

# Artritis reumatoidea:

## Importancia de un diagnóstico temprano y las opciones terapéuticas



**Carmen Yolanda Pagán-Durán, MD**

Especialista en Reumatología

Ex Presidente de la Asociación de Reumatólogos de Puerto Rico

dracarmenyolandapagan@gmail.com

**La artritis reumatoidea (AR), tan temida por los pacientes y por sus médicos durante siglos, ha dejado de serlo debido al mejor entendimiento de esta condición, a un diagnóstico más temprano y a las guías nuevas para su tratamiento, así como al advenimiento de un arsenal de nuevas opciones terapéuticas. Estos medicamentos han demostrado su eficacia en el control de la enfermedad con disminución de síntomas, disminución en la aparición de nuevas erosiones y mejoramiento en función articular de los pacientes afectados.**

### Definición y datos epidemiológicos

La artritis reumatoidea (AR) es la forma más común de artritis autoinmune. En los Estados Unidos la padecen alrededor de 1,3 millones de personas, de las cuales cerca del 75% son mujeres. Generalmente comienza entre las edades de 40 a 60 años, aunque se puede identificar en cualquier etapa de la vida.

La causa se desconoce, pero entendemos que existe un alto riesgo hereditario, existiendo una fuerte correlación con el gen HLA-DR4. En la AR el foco de inflamación se encuentra en la membrana sinovial, donde ocurre una reacción de hipersensibilidad tipo III que provoca la liberación de citoquinas proinflamatorias y la eventual destrucción articular.

El 80% de los pacientes que padecen esta condición tienen el factor reumatoideo (RF Anti IgG AB) positivo en sangre. Es importante tener presente que el diagnóstico se puede hacer aun en ausencia de dicho anticuerpo cuando el paciente cumple con otros de los criterios diagnósticos. El *Anti-Cyclic-Citrullinated-*

*Peptide Antibody* (ACCP) que se obtiene en una muestra de sangre es mucho más específico que el factor reumatoideo (RF) y su presencia correlaciona con una mayor agresividad en el comportamiento o desarrollo de la enfermedad.

### Presentación clínica

La presentación característica consiste en una rigidez matutina con duración de 30 minutos o más, y que suele mejorar con la actividad. De igual forma puede darse dicha rigidez luego de largos periodos de reposo o inactividad.

En la AR ocurre inflamación poliarticular simétrica de las articulaciones de poco peso, tales como manos, muñecas, pie, tobillos, codos, etc., a diferencia de las caderas y las rodillas, donde suelen ser más comunes la osteoartritis y otras condiciones.

También ocurre aumento en el líquido sinovial con formación de paño sinovial (*pannus*) en la cavidad de la cápsula sinovial, que se puede apreciar en estudios de

resonancia magnética y/o en sonografía musculoesquelética. Dicha formación de paño se encuentra característicamente en las articulaciones metacarpofalángicas (MCP) y en las interfalángicas proximales (PIP), sin compromiso de las articulaciones distales (DIP). Con la utilización de la radiografía convencional se identifican en dichas articulaciones erosiones y disminución entre los espacios intraarticulares.

En la AR también se observa la desviación ulnar de los dedos de las manos y los pies con subluxación no reducible.

Manifestaciones extraarticulares de la AR incluyen nódulos cutáneos (necrosis fibrinoide) y, aunque en casos raros, nódulos pulmonares (*Caplan's nodules*). El paciente también podría presentar síntomas sistémicos no específicos tales como anemia, malestar general, fatiga, cansancio e inclusive fiebre.

### Opciones de tratamiento

El tratamiento de AR –que antaño se limitaba a la utilización de cortisona y sales de oro (ahora en desuso)– hoy en día cuenta con alternativas que requieren la logística de **algoritmos o flow charts**. La reumatología y el tratamiento de la AR han alcanzado una nueva era. Hoy día somos testigos de adelantos significativos de tratamientos y medidas biométricas que nos permiten individualizar a cada paciente y definir la mejor estrategia para su cuidado óptimo.

*Treat-to-Target* (T2T) es una iniciativa internacional para definir mejor las metas en el tratamiento de la AR, ofrecer medidas de severidad de la enfermedad e incentivar el diagnóstico temprano y el tratamiento óptimo. Lo fundamental en el tratamiento es identificar al paciente. Mientras más temprano se haga el diagnóstico y se establezca el tratamiento, mejores serán las probabilidades de preservar la función, evitar el daño estructural y lograr el bienestar del paciente. Aunque no existe cura para la AR, hoy en día nos expresamos en términos de “remisión” de enfermedad cuando se logra que los pacientes no presenten signos de enfermedad activa. Ningún tratamiento funciona para todos los pacientes y muchos pacientes necesitan cambiar su tratamiento al menos una vez a lo largo de su vida.

En un inicio se usaron antiinflamatorios no esteroideos (AINES) para el alivio de síntomas, y dosis bajas de corticosteroides (5-10 mg/día) para disminuir la inflamación, aliviar los síntomas y reducir el potencial de daño a la articulación. Los corticosteroides se utilizan como terapia de puente para ser descontinuados tan pronto se alcanza actividad clínica con medicamentos antirreumáticos modificadores de enfermedad o DMARDs (biológicos y no-biológicos).

Los DMARDs más comunes (no-biológicos) incluyen: metotrexato (*Rheumatrex* y *Folex*), hidroxicloroquina (*Plaquenil*), sulfasalazina (*Azulfidine*) o la combinación de todos estos, llamada “triple terapia” que cuenta con estudios clínicos que sustentan su efectividad. Otros DMARDs no-biológicos incluyen leflunomida (*Arava*) y el antibiótico minociclina, aunque ambos tienen menor efectividad. El tratamiento podría incluir también inmunosupresores como azatioprina (*Imuran*) y ciclosporina.

Los pacientes con enfermedad moderada o severa se benefician del tratamiento con DMARDs biológicos dirigidos específicamente a las moléculas pro-inflamatorias en la respuesta autoinmune mediante el empleo de las vías subcutánea, intravenosa u oral. Estos medicamentos incluyen: etanercept (*Enbrel*), adalimumab (*Humira*), infliximab (*Remicade*), golimumab (*Simponi* y *Simponi Aria*), certolizumab (*Cimzia*), abatacept (*Orencia*), anakinra (*Kineret*), rituximab (*Rituxan*), tocilizumab (*Actemra*) y tofacitinib citrate (*Xeljanz*). Dichos biológicos suelen ser más efectivos cuando se utilizan en terapia combinada con metotrexato, aunque la mayoría también han recibido indicaciones de la FDA para ser utilizados como monoterapia.

Además, hay un sinnúmero de terapias nuevas en espera de aprobación que, de igual manera, sugieren ser efectivas. 