enfermedad puede tener varias formas iniciales: insidiosa, aguda o episódica; y poliarticular o monoarticular.

El cuadro inicial más frecuente es el insidioso, y ocurre en aproximadamente el 80 por ciento de los casos. Se inicia con dolor vago, generalmente localizado a alguna pequeña articulación de la mano y, lo que es muy frecuente y característico, con sensación de rigidez de las articulaciones y de las extremidades. Esto es más intenso por la mañana, al despertar, y dura más de media hora; pueden pasar dos o más horas antes de que el paciente se sienta suficientemente flexible para iniciar las actividades físicas de la vida diaria.

Al principiar la enfermedad, los datos clínicos de dolor, calor, aumento de volumen local y limitación del movimiento pueden afectar una o varias articulaciones. Progresivamente, y antes de que estas articulaciones inicialmente afectadas tengan una remisión completa de los síntomas, otras articulaciones empiezan a verse afectadas por el mismo proceso.

El principio agudo, que ocurre en 10 a 20 por ciento de los pacientes, se presenta con dolor e inflamación súbitos, en múltiples articulaciones, acompañados de calosfrío, febrícula y postración. En esta forma de la enfermedad, predominan los signos generalizados con malestar general intenso, anemia y leucocitosis. El paciente se encuentra encamado no sólo por el dolor articular, sino también por las manifes-

taciones generales de la enfermedad reumatoide.

Hay pacientes que inician la enfermedad en forma episódica, con dolor, aumento de volumen y rigidez, que aparecen en una o varias articulaciones, duran algunos días o pocas semanas, y después desaparecen, sólo para volver a presentarse más tarde, después de semanas o meses. Generalmente, la exploración cuidadosa mostrará algún signo de inflamación residual en la articulación, durante el periodo asintomático. Conforme pasa el tiempo, el dolor y la inflamación se vuelven a presentar y se hacen persistentes, afectan muchas articulaciones, y los signos y síntomas van adquiriendo características de artritis reumatoide.

En más del 90 por ciento de los pacientes adultos con esta enfermedad, el principio es poliarticular, afecta fundamentalmente las articulaciones pequeñas de manos y pies, pero también las grandes, especialmente las rodillas. La artritis reumatoide tiende a ser simétrica, afectando las mismas articulaciones en forma bilateral y generalmente con la misma intensidad. Aunque al principio cualquier articulación puede resultar afectada; en el curso de unas cuantas semanas, lo mismo sucede con las pequeñas articulaciones de las manos y de los pies. Una vez que alguna articulación tiene datos objetivos de inflamación, esta persistirá varias semanas, a pesar de que la atención del paciente se dirija a las otras articulaciones subsecuentemente afectadas. Puede haber adolorimiento muscular, sin datos objetivos de inflamación articular, en cualquier parte del cuerpo.

Por último, en el principio monoarticular, como el nombre lo indica, la inflamación ocurre en una sola articulación. Aunque dicha articulación por su aumento de volumen y el dolor que produce puede dominar la atención del paciente y del médico durante algún tiempo, el interrogatorio cuida-



Fig. 1. Manos de un paciente con artritis reumatoide temprana, con inflamación fusiforme de algunas articulaciones interfalángicas proximales; también hay inflamación en las articulaciones carpianas.

doso y el examen físico completo, con frecuencia demostrarán anomalías en otras articulaciones aparentemente asintomáticas.

En esta forma de principio, la enfermedad puede permanecer localizada a una articulación por mucho tiempo; pero, es excepcional que pasen más de 6 meses sin que otra articulación se vea afectada. En escasas ocasiones, se encuentra inflamación reumatoide de las vainas tendinosas o de las bursas o nódulos reumatoides, antes del ataque articular.

Cualquiera que sea el modo de principio de la artritis reumatoide, la enfermedad evolucionará, más o menos rápidamente, hacia las formas clínicas características que cursan con exacerbaciones y remisiones. Estas manifestaciones clínicas características son: inflamación de las articulaciones, particularmente de las manos, dedos, rodillas y muñecas, con distribución simétrica, con tendencia a ataque

sucesivo y progresivo de muchas articulaciones. Con el paso del tiempo, podrán establecerse las deformaciones características con invalidez articular y anquilosis en las regiones afectadas.

En las manos, el ataque temprano puede ser peculiar; está constituido por inflamación fusiforme de las articulaciones interfalángicas proximales con inflamación de las metacarpofalángicas y de las muñecas. Aparte de la rigidez matutina ya mencionada, el aumento de volumen se acompaña de dolor y limitación de los movimientos; cabe señalar que las articulaciones interfalángicas distales no suelen estar afectadas, como sucede en la enfermedad articular degenerativa. Las manos se encuentran calientes y sudorosas; más tarde aparece la atrofia de los músculos interóseos; la fuerza de prensión disminuye, y el paciente no puede asir firmemente los objetos. La enfermedad progresiva en las articulaciones



Fig. 2. Manos de una paciente con artritis reumatoide moderadamente avanzada, inflamación en carpos, metacarpofalángicas e interfalángicas, simétrica; se aprecia además atrofia de músculos interóseos y lumbricales y también subluxación metacarpofalángica.

interfalángicas proximales puede evolucionar hacia la deformación en "cuello de cisne"; con hiperextensión y desplazamiento del aparato tendinoso extensor; o a la contractura en flexión, y a la anquilosis. En las articulaciones metacarpofalángicas, la enfermedad evoluciona hacia la subluxación en sentido cubital y palmar, con desviación de los dedos que al principio es corregible por la extensión, pero que posteriormente ocurre tanto en flexión como en extensión.

Aunque se ha escrito mucho en relación con las características iniciales de la artritis reumatoide en las manos, no se ha prestado la atención debida al ataque temprano de los pies que suele acontecer en un 85 por ciento de los enfermos. En general, las articulaciones metatarsofalángicas son las primeras que presentan dolor y se inflaman. Debido a la elongación de los ligamentos que mantienen al pie, las cabezas

metatarsianas empiezan a separarse y a hacerse prominentes hacia la planta, con producción de callos dolorosos en estas áreas. La inflamación reumatoide de la parte anterior del pie produce contracturas de los tendones contiguos, que llevan a la formación tanto de "dedos de martillo" como de hallux valgus.

El dolor en la parte posterior del talón con frecuencia se debe a la tendinitis del Aquileo o a bursitis retrocalcánea. El dolor de la parte baja del talón suele resultar de inflamación de la fascia plantar.

Aun cuando, en la artritis reumatoide, casi cualquier articulación diartrodial puede estar afectada (las excepciones son las interfalángicas distales de manos y pies, y la columna vertebral), las muñecas, rodillas, codos y tobillos se afectan en forma notable. En cada una de ellas, el dolor, la inflamación y la limitación funcional apa-



Fig. 3. Manos de un paciente con artritis reumatoide avanzada que muestran marcada atrofia muscular y luxaciones metacarpofalángicas.

recen en grados variables. La afección de las articulaciones temporomandibulares y acromioclaviculares, ya sea sintómicamente o a la exploración física, constituye una localización característica que ayuda a establecer el diagnóstico.

Un hecho que merece puntualizarse es la frecuencia elevada con la que las articulaciones cricoaritenoides y las de los huesecillos del oído resultan afectadas por la enfermedad. En las primeras, la inflamación producirá ronquera, voz bitonal o dolor; y en las últimas, hipoacusia de conducción.

Una vez instalado el cuadro articular, el curso clínico se caracteriza por exacerbaciones y remisiones. Hasta en un 20 por ciento de los enfermos, pueden observarse remisiones con ausencia de síntomas y signos articulares. En un pequeño porcentaje, la enfermedad será progresiva en forma constante, a pesar del tratamiento; y, en la mayor parte de los pacientes, se encontrará

una progresión lenta e intermitente de los signos articulares, no necesariamente uniforme a todas las articulaciones afectadas, y que con el tiempo llevará a la cicatrización del proceso inflamatorio con fibrosis o anquilosis o ambas.

Alteraciones histopatológicas

Las alteraciones histopatológicas consisten en inflamación sinovial con edema; infiltrado de linfocitos y células plásmáticas, el cual puede ser tan intenso que llegue a semejar folículos linfoides; neoformación de vasos; proliferación de las células sinoviales superficiales y de las vellosidades sinoviales que forman el paño (panus). Este paño invade y destruye el cartílago y provoca erosión en el hueso subcondral, para más tarde ser reemplazado por tejido fibroso y de granulación cicatricial, con desaparición del espacio articular y anquilosis ósea. El volumen del líquido sinovial aumenta, y presenta las siguientes caracterís-



Fig. 4. Pies de un paciente con artritis reumatoide con tobillo valgo, hallux valgus, luxación rígida y contractura de las articulaciones metatarsofalángicas.

ticas anormales: pérdida de la translucidez, pudiendo estar desde ligeramente opaco hasta totalmente turbio; el coágulo de mucina que se produce al agregar ácido acético es muy escaso y deleznable; aumento de la celularidad, en promedio se encuentran 15,000 células por mm^3 , (de 3,000 a 100,000) siendo 70 por ciento de ellas polimorfonucleares. Hay aumento de las proteínas y disminución de la glucosa. Al examen microscópico, pueden encontrarse las células llamadas "ragocitos" o células RA, que son polimorfonucleares con varios cuerpos esféricos de inclusión que representan inmunoglobulinas.

Los nódulos reumatoides se encuentran en 20 a 25 por ciento de los pacientes, son subcutáneos y habitualmente no dolorosos. Se localizan en las áreas de presión, particularmente en la vecindad de los codos y de los tendones extensores. Histológicamente, están formados por un centro de necrosis

fibrinoide rodeado de un infiltrado de linfocitos, y limitado por células epitelioides que se disponen en "empalizada". Habitualmente aparecen durante las fases de actividad de la artritis reumatoide y, en ocasiones, llegan a desaparecer en las remisiones.

Su presencia es un dato importante para el diagnóstico y a veces se interpretan como marcadores de enfermedad sistémica grave.

Las demás manifestaciones extraarticulares de la enfermedad reumatoide son anemia moderada, normocítica e hipocrómica por deficiente incorporación de hierro. La granulocitopenia que se encuentra asociada a esplenomegalia en pacientes con artritis reumatoide se conoce como síndrome de Felty.

En el corazón, se han encontrado nódulos reumatoides en miocardio, válvulas y aorta; y también se han descrito miocarditis focales y pericarditis. Todos estos son hallazgos



Fig. 5. Aspecto de la planta de los pies con plano transverso y protrusión de las cabezas metatarsianas.



Fig. 6. Nódulo reumatoide en el borde cubital.

de autopsia con mínima o nula expresión clínica.

En la enfermedad reumatoide, los fenómenos inflamatorios vasculares pueden dividirse en dos grupos: episodios de oclusión de arterias digitales que se manifiestan por microinfartos periungueales, habitualmente benignos y, por otro lado, episodios de vasculitis necrosante generalizada, grave e indistinguible de la poliarteritis nodosa.

En el pulmón, se puede presentar una fibrosis intersticial difusa, nódulos en la periferia de los campos pulmonares y, cuando se asocia a neumoconiosis, grandes nódulos parenquimatosos. El derrame pleural también es una manifestación conocida de enfermedad reumatoide.

El síndrome de Sjögren es un acompañante frecuente de la artritis reumatoide. Se caracteriza por sequedad de boca y de ojos, producida por una disminución importante de la secreción de lágrimas y saliva, y se acompaña de la producción de gran cantidad de autoanticuerpos.

Estudios de laboratorio y gabinete

En los estudios de laboratorio, las alteraciones hematológicas son frecuentes. En gran número de pacientes, se observan anemias normocíticas, en ocasiones hipocrómicas, semejantes a las que se hallan en otros padecimientos crónicos y malignos. Puede existir leucocitosis con neutrofilia, especialmente en periodos de actividad; y, junto con las leucocitosis, observarse trombocitosis y eosinofilia; los denominados reactantes de fase aguda están aumentados, coincidiendo con mayor actividad del padecimiento. De ellos, el de mayor utilidad es la velocidad de sedimentación globular con los métodos de Westergreen y Wintrobe; su utilidad radica en ser una medida indirecta para valorar la actividad de la enfermedad. Las concentraciones de antiestreptolisinas suelen estar disminuidas, aunque pueden aumentar con la infección estreptocócica, pero sin que ello tenga ninguna relación con la enfermedad.

El factor reumatoide es positivo en 70 a



Fig. 7. Lesiones necróticas distales periugueales en un caso de vasculitis reumatoide.

80 por ciento de los pacientes con artritis reumatoide definida. El método más empleado es la prueba de látex, la cual es una reacción de aglutinación consistente en poner en contacto partículas de látex revestidas de IgG con suero del paciente; si en éste existe factor reumatoide, presentará reacción fijándose a la IgG, y precipitará las partículas. El factor reumatoide puede ser negativo en los primeros seis meses del padecimiento. Los pacientes con actividad importante, nódulos subcutáneos y vasculitis, suelen presentar reacción positiva a grandes concentraciones.

Se observan por-inmunofluorescencia anticuerpos antinucleares en 10 a 30 por ciento de los pacientes, generalmente con patrón homogéneo y concentraciones bajas; en aproximadamente una tercera parte de ellos, es posible descubrir células LE positivas. Las inmunoglobulinas están aumentadas en la fase aguda, principalmente la IgG.

Es necesario practicar estudio de líquido sinovial en pacientes en quienes existe duda acerca del diagnóstico. Hay que tener los cuidados necesarios para evitar infección agregada; las articulaciones grandes, en especial las rodillas, son las más indicadas para practicar la artrocentesis, y se deben tomar muestras suficientes para toda clase de cultivos. Las características del líquido sinovial ya se mencionaron.

El estudio radiológico es importante, pues da una imagen de la anatomía patológica macroscópica de la enfermedad; en las fases iniciales, los cambios son nulos y se localizan únicamente en partes blandas. Por lo general, los cambios se inician en las articulaciones interfalángicas proximales, metacarpofalángicas e intercarpianas. En tejidos blandos, se advierten alteraciones en la proximidad de las articulaciones comprometidas, y se manifiestan por aumento de volumen en las zonas afectadas; en etapas tardías puede existir atrofia im-

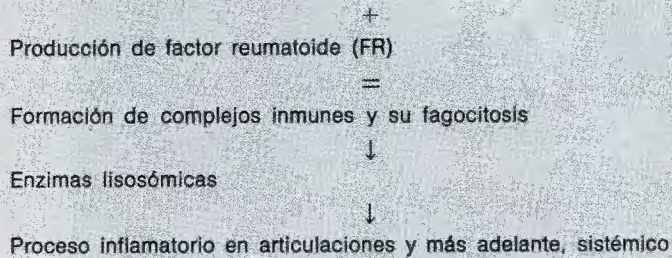
Historia natural de la artritis reumatoide no tratada

Factores del huésped

Edad: Todas las edades. Más frecuente entre 25 y 50 años
 Sexo: Más frecuente en mujeres
 Herencia: Predisposición genética (probable)

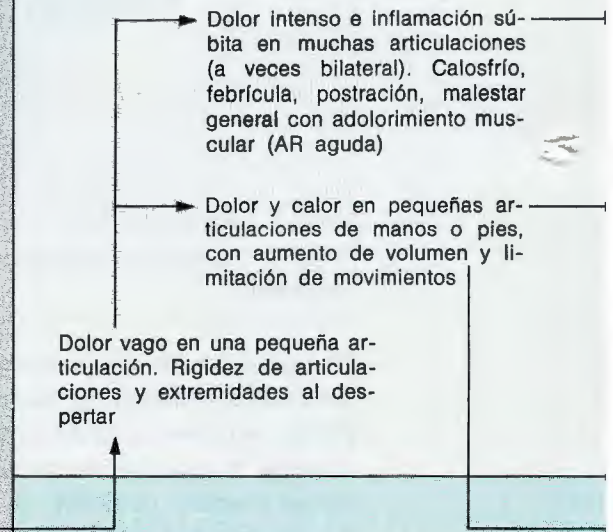
Factores del agente

Causas desconocidas (¿virus lento?) que modifican la estructura de la IgG que se vuelve antigénica



Factores del ambiente

La humedad y la presión barométrica baja acentúan los síntomas, pero no modifican la enfermedad



Periodo prepatogénico

Prevención primaria

Prevención

Promoción de la salud

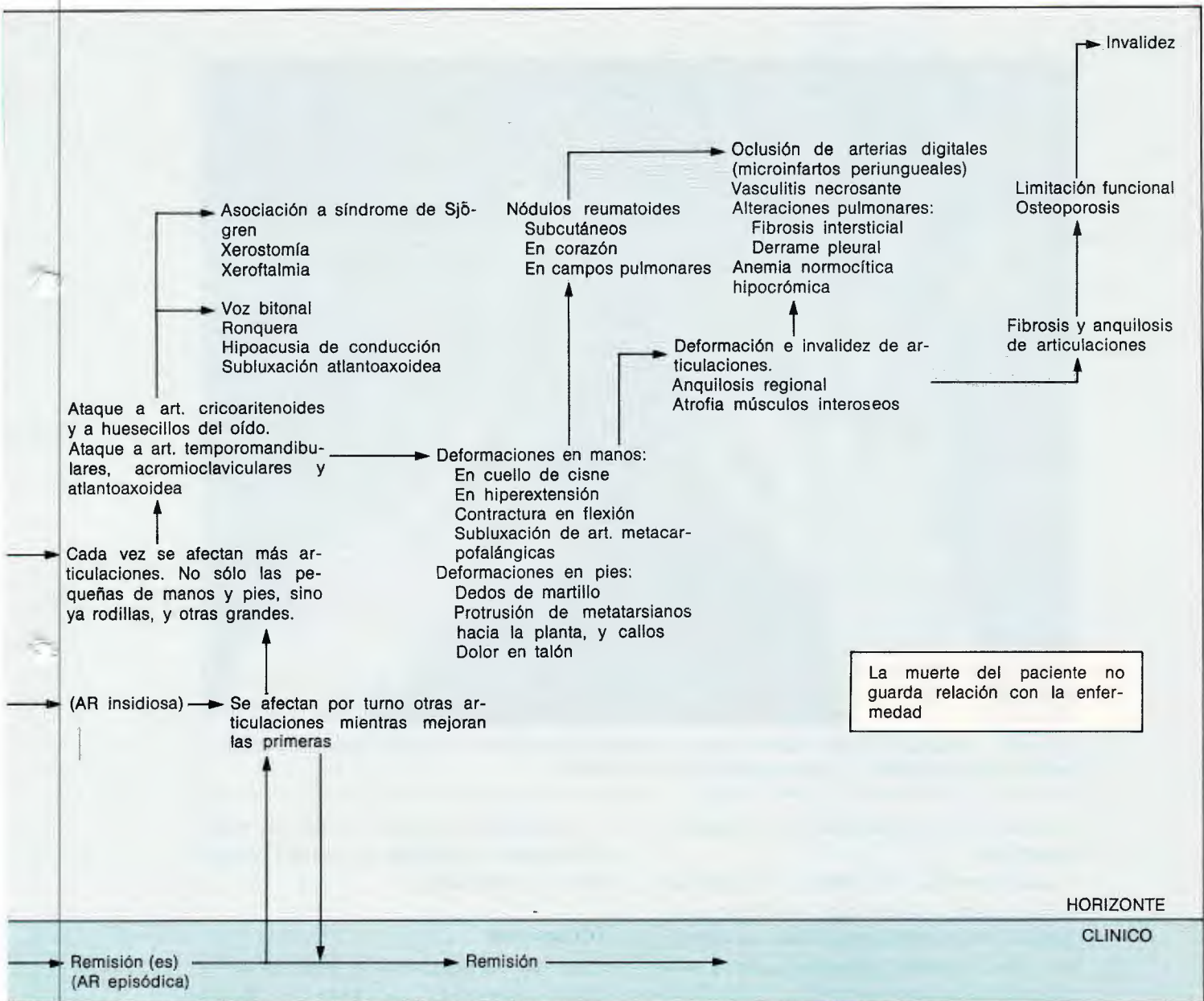
No se conoce ninguna medida directa, específica o profiláctica.

Protección específica

Al desconocerse el agente etiológico, no hay vacunas ni otra medida de protección.

Diagnóstico temprano

Historia clínica completa buscando antecedentes familiares de AR. Exploración cuidadosa orientada a descubrir articulaciones inflamadas, nódulos subcutáneos, etc.; microinfartos periungueales, etc. Laboratorio: Biometría hemática, VSG, estudio de líquido sinovial, factor reumatoide.



Periodo patogénico

Secundaria	Prevención terciaria		Niveles de prevención
Tratamiento oportuno	Limitación de la incapacidad	Rehabilitación	
Educación del paciente y su familia. El tratamiento sólo es sintomático: Reposo Fisioterapia Fármacos: Acido acetilsalicílico (con antiácidos) Antiinflamatorios no esteroides Corticosteroides Antipalúdicos Sales de oro Inyecciones intrarticulares de corticosteroides, citotóxicos, materiales radiactivos Cirugía profiláctica	Educación y motivación del paciente y su familia Ejercicio activo Fisioterapia Hidroterapia Tracciones férulas nocturnas o dinámicas Cirugía profiláctica y reconstructiva	En todos los aspectos de la vida del paciente: social, familiar, sexual y laboral Fisioterapia Cirugía reconstructiva	



Fig. 8. Radiografía de manos que muestran desviación cubital, lesiones erosivas metacarpianas y osteoporosis yuxtarticular.

portante, y la casi desaparición de la grasa superficial.

Ulteriormente, se observa osteoporosis yuxtarticular característica; conforme progresa la enfermedad, se produce osteoporosis más o menos uniforme, la cual más adelante se incrementa con la inmovilidad y el uso de esteroides.

De los cambios que tienen lugar en el cartílago articular da idea la estrechez del espacio articular interóseo; la cual, en contraste con la enfermedad articular degenerativa, tiende a ser uniforme y pueden no existir lesiones erosivas. En ocasiones, se observa ensanchamiento del espacio articular por laxitud de ligamentos y derrame sinovial importante.

En etapas avanzadas, se observan subluxación y luxación de las articulaciones afectadas, principalmente en manos y pies. Las erosiones óseas tienden a producirse en los bordes articulares donde termina el cartílago y empieza la reflexión sinovial;

la localización de estas lesiones, así como su extensión, dependen de factores anatómicos y funcionales.

Tratamiento

Ya que se desconoce la etiología de la artritis reumatoide, no existe tratamiento curativo. El manejo del enfermo se orienta a disminuir y tratar de suprimir la inflamación y el dolor, a conservar la funcionalidad del paciente como un todo y de cada uno de los segmentos del aparato musculoesquelético, y a rehabilitar aquellas funciones que se encuentren deficientes. Estas finalidades sólo pueden lograrse cuando: 1) se informa al paciente de cual es la enfermedad y sus implicaciones, y además se prepara a la familia para que coopere con él, y 2) se tiene un equipo de trabajo que incluye, además del reumatólogo, al cirujano ortopédico, al fisiatra y rehabilitador, al psiquiatra y al trabajador social.

Tabla 1. Antinflamatorios no esteroides

Acido meclofenámico	Ibuprofen
Acido mefánico	Indometacina
Acido flufenámico	Indoprofen
Alclofenac	Ketoprofen
Azapropazona	Meclofenamato
Clopirac	Naproxen
Diflunisal	Oxifenilbutazona
Diftalona	Perclusone
Fenbufen	Piroprofen
Fenclofenac	Piroxicam
Fenilbutazona	Proquazona
Fenoprofen	Sulindac
Flurbiprofen	Tolectin

Se elabora un programa de manejo con objetivos definidos cada vez que se evalúa al paciente. En este programa deben participar todos los miembros del equipo de trabajo.

Entre las medidas específicas, destaca el reposo. Está indicado, según la actividad inflamatoria de la enfermedad, cuando hay mucho ataque al estado general o cuando hay enfermedad reumatoide sistémica. La duración del reposo no debe ser excesiva y es mejor recomendar varios periodos cortos de descanso en el curso del día. Estos alternarán con periodos de ejercicio y con las actividades de la vida diaria. Con frecuencia, es útil el reposo de determinada articulación en posición fisiológica proporcionada por férulas, habitualmente durante la noche. En los niños con enfermedad reumatoide, no se recomienda el reposo, ya que muy rápidamente desarrollan contracturas articulares difíciles de vencer.

Se enseña a los pacientes a realizar una serie de ejercicios básicos para todos los segmentos del aparato musculoesquelético; deberán ejecutarlos diariamente y en forma progresiva. Además, se utilizará la hidroterapia y el calor para disminuir el dolor y la inflamación: tracciones y ejercicios progresivos, para rehabilitar determinada extremidad; férulas nocturnas o dinámicas, para prevenir deformidades. De hecho, to-

dos los recursos de la fisioterapia son aplicables en las épocas diversas de la enfermedad.

La rehabilitación social, familiar, sexual y laboral debe tomarse en cuenta cada vez que se evalúe a un paciente con artritis reumatoide, y habrá que aplicar los métodos psiquiátricos, de trabajo social, de orientación vocacional, y otros que sean adecuados al caso.

La base de la terapéutica farmacológica es el ácido acetilsalicílico, que es la primera medicación que se administra. Un porcentaje importante de pacientes no requieren otros medicamentos para obtener control adecuado de los signos y síntomas de inflamación. La dosis diaria debe ser de 3 a 5 g, dividida en tomas cada 4 a 6 horas. Es necesario tener en cuenta los datos de intolerancia gástrica, que pueden variar desde síntomas leves de irritación con anorexia, náusea, hiperacidez y dolor epigástrico, hasta la perforación o sangrado de una úlcera péptica; es por ello que se recomienda la administración profiláctica de antiácidos.

Cuando el ácido acetilsalicílico no logra un control sintomático adecuado, se agregan otros antinflamatorios no esteroideos, de los cuales hay una gran variedad. En la Tabla No. 1, están enlistados los que con mayor frecuencia se emplean en artritis reumatoide; hay algunos que se usan desde hace más de 20 años, y otros de muy reciente ingreso a nuestro arsenal terapéutico. Todos ellos han demostrado efectividad comparable en el control sintomático de pacientes con artritis reumatoide: la selección de alguno de ellos dependerá de la tolerancia y de la respuesta de cada individuo, ambas con gran variación personal.

Los corticosteroides, son los antinflamatorios más potentes que conocemos, y su administración produce resultados iniciales espectaculares. Sin embargo, su indicación en esta enfermedad está restringida a muy pocas situaciones:

1. Enfermedad reumatoide sistémica, con gran ataque al estado general, escleritis, vasculitis, pleuritis, etc.
2. Artritis extremadamente activa, que



Fig. 9. Radiografías de manos que muestran gran destrucción de los huesos del carpo.

no ha sido posible controlar con medicación no esteroide.

3. Clase funcional III ó IV por inflamación persistente, que no ha sido posible rehabilitar.

4. Incapacidad para trabajar por actividad de la enfermedad.

5. En raras ocasiones, puede ser el único medicamento que el paciente acepte sin intolerancia gástrica.

Su indicación se restringe porque no altera el curso destructivo de la enfermedad y siempre produce un síndrome de hipercorticismismo que guarda relación directa con la magnitud de la dosis y el tiempo de administración. Sólo 10 a 15 por ciento de los pacientes requieren corticosteroides en algún momento de la evolución y la dosis siempre será la menor posible durante un plazo lo más corto posible.

Los corticosteroides no deben ser ni el primero ni el único medicamento que se administre en artritis reumatoide.

Los antipalúdicos de síntesis modifican la respuesta inflamatoria a largo plazo; su efecto en artritis reumatoide es demostrable, aunque no dramático: son útiles en el manejo de un buen número de pacientes.

Las sales de oro (aurotiomalato sódico y aurotioglucosa) también son modificadores de la respuesta inflamatoria, y su efecto se hace patente después de dos a tres meses de iniciada la administración. Su mejor indicación son los pacientes jóvenes con enfermedad inflamatoria temprana; la dosis es de 50 mg por vía intramuscular, una vez por semana. En 70 por ciento de los pacientes, su administración es benéfica y puede inducir remisiones totales duraderas del padecimiento. Desafortunadamente, éstas se acompañan de reacciones secundarias frecuentes (dermatitis y estomatitis), algunas muy graves (trombocitopenia, leucopenia, síndrome nefrótico), por lo que su empleo debe ser cuidadoso y siempre acompañado de estrecha vigilancia del paciente.



La inyección intrarticular de corticosteroides, citotóxicos o materiales radiactivos, es un método terapéutico local indicado en aquellos pacientes con sólo una o dos articulaciones persistentemente inflamadas, cuando todas las demás han respondido satisfactoriamente al tratamiento general. No se aplican más de dos a tres inyecciones en una misma articulación, ya que este procedimiento puede acelerar la destrucción articular. Además, está contraindicado en presencia de infección local o general, cuando la articulación está anquilosada o inestable y cuando se carece del equipo estéril adecuado.

Cirugía ortopédica

Si los medicamentos antes mencionados unidos a fisioterapia y rehabilitación no han sido todo lo eficaces que se desea, o si ya existen cambios estructurales en las articulaciones y/o tejidos blancos pararticulares, se deben considerar sin tardanza los proce-

dimientos quirúrgicos, los que se clasifican como sigue:

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

En la cirugía profiláctica, se actúa sobre tejidos blandos: sinovial, tendones y vainas. Las sinovectomías de articulaciones de fácil abordaje, como la rodilla, muñeca y pequeñas articulaciones de la mano están indicadas cuando el proceso inflamatorio ha persistido por varios meses y se prevé daño cartilaginoso u óseo a corto plazo. La tenosinovectomía de los extensores de la mano también es un procedimiento útil, cuando hay inflamación persistente, en previsión de la ruptura tendinosa.

La cirugía reconstructiva ha tenido un gran auge en los últimos años con el desarrollo de las prótesis totales de articulaciones coxofemorales, metacarpofalángicas, de rodillas o de muñecas, que están indicadas para mejorar la función de la extremidad correspondiente. La sección atropiástica metatarsfalángica también se utiliza con gran éxito en las deformaciones dolorosas estructurales de los pies.

La cirugía de último recurso consiste fundamentalmente en la artrodesis, cuya indicación es muy poco frecuente, y se practica ocasionalmente en metacarpofalángica del pulgar.

Terapéutica experimental

En base a la gran cantidad de anomalías inmunológicas, se han empleado medicamentos inmunodepresores con la intención de interferir en el mecanismo patogénico que perpetúa la inflamación. La azatioprina, el crorambucil y la ciclofosfamida son citotóxicos con ciertas acciones inmunodepresoras, que se han empleado con éxito en los pacientes con artritis reumatoide grave y progresiva. Su empleo está complicado por múltiples reacciones secundarias graves, por lo que su utilización por médicos no especialistas no se justifica. Lo mismo puede decirse de la penicila-

Artritis reumatoide (concluye)

mina, que tiene la capacidad de romper el pentámero de la IgM (factor reumatoide), y modificar por ello la respuesta inmune que perpetúa la inflamación. Tiene efecto terapéutico demostrable en la artritis reumatoide pero también se acompaña de reacciones secundarias graves.

Por último, es necesario mencionar el drenaje del conducto torácico como un método para eliminar linfocitos T que están perpetuando la respuesta inmune anormal. Es técnicamente difícil de mantener durante varias semanas, lapso en el que pueden lograrse resultados espectaculares.

Para terminar, durante todo el tratamiento de pacientes con artritis reumatoide, el médico debe tener en cuenta la situación personal, familiar, laboral y social del enfermo, y actuar cuando alguna de ellas muestre señales de deterioro.

Ya que todavía no se puede curar la

enfermedad, es obligación del médico preservar la integridad y función tanto del paciente como individuo, como de cada uno de los segmentos de su aparato musculoesquelético.

Lectura recomendada

1. Bluestone, R.B. y Bacon, P.A.: Extraarticular manifestations in rheumatic diseases. *Clinics in Rheumatic Diseases*. 3:383-603, 1977.
2. Boland, E.W. The Study of rheumatoid arthritis in: *Arthritis and Allied Conditions*, ed Hollander J.H., McCarthy, D.J. Lea Febiger, Philadelphia, 1972, p. 297-438.
3. Mintz, G. Diagnóstico diferencial de las artropatías. *Bol. Med IMSS*. 16:111-116, 1974.
4. Mintz, G., Rojas, J., Fraga, A. y Orozco, J.H. Tratamiento de la artritis reumatoide con sales de oro. Resultados en 200 pacientes. *Rev. Med. IMSS*. 13: 299-305, 1974.
5. Reyes Cunningham, A., Fraga, M.A. y Mintz, G. Implantes de silastic en manos reumatoides. *Rev. Med IMSS*. 13:18-29, 1974.
6. Reyes Cunningham, A., Fraga, M.A. y Mintz, S.G. Conceptos actuales sobre la sinovectomía en la artritis reumatoide. *Anales Ortop. Traumatol. (México)* 10:265-272, 1974.
7. Reyes, C.A., Mintz, S.G., Fraga, M.A., y Carbajosa, T.J.M. La cirugía ortopédica en la artritis reumatoide. *Anales Ortop. Traumatol. (México)* 7:135-155, 1971.
8. Rodnan, G.P., McEwen, C. y Wallace, S.L. Primer on the Rheumatic Diseases. *JAMA* 224, (No. 5 supplement). 1973.

La trascendencia que el parto tiene sobre el estado del recién nacido y su evolución ulterior hace indispensable prever y tratar oportunamente cualquier alteración del trabajo de parto, decidiendo si éste puede realizarse por vía vaginal o está indicada una cesárea. Esto redundará también en reducción de la morbimortalidad materno-fetal.

Por ello, para publicarse en nuestro próximo número, hemos planeado una mesa redonda sobre el tema de distocias, dividiéndose éstas, para fines didácticos en las de origen dinámico, fetal y materno.

Conclusión importante a la que llegan todos los participantes en esta mesa redonda, es la necesidad de que el médico general tenga experiencia en el manejo de estos problemas y un criterio firme para remitir a su paciente al especialista en caso necesario, puesto que, en nuestro país, es el encargado de atender la mayor parte de los partos.