

Nota clínica

Artritis reumatoide

Ma. Elena García Armenta¹

¹Departamento de Investigación. Representaciones e Investigaciones Médicas, S.A. de C.V.

Introducción

Las enfermedades reumatológicas, constituyen una de las causas más frecuentes de consulta al médico y uno de los motivos que justifica mayor número de incapacidades para el trabajo.¹

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida y de origen multifactorial en donde se han asociado factores genéticos y ambientales.²

En términos generales se puede definir como una poliartrosis inflamatoria, no supurativa, subaguda o crónica, que afecta en especial las articulaciones periféricas, generalmente de modo simétrico; tiene curso prolongado durante años, con exacerbaciones y remisiones, y se acompaña de alteraciones sistémicas, tales como anemia, adelgazamiento y VSG acelerada.¹

Inicio de aparición de los síntomas y evolución

Alrededor del 70% de casos presentan el comienzo de la enfermedad entre los 25 y los 54 años de edad; la edad promedio de comienzo es de 42 años en varones y 41 años en mujeres,¹ la incidencia de enfermedad clínica es mayor entre los 40 y los 60 años de edad.³ La artritis reumatoide es unas tres veces más frecuente en mujeres que en varones.¹

La AR es una enfermedad extremadamente incapacitante que tiene una alta mortalidad, aun con una apropiada terapia medicamentosa, más del 7% de los pacientes están incapacitados después de cinco años en que se inició la enfermedad, y 50% también están incapacitados para trabajar después de 10 años en que la enfermedad se inició.

El dolor asociado con la AR es muy severo y en estudios recientes muestra una variación circadiana, siendo por la mañana cuando los síntomas empeoran, por lo cual los objetivos del tratamiento son: aliviar el dolor nocturno, la inflamación y la rigidez matutina.^{4,5}

La AR afecta las membranas sinoviales de múltiples articulaciones del cuerpo y como la enfermedad es sistémica existen muchos hallazgos extraarticulares también.

En la mayoría de los casos los pacientes con AR tienen remisiones y exacerbaciones de los síntomas. Esto quiere decir que existen momentos en que el paciente se "siente

bien" y otros momentos que se "siente mal". Habrá momentos en que el paciente se "sienta curado". Es importante entender que existen algunos pacientes que tienen remisión completa de la enfermedad y es esencial que los pacientes con artritis reumatoide no detengan el programa de tratamiento establecido por el médico.

Etiología

La enfermedad es considerada una enfermedad autoinmune que es adquirida y en la cual los factores genéticos parecen jugar un papel fundamental. La presencia de anticuerpos HLA-DR4 en el 70% de los pacientes con AR soportan la predisposición genética de la enfermedad.

El factor reumatoide son anticuerpos IgG, y están presentes en el 60-80% de adultos con la enfermedad. Los altos títulos del factor reumatoide están asociados con enfermedad más severa y activa, mayor involucramiento sistémico y un pobre pronóstico para remisión. La artritis reumatoide así como otras enfermedades autoinmunes incluyen alteraciones inmunológicas e inflamatorias del tejido conectivo. A causa de que las enfermedades autoinmunes comparten muchos hallazgos clínicos, hacer un diagnóstico diferencial es bastante difícil. Aunque los desórdenes autoinmunes son considerados enfermedades adquiridas, sus causas usualmente no pueden ser determinadas. La etiología de la artritis reumatoide permanece desconocida. Los factores metabólicos y nutricionales, el sistema endocrino, el área geográfica, factores psicológicos y los datos ocupacionales han sido extensamente estudiados sin llegar a resultados concluyentes.

Diagnóstico

El diagnóstico de AR requiere una historia clínica completa del paciente, así como un examen físico minucioso. Los resultados de laboratorio y radiografías tienen sólo importancia secundaria; un 25% de los pacientes con AR nunca han tenido un factor reumatoide positivo, aunque estén clínicamente muy enfermos.

Una historia de enfermedad inflamatoria de pequeñas articulaciones, múltiples y simétricas, y la observación en el examen físico, indican la enfermedad.

Terapia farmacológica

El manejo de los pacientes con AR requiere un apoyo multidisciplinario. Los pacientes son tratados inicialmente con reposo en cama, terapia física y un curso con agentes de primera línea.

Los agentes de primera línea más utilizados son antiinflamatorios no esteroideos como ácido acetilsalicílico, flurbiprofeno, naproxeno, diclofenaco, indometacina. Los AINEs reducen la respuesta inflamatoria durante la enfermedad; sin embargo, tienen poco o ningún efecto sobre el curso de la misma y no pueden prevenir la progresión de la destrucción del cartílago articular o el daño a los órganos.

Los efectos de los AINEs son relativamente rápidos, ocurriendo en un período de algunas horas. Una vez que el medicamento es reducido o detenido los beneficios de su uso rápidamente fallan.⁷

Otros dos tipos de medicamentos son utilizados después de la terapia con AINEs, los corticosteroides y los agentes de segunda línea.

El uso de glucocorticoides por cortos periodos ayuda al paciente a regresar a sus actividades habituales y en pacientes sistémicos, en donde los agentes de primera línea no hayan funcionado.⁴

Los glucocorticoides pueden ser utilizados a dosis bajas, en pacientes poliarticulares, en fases muy activas, en las que el paciente está muy limitado, se niega a caminar o imposibilita cualquier intento de fisioterapia.⁴

Los agentes de segunda línea que son utilizados para el tratamiento de la AR también son llamados agentes modificadores de la enfermedad, que parecen tener un efecto sobre el proceso de la enfermedad.

Los diferentes agentes de segunda línea son comparables en eficacia, aunque tienen mecanismos distintos de acción y de efectos colaterales. Entre ellos se manejan el metotrexato, ciclosporina, sulfazalazina, penicilamina, sales de oro, hidroxilcloroquina, etc.

Reacciones adversas

Las reacciones adversas con frecuencia limitan los beneficios potenciales de la terapia en los pacientes con AR.

Existe un número considerable de efectos colaterales asociados con el uso de medicamentos antiartríticos y están usualmente relacionadas con la dosis y el tiempo de administración.⁷

El seguimiento cuidadoso a los pacientes que están utilizando cualquier tipo de estos tratamientos debe ser fundamental y debe ser reevaluado constantemente por su médico tratante.

Comentarios

Es importante monitorear de cerca a los pacientes con AR para estar midiendo su estado funcional, dolor, grado de inflamación sinovial, medir su promedio de sedimentación eritrocitaria así como algunos efectos colaterales que pudieran presentarse con los tratamientos a largo plazo.

Los objetivos fundamentales de los tratamientos en estos pacientes deberán ser: controlar su sintomatología, tratar de alcanzar la remisión de la enfermedad y evitar en lo posible la aparición de efectos indeseables por el uso prolongado de medicamentos.

Cuando el paciente mejora clínicamente y es capaz de volver a sus actividades habituales, mejora su estado de ánimo y esto hace que se logre el objetivo que el médico busca, la calidad de vida para sus pacientes, el cual debe ser el objetivo primordial.

Referencias

1. Lience DE. Enfermedades de las articulaciones. Medicina Interna. Farreras. Rozman. 1: 943-1076.
2. Jaimes J. Artritis Reumatoide de Casos Múltiples: Estudio de una familia Mexicana. Rev Mex Reumat 1996; 11: 129-31.
3. Medical Science Bulletin. 1994.
4. Arnal GC. Tratamiento farmacológico de la artritis crónica juvenil. Rev Esp Reumatol 1993; 20: 202-213.
5. Baumgartner RH. An observer-blind crossover indomethacin and naproxen given orally and rectally in the relief of night pain and morning stiffness due to rheumatoid arthritis. J Inter Med Research 1988; 16: 189-196.
6. Rheumatoid Arthritis-Background of the disease.
7. Nonsteroidal Antiinflammatory Drugs. Primer on the Rheumatic Disease. Tenth edition. 1993- Arthritis Foundation.
8. N Engl J Med 1994; 330: 1368-1375.
9. Understanding Rheumatoid Arthritis. Medical Science Bulletin. 1994.
10. Toxicity Profiles of Disease Modifying Antirheumatic Drugs in Rheumatoid Arthritis. Gurkirpal, Simgh. The Journal of Rheumatology 1991; 18(2): 188-194.



BIBLIOTECA DE INVESTIGACIONES
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.