

La artritis reumatoide como enfermedad inflamatoria multisistémica

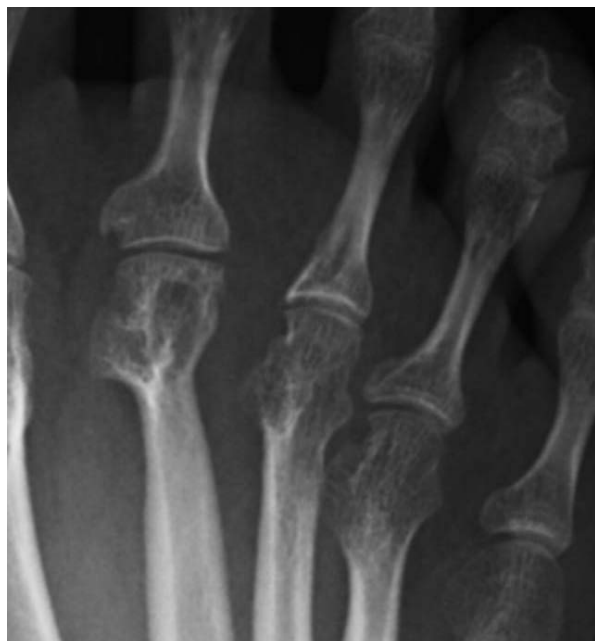
Efraín Carrasquillo Rodríguez, MD, FARC

Presidente 2016-2017, Asociación de Reumatólogos de Puerto Rico
Catedrático Auxiliar, Escuela de Medicina, Universidad Central del Caribe
Jefe de Reumatología, Doctors' Center Hospital, Manatí, PR
787.884.8686



El pasado mes de septiembre pasó sobre Puerto Rico un huracán cuya intensidad casi llegó a categoría 5. Como muchos, nunca imaginé que nos afectaría tanto. Unos días antes, el viernes 15 de septiembre, viendo la trayectoria esperada, decidí llamar a nuestro suplidor de implantes para preparar al hospital en base a nuestro recuerdo del huracán Georges en 1998, cuando yo era residente de ortopedia en Centro Médico.

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria multisistémica, en la que puede haber manifestaciones no solo en el esqueleto, sino en la piel, en las mucosas, en los ojos, en los pulmones, en el corazón, en la sangre, en el sistema nervioso, en los riñones, entre otros.



Radiografía de erosiones típica en dedos por artritis reumatoide.

Al momento de evaluar al paciente, puede haber una tendencia a enfocarnos en la manifestación esquelética, que es la principal y aquella por la cual la mayor parte de la población conoce la AR, en especial la deformidad característica de las articulaciones de las manos. Por eso, al evaluar a un paciente debemos recordar que esta condición no ataca solamente al esqueleto, para así poder definir tanto las manifestaciones articulares como las extraarticulares.

En el curso de la enfermedad podemos ver, en hasta un tercio de los pacientes, el desarrollo de manifestaciones extraarticulares.

Laboratorio: factor reumatoideo

Para la evaluación, es útil determinar en una prueba de sangre el factor reumatoide, que nos ayuda a definir el pronóstico o la agresividad de la enfermedad: quienes lo tienen positivo podrían mostrar un desarrollo de la enfermedad más agresivo, y antes de 10 años –en promedio– podrían estar incapacitados para desarrollar trabajo físico.

La AR tiene, en base a esta prueba, dos variantes: los pacientes seropositivos –con factor reumatoideo positivo– y los pacientes seronegativos, que no tienen el factor reumatoideo. La estadística médica ha demostrado que cerca del 72% de los pacientes serán positivos a esta prueba y que, del otro 28%, al menos el 10% podrían convertirse en positivos a lo largo del desarrollo de la enfermedad. La determinación de un factor positivo avisa al médico que el paciente tiene la desventaja de una mayor actividad de la AR, pudiéndose esperar entonces manifestaciones avanzadas, tanto óseas como sistémicas. Otra desventaja en estos pacientes es que pueden tener varias manifestaciones en forma simultánea.

Por otro lado, en la actualidad, los pacientes de AR están en una situación de importante ventaja sobre aquellos pacientes que eran evaluados antes de 1980, cuando las alternativas de tratamiento no estaban avanzadas y la enfermedad y su agresividad se podían ver en todos los daños acumulativos que se podían presentar, empezando en las deformidades de las coyunturas y terminando en los cambios sistémicos.

Desde inicios de la década de 1980 en que se inicia la utilización del metotrexato y posteriormente, con la llegada de los fármacos anti factor de necrosis tumoral –a finales de la década de 1990–, se ha logrado un mejor control de las manifestaciones esqueléticas y sistémicas. Estos tratamientos actúan a nivel del sistema inmune y modifican o alteran la capacidad de daño al tejido conectivo. Por esta razón, esta enfermedad se define como una condición autoinmune.

Algunas manifestaciones extraarticulares

Piel

En el 20 al 35% de los pacientes con AR pueden formarse nódulos subcutáneos que son normalmente no dolorosos, firmes y de 1 cm o menos de diámetro. En el 95% de estos pacientes el factor reumatoide es positivo. Estos nódulos tienden a ocurrir en puntos de contacto y de presión, como pueden ser la base de los codos y la zona sobre los tendones. En algunos casos puede requerirse operar los nódulos debido a la propensión a que la piel se lastime o se infecte cuando estos nódulos estén en áreas de fricción y flexión, como puede ocurrir en los codos.

Mucosas

En el 30% de los pacientes con AR puede haber resequedad de la mucosa oral y ocular, por baja producción salival y lacrimal (síndrome de Sjögren secundario). Estos pacientes pueden tener caries, gingivitis, pérdida de piezas dentales y llegar a requerir implantes.

A nivel ocular, el paciente puede manifestar sentir “como arenilla” y, además, la baja producción lacrimal puede exponer e inflamar las capas superficiales y la conjuntiva, pudiendo llegar esto hasta la ulceración y la destrucción de las capas de tejido de la córnea. Para tratar esto, se debe utilizar lubricación artificial. Los

cambios de los ojos ocurren en pacientes que lleven al menos 10 años de enfermedad. Pero los pacientes que son positivos tanto al factor reumatoide como a una segunda prueba específica para la AR (la determinación de anti CCP –péptido cíclico citrulinado–) tendrán una mayor tendencia de desarrollar enfermedad ocular más agresiva. Por ello, los pacientes con AR deben tener una evaluación oftalmológica anual, incluyendo fondo de ojo (como ocurre en los pacientes diabéticos o en los hipertensos); para la realización de esta evaluación, debemos advertir a los pacientes que vayan acompañados, ya que la misma requiere de dilatación de la pupila.

Pulmones

A nivel pulmonar, una de las complicaciones más temidas (en el 2 al 3% de los pacientes afectados con AR) es la fibrosis intersticial. En esta, el intersticio alveolar se endurece y no le permite al alveolo expandirse, lo que lleva a un compromiso respiratorio.

En estos pacientes los factores reumatoideos en sangre suelen ser positivos. Además, se ha encontrado algunos casos en que la manifestación pulmonar –la fibrosis intersticial– puede preceder a la esquelética (del 1 al 3% de pacientes con AR, muchos de los cuales son hombres). También, en forma preventiva y como parte de la evaluación, se debe realizar una radiografía de tórax al año y, de haber síntomas como tos o baja tolerancia al ejercicio, se puede hacer, como siguiente paso, una tomografía computarizada.



Radiografía de fibrosis pulmonar por artritis reumatoide.

Sistema hematológico

En los pacientes afectados por AR durante muchos años podríamos encontrar en el hemograma una disminución de los leucocitos y de los neutrófilos, con esplenomegalia y propensión a infecciones serias y a la formación de úlceras en las piernas.

En un 1% de los pacientes puede verse una forma de leucemia indolente y crónica (leucemia linfocítica granular grande). Debemos destacar que los pacientes de AR tienen 2 a 3 veces más posibilidades de tener linfoma non-Hodgkin que está relacionado con la actividad de enfermedad agresiva. En ese sentido, el médico reumatólogo tiene que balancear riesgos y beneficios en los tratamientos a implementar. Como existe un mayor riesgo de linfoma, debemos aclararle al paciente que este aumento es por la AR. En el seguimiento se requiere hacer un monitoreo de pruebas de sangre en forma mensual o trimestral, a lo largo de su tratamiento.

Vasculares

La vasculitis reumatoide es otra de las manifestaciones sistémicas de una AR de muchos años (de 10 años o más) en pacientes con factores de sangre positivos. Esta vasculitis tiende a verse en la base de las uñas, existiendo el riesgo de que esta progrese a una ulceración. Al examen físico debemos evaluar y considerar estos cambios.

Sistema nervioso

A nivel neurológico, en pacientes con AR, el problema más común son las neuropatías por entrapamiento nervioso debido a deformidades. Entre ellas, están el entrapamiento de los nervios ulnar y mediano en la mano. El entrapamiento del nervio mediano es conocido como síndrome de túnel carpal. Se debe realizar una prueba de conducción nerviosa y determinar el grado de alteración (en una gradación de leve, moderado o severo). De haber cambios moderados a severos, se puede contemplar la posibilidad de consultar a un cirujano de mano. Asimismo, a nivel del codo la lesión más característica es a nivel del nervio ulnar.

Riñones


Si bien no se solía considerar un compromiso renal en los pacientes con AR, en los últimos años el Colegio Americano de Reumatología ha alertado sobre un

aumento de pacientes de AR con compromiso o manifestación renal. Aunque la glomerulonefritis es una posibilidad, sigue siendo una manifestación rara.

Comentario

En el caso de AR estamos frente a una enfermedad con manifestaciones extra articulares. Se trata de una enfermedad inflamatoria sistémica que requiere una evaluación profunda, detallada y específica. La evaluación del paciente con AR puede ser multidisciplinaria, incluyendo a los siguientes médicos: radiólogo, oftalmólogo, cardiólogo, neumólogo, fisiatra, ortopeda, dentista y neurólogo, entre otros.

Hoy en día, las guías nos piden que identifiquemos el riesgo de enfermedad en sus etapas tempranas y que el tratamiento se empiece a tiempo para tener la ventaja de un mayor impacto en la calidad de vida del paciente.

Los tratamientos de hoy son bastante seguros y específicos. De esta manera, con el advenimiento de los nuevos medicamentos que nos permiten modificar el comportamiento del sistema inmune, podemos lograr un mejor control y brindarle al paciente la ventaja de cuidar y preservar una función que le permita mantenerse independiente y útil. 

Referencias

- J O'Dell MD, J Imboden MD, L Miller MD. Rheumatoid Arthritis Chapter 15. Current Diagnosis and Treatment 3rd Edition. 2013, Pp 149-155. [MHID 0-07-163805-9] Mc Graw-Hill Companies.
- Hockberg MC, Johnston SS, John AK. The incidence and prevalence of extra-articular and systemic manifestations in a cohort of newly diagnosed patients with rheumatoid arthritis between 1999-2006. Curr Med Res Opin 2008; 24:469 [PMID:18179735].