

ARTRITIS REUMATOIDE



ARTRITIS REUMATOIDE



Información actualizada
para pacientes y familiares

Con colaboración de:



IURAMI03810



Artritis reumatoide

Información para pacientes y familiares

Editor: Dr. Manuel Romero Jurado



AUTORES Y REVISORES:**Dr. Manuel Romero Jurado***Facultativo Especialista de Reumatología, Complejo Hospitalario de Jaén,
Asesor Médico de la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis)***Dr. Pablo Stajnsznajder***Redactor médico y especialista en divulgación en ciencias de la salud,
Letramédica***Dr. Adolfo Cassan***Redactor médico y especialista en divulgación en ciencias de la salud,
Letramédica***Antonio Ignacio Torralba***Presidente de la Asociación Madrileña**de Personas con Artritis Reumatoide (AMAPAR)**Presidente de la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis)*

© Copyright 2010 ConArtritis
Reservados todos los derechos.

Impreso en España.

Depósito legal: **FALTA**

ISBN: 978-84-693-1560-6

Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis)

c/ Cea Bemúdez, 14 B 2º A. 28003 Madrid

Tel.: 915 352 141 902 013 497

<http://www.conartritis.org/>

Edita: Letramédica SCP

c/ Pau Clarís, 105. 08009 Barcelona

Correo electrónico: 19515psh@comb.cat

Director de proyecto: Dr. Pablo Stajnsznajder

Coordinación: Dr. Adolfo Cassan

Producción: Luis Alcina

Diseño y maquetación: Carme Pont

Programa Comparte

El «Programa **Comparte**» es una iniciativa de UCB Pharma dirigida específicamente a las personas con artritis reumatoide y sus familiares. Su objetivo es colaborar en proyectos que les faciliten el acceso a la información y la formación recomendables para afrontar la enfermedad de forma positiva y mejorar su calidad de vida.

Esta obra, proyectada y encargada por la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis), se enmarca claramente dentro de los objetivos antes referidos y se ha podido hacer realidad gracias a una beca no restrictiva del Programa **Comparte**.

Este libro será distribuido por el personal sanitario y asistencial que atiende a personas con artritis reumatoide y por la propia ConArtritis. La información que aquí se brinda pretende complementar la que ofrecen los profesionales sanitarios y en ningún caso reemplazarla. Por la misma razón, si la lectura de este libro generase algún tipo de duda, el lector debería remitirse a ellos con el fin de aclararla.

SUMARIO

Sobre la necesidad de este libro	5
Prólogo del editor	7
¿Qué es la artritis reumatoide?	9
Síntomas	25
Complicaciones y trastornos asociados	47
Evolución	57
Diagnóstico y pronóstico	63
Tratamiento	71

SOBRE LA NECESIDAD DE ESTE LIBRO

La artritis reumatoide es una enfermedad que afecta a todos los ámbitos de la vida –los personales, familiares, laborales, de ocio...– de las personas que la padecemos y de nuestras familias, y no siempre sabemos afrontarla de forma adecuada debido al gran desconocimiento social que hay sobre la enfermedad.

Llevo muchos años viviendo y conviviendo con la artritis reumatoide, y como representante de una asociación de pacientes he contactado con muchas personas con artritis reumatoide. Por eso puedo decir que para nosotros es importante tener información desde el inicio de la enfermedad: una información que responda a nuestras dudas, de forma que sepamos qué aspectos de la enfermedad son relevantes y, por tanto, debemos tener en cuenta.

No olvidemos que el conocimiento aumenta la adherencia al tratamiento, mejora la confianza en la labor de los especialistas y nos permite transmitir de forma más adecuada a nuestro entorno familiar y laboral qué nos ocurre y qué necesidades tenemos. Ello nos permitirá seguir desarrollándonos de forma activa y mantener nuestra calidad de vida.

Antonio Ignacio Torralba
Presidente de la Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis)

PRÓLOGO DEL EDITOR

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por una inflamación de las articulaciones, aunque también puede afectar a otros órganos. Si no se trata de forma correcta, puede deparar una incapacidad laboral permanente, una importante pérdida de la calidad de vida y un acortamiento medio de la supervivencia de unos cinco años.

En España, según el estudio Episer, cerca del 0,5% de la población padecería de artritis reumatoide, es decir, entre 200.000 y 250.000 personas. Aunque en los últimos años la incidencia de esta enfermedad no se ha modificado, sí se ha producido un incremento en su diagnóstico, sobre todo debido a los avances en el campo de la reumatología, en particular el desarrollo de nuevas pruebas diagnósticas y la creación de las llamadas Consultas de Artritis de Reciente Comienzo (CARC). Por fortuna, también ha mejorado notablemente el pronóstico de esta enfermedad, y no sólo porque los pacientes se diagnostican y tratan antes, sino también porque actualmente se dispone de tratamientos más eficaces.

Uno de los grandes problemas a los que se enfrenta el paciente con artritis reumatoide es el desconocimiento de su enfermedad. Durante

el ejercicio de mi profesión, he constatado que cuando comunico a un paciente que sufre una enfermedad crónica, agresiva y con importantes consecuencias para su vida, como es el caso de la artritis reumatoide, éste reacciona inicialmente con alarma y ansiedad, pues es natural que el ser humano responda con miedo y angustia ante lo desconocido. Sin embargo, conforme le explico con más detalle en qué consiste su enfermedad, observo que se tranquiliza y crece su interés por conocer más sobre la misma.

En la era de la información, donde el conocimiento es global y muy cercano, nos vimos en la necesidad de trabajar en este sentido para las personas con artritis reumatoide y sus familias. La Coordinadora Nacional de Artritis (ConArtritis), gracias a la beca que nos ofreció el Programa Comparte de UCB Pharma, me propuso editar un libro monográfico sobre la artritis reumatoide que tuviese como fin informar al paciente y su familia, de forma sencilla y clara, sobre los aspectos más importantes relativos a la enfermedad.

El libro que tenemos en las manos pretende ser cercano a las personas con artritis reumatoide: explica en qué consiste, cuáles son sus causas, sus factores pronósticos y sus síntomas, y alerta sobre la importancia del diagnóstico y el tratamiento precoces. Pero lo más importante es que ayudará a que las personas con artritis reumatoide y sus familiares tomen conciencia de la realidad de la enfermedad, colaboren con el reumatólogo y los demás profesionales sanitarios involucrados y se beneficien de la atención integral que merecen: la que les garantizará una mejor preservación de su calidad de vida.

Dr. Manuel Romero Jurado
*Facultativo Especialista de Reumatología,
Complejo Hospitalario de Jaén.
Asesor Médico de la Coordinadora Nacional de Artritis*

¿QUÉ ES LA ARTRITIS REUMATOIDE?

■ Generalidades

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica, de naturaleza autoinmune, caracterizada por manifestaciones en las articulaciones (como dolor, tumefacción y rigidez) y la presencia de síntomas generales (como cansancio, sensación de malestar, fiebre ligera, inapetencia y pérdida de peso corporal). Además, con el paso del tiempo es común la aparición de algunas manifestaciones extraarticulares, es decir, que afectan a sectores del organismo no relacionados con las articulaciones (como la piel, los vasos sanguíneos, el corazón, los pulmones, los ojos y la sangre). En las fases avanzadas, y en ausencia de tratamiento, la enfermedad puede causar importantes limitaciones físicas y un marcado deterioro de la calidad de vida.

La AR es mucho más frecuente en el sexo femenino que en el masculino y en general aparece en personas adultas mayores, aunque hay que tener en cuenta que puede iniciarse en cualquier etapa de la vida y afectar a cualquier persona, con independencia de la raza, el sexo y los hábitos de vida.

La evolución de la AR está ligada a la inflamación articular y es muy variable. En algunas personas, cesa de forma espontánea. Sin embargo, en la mayoría de los casos evoluciona durante muchos años, incluso de por vida, siendo característica la alternancia de períodos de exacerbación sintomática («brotes sintomáticos»), que suelen durar unas cuantas semanas o unos pocos meses, con períodos de calma relativa o absoluta.

Sin el tratamiento oportuno, los brotes sintomáticos tienden a ser más frecuentes y duraderos, hasta provocar una progresiva limitación de la movilidad articular y la aparición de ciertas deformidades esqueléticas características. Por ello, en ausencia de tratamiento, lo más habitual es que la AR depare un importante deterioro de la capacidad funcional y la calidad de vida.

El tratamiento de la AR consiste en una serie de medidas generales relacionadas con el estilo de vida, fundamentalmente con el reposo y el ejercicio, junto con una terapia farmacológica en la que se emplea una amplia gama de medicamentos. Además, en algunas situaciones se recurre a la cirugía para reducir el dolor, ampliar la movilidad o corregir una deformidad esquelética.

Lamentablemente, aún no se dispone de un tratamiento que permita curar la enfermedad. Sin embargo, en conjunto, las medidas terapéuticas disponibles no sólo permiten aliviar los síntomas, sino también mejorar de forma muy notable el pronóstico, lo que supone un impacto muy positivo en la calidad de vida de los afectados.

Diagnóstico precoz y controles médicos periódicos

Los mejores resultados terapéuticos se consiguen cuando se procede a un diagnóstico precoz y se establece el tratamiento en las fases iniciales de la enfermedad.

Las personas afectadas deben acudir a los controles médicos periódicos que se programan con el propósito de vigilar la evolución de la enfermedad y respetar de manera rigurosa las indicaciones impartidas por los facultativos.

Las enfermedades autoinmunes

Las enfermedades autoinmunes constituyen un nutrido grupo de trastornos en los que, por razones aún no bien esclarecidas, el sistema inmunitario, encargado de la defensa del organismo, reacciona contra tejidos del propio cuerpo a los que identifica erróneamente como extraños, como si representaran una amenaza.

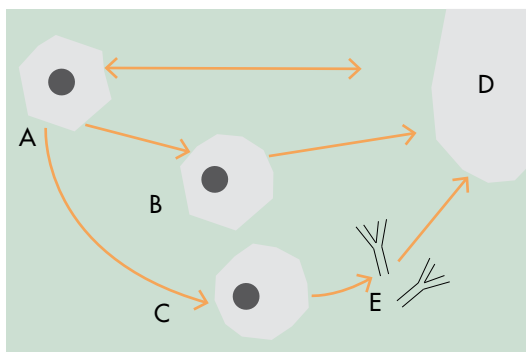
Algunas enfermedades autoinmunes son «específicas de órgano», porque afectan a una estructura corporal determinada, por ejemplo la piel o la mucosa respiratoria, mientras que otras son «sistémicas», pues las lesiones que causan involucran al conjunto del organismo. La AR corresponde a esta última categoría, ya que el blanco de los ataques autoinmunes es el tejido conectivo, un tejido que cumple básicamente una función de sostén y que, por lo tanto, se encuentra presente en prácticamente todas las estructuras orgánicas, incluidas las articulaciones.

Células defensivas y anticuerpos

El sistema inmunitario tiene como objetivo proteger al organismo de elementos que representan una amenaza, como son los microorganismos o las células tumorales.

Entre los diversos componentes que forman parte del sistema inmunitario, destacan los glóbulos blancos o leucocitos, que circulan por la sangre y se distribuyen por los distintos tejidos para ejercer una «vigilancia» cons-

Cómo actúan las células defensivas



Algunas células defensivas (A) se encargan de detectar e identificar los elementos extraños (D), como microorganismos y células tumorales, y emiten las señales oportunas para que otras células defensivas (B) los ataquen directamente y otras (C) fabriquen y secreten anticuerpos (E) para neutralizarlos.

tante: si detectan la presencia de un elemento potencialmente peligroso, intentarán eliminarlo poniendo en marcha diversos mecanismos.

Existen distintos tipos de leucocitos, y cada uno de ellos actúa de diferente manera. Algunos se especializan en la detección de presuntos elementos extraños; otros son capaces de atacar a éstos directamente, y aun hay otros que se encargan de fabricar anticuerpos, unas proteínas que tienen la capacidad de neutralizar o inactivar los elementos previamente detectados e identificados como extraños.

La inflamación

La inflamación es la reacción defensiva fundamental que pone en marcha el sistema inmunitario ante una amenaza. Se trata de una reacción muy compleja, ya que conlleva la participación de numerosos mecanismos y elementos.

Pese a su complejidad, la reacción inflamatoria puede explicarse de forma esquemática. En primer lugar, las células defensivas detectan la presencia de elementos extraños. En segundo lugar, emiten las señales oportunas para que los vasos sanguíneos de la zona se dilaten y para que otras células defensivas ataquen a aquéllos, ya sea de forma directa o bien mediante la fabricación y liberación de anticuerpos a la circulación sanguínea.

La dilatación de los vasos sanguíneos de la zona favorece la llegada de un mayor número de células y elementos defensivos, como los anticuerpos referidos. Pero también implica la llegada de un mayor flujo de líquido, que se acumula en la zona afectada y da lugar a la propia inflamación, además de ejercer presión sobre las terminaciones nerviosas sensitivas, lo que a su vez genera la característica sensación de dolor.

Así pues, el aumento del flujo sanguíneo y la acumulación local de líquido son responsables de las cuatro manifestaciones características de la inflamación en la zona afectada: tumefacción, dolor, enrojecimiento e incremento de la temperatura.

Los autoanticuerpos

En los trastornos autoinmunes, por razones aún no esclarecidas, las células defensivas no sólo desencadenan procesos inflamatorios inoportunos y a menudo persistentes, sino que también fabrican unos anticuer-

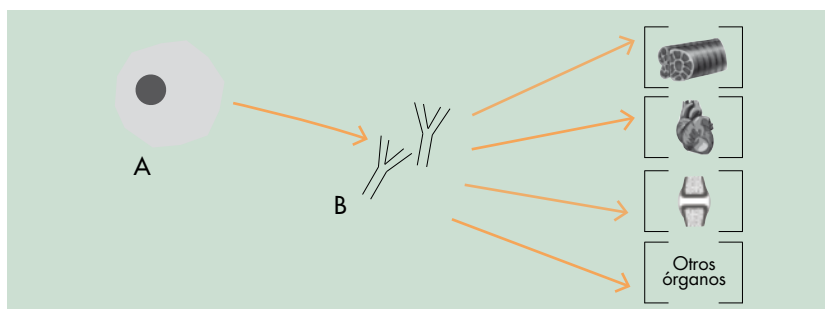
pos «desorientados», denominados «autoanticuerpos», que reaccionan contra tejidos propios del organismo. Estos autoanticuerpos, junto a los procesos inflamatorios repetidos y persistentes, son los causantes de las lesiones características de los trastornos autoinmunes.

La identificación y valoración de estos autoanticuerpos, que se lleva a cabo mediante pruebas específicas en análisis de sangre, constituye uno de los aspectos más importantes que los médicos tienen en cuenta a la hora de establecer el diagnóstico, controlar la evolución e incluso perfilar el pronóstico de la AR. Entre estos autoanticuerpos, los mejor conocidos y más utilizados son el factor reumatoide (FR) y los anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados (anti-CCP).

En los últimos años se ha producido un gran avance en el conocimiento de los mecanismos y elementos involucrados en los procesos inflamatorios de los trastornos autoinmunes. En relación con la AR, se ha visto que una proteína conocida como «TNF» desempeña un papel esencial en la iniciación y perpetuación de la inflamación articular.

Ello ha permitido desarrollar unos nuevos medicamentos, los «fármacos biológicos», muchos de los cuales actúan específicamente contra el TNF. Últimamente, estos fármacos se han incorporado al arsenal terapéutico que se utiliza en el tratamiento de la AR y, gracias a ello, se ha conseguido una notable mejora en el pronóstico de la enfermedad.

Cómo actúan los autoanticuerpos



En los trastornos autoinmunes, algunas células defensivas (A) actúan de forma inadecuada fabricando y secretando autoanticuerpos (B), es decir, anticuerpos que actúan contra órganos del propio cuerpo, como los músculos, el corazón, las articulaciones u otras estructuras.

Anatomía de las articulaciones

Las articulaciones son las estructuras que conectan los huesos entre sí y proporcionan el necesario grado de movilidad y estabilidad a los distintos segmentos esqueléticos. Algunas son fijas, pero la mayoría son más o menos móviles.

Las articulaciones móviles, que son las que se afectan en la AR, están formadas por los extremos de dos o más huesos y por otros componentes no menos importantes, como son el cartílago articular, la cápsula articular y la membrana sinovial.

Los huesos

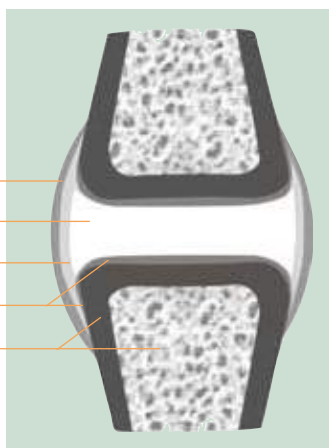
Los huesos constituyen el elemento básico de la articulación. La forma de los extremos óseos varía en cada articulación. Es precisamente la correspondencia de estos extremos óseos, es decir, su encaje, lo que condiciona la movilidad de los segmentos esqueléticos involucrados.

El cartílago articular

Las superficies óseas no contactan directamente entre sí, sino que están tapizadas por una capa de tejido elástico, el cartílago articular, que evita las fricciones y el consiguiente desgaste. En las articulaciones grandes, como las rodillas y las caderas, el cartílago articular tiene

Principales componentes de una articulación móvil

- Cápsula articular
- Líquido sinovial o articular
- Membrana sinovial
- Cartílago articular
- Hueso



unos 3-4 mm de grosor, mientras que en las articulaciones pequeñas de los dedos sólo alcanza una fracción de milímetro.

La cápsula articular

La cápsula articular es una envoltura que, a modo de saco, engloba toda la articulación. Está formada por dos membranas: una externa, que es fibrosa y resistente, y una interna, que es más blanda y se denomina «membrana sinovial». La membrana fibrosa está firmemente unida a los huesos que se vinculan en la articulación y proporciona estabilidad a la estructura. En algunos sectores, las fibras que componen este tejido forman unas bandas, los ligamentos, que se fijan a los huesos y garantizan la estabilidad referida.

La membrana sinovial

La membrana sinovial tapiza la superficie interna de la cápsula articular y tiene la misión de fabricar un fluido viscoso, el líquido sinovial o articular, que rellena la cavidad articular y actúa como un lubricante que reduce el roce entre las estructuras de la articulación. Además, la membrana sinovial contiene células inmunitarias y, por lo tanto, tiene un papel destacado en la defensa de la articulación; por la misma razón, es en la membrana sinovial donde se producen las reacciones inflamatorias.

■ La lesión articular en la AR

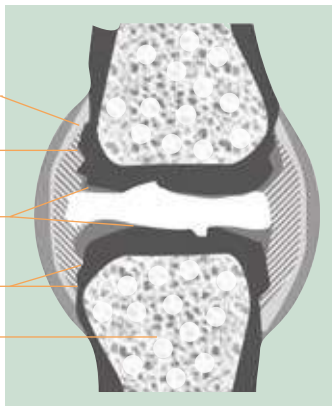
Las lesiones articulares de la AR se producen a consecuencia de la artritis, es decir, la inflamación articular. El tejido que protagoniza las alteraciones iniciales es la membrana sinovial que tapiza el interior de la cápsula articular. La inflamación de la membrana sinovial se denomina «sinovitis».

La sinovitis aguda se caracteriza por la proliferación y acumulación de diversos tipos de células inmunitarias y la producción excesiva de líquido sinovial. La sinovitis aguda es la causante de los síntomas y manifestaciones típicos de las fases iniciales de la AR.

Con el paso del tiempo, la sinovitis se hace crónica. Como consecuencia de ello, la membrana sinovial se engrosa y en su espesor se va formando un nuevo tejido, parecido a una cicatriz e invasor, conocido

Articulación con artritis reumatoide

- Inflamación de la membrana sinovial
- Formación de tejido invasor (*pannus*)
- Destrucción del cartílago articular
- Erosiones óseas
- Osteoporosis



como *pannus*. El *pannus* va creciendo poco a poco hacia el interior de la articulación hasta afectar al cartílago articular.

Si la enfermedad no se detiene, al cabo de un tiempo el *pannus* acaba infiltrándose en el cartílago articular, e incluso puede lesionar los extremos óseos de la articulación provocando erosiones y osteoporosis (es decir, pérdida de densidad del tejido óseo). En estas fases avanzadas de la enfermedad, las lesiones articulares originan rigidez y deformaciones articulares.

Las enfermedades reumáticas

Las enfermedades reumáticas constituyen un amplio grupo de trastornos que afectan de manera genérica al aparato locomotor (compuesto básicamente por los huesos, los músculos, los tendones y las articulaciones) y que no se producen a consecuencia de un traumatismo. Este grupo de enfermedades incluye a la AR y a otros trastornos autoinmunes que afectan al tejido conectivo.

Algunas enfermedades reumáticas, como la AR, cursan con artritis o inflamación articular. Otras afectan exclusivamente a los huesos, como ocurre en la osteoporosis. Y otras se deben a un proceso degenerativo producido por el desgaste del cartílago articular, como sucede en la artrosis, sin duda la dolencia reumática más frecuente.

Principales enfermedades reumáticas

Enfermedades inflamatorias del tejido conectivo

- Artritis reumatoide
- Lupus eritematoso sistémico
- Síndrome antifosfolípido
- Esclerosis sistémica (esclerodermia)
- Miopatías inflamatorias idiopáticas
- Síndrome de Sjögren
- Síndrome de superposición del tejido conectivo
- Vasculitis

Espondiloartropatías inflamatorias

- Espondilitis anquilosante
- Artritis psoriásica
- Artritis reactiva
- Artritis enteropáticas (colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn)
- Espondilartropatías indiferenciadas

Enfermedades reumáticas de la infancia

Artropatías microcristalinas

- Gota
- Enfermedad por depósitos de pirofosfato cálcico
- Enfermedad por depósito de hidroxapatita
- Otras enfermedades microcristalinas

Enfermedades reumáticas relacionadas con agentes infecciosos

Manifestaciones articulares de los procesos tumorales

Artrosis

Enfermedades del metabolismo óseo

- Osteoporosis
- Osteomalacia
- Enfermedad de Paget

Enfermedades hereditarias del tejido conectivo

Reumatismos de partes blandas

- Locales: tendinitis, hombro doloroso
- Generalizados: fibromialgia

El «reuma» y las «enfermedades reumáticas»

El término «reuma», utilizado desde antiguo para referirse de manera global a las que designamos actualmente como «enfermedades reumáticas», realmente no tiene un significado definido en la medicina moderna.

El vocablo «reuma», que significa «flujo» en griego antiguo, se empleaba en el contexto de la denominada «teoría de los humores», cuando se creía que estas enfermedades se producían a consecuencia de la llegada de un flujo de humor o líquido a las articulaciones, provocando su inflamación.

Hoy en día, los especialistas prefieren no utilizar el término «reuma» debido a su falta de precisión, aunque sí se siguen utilizando tanto el de «enfermedades reumáticas» antes referido, como el de «reumatólogo», entendiéndose como tal al médico especializado en la atención de pacientes que padecen este tipo de enfermedades.

■ Diferencias entre la AR y la artrosis

La artrosis y la AR son enfermedades reumáticas muy frecuentes, sobre todo la primera, y algunas de sus manifestaciones son similares, lo que puede generar confusiones y malentendidos. Sin embargo, el origen, la evolución y el tratamiento de ambos trastornos son muy distintos.

Es conveniente que las personas con AR conozcan estas diferencias, puesto que ello ayudará a evitar supuestos, a entenderse mejor con el equipo asistencial e incluso a controlar de manera más eficaz la enfermedad.

Diferencias en las causas

La AR es una enfermedad inflamatoria que afecta primariamente a la membrana sinovial, mientras que la artrosis es una patología no inflamatoria, pues corresponde a un trastorno degenerativo del cartílago articular.

Diferencias en los factores de riesgo

Ambos trastornos comparten algunos factores de riesgo, es decir, circunstancias que favorecen la aparición y la evolución de la enfermedad: el

sexo femenino (ambos trastornos son mucho más frecuentes en las mujeres que en los varones), la predisposición genética (que es particular y distinta en cada trastorno), la menopausia y la obesidad. No obstante, otros factores de riesgo son bien distintos. Así, actualmente se considera que el tabaquismo, el estrés y las infecciones podrían contribuir a la aparición y progresión de la AR, mientras que en la artrosis son importantes la ocupación y la actividad profesional, puesto que la actividad física intensa, la realización de movimientos repetitivos y la sobrecarga de las articulaciones favorecen el desgaste del cartílago articular.

Diferencias en la frecuencia

Según datos epidemiológicos de España, la AR sólo afecta al 0,5% de la población adulta, en tanto que la artrosis es mucho más frecuente: se estima que la padece alrededor del 24% de la población.

Diferencias en las lesiones

En la AR, las lesiones son provocadas por la inflamación y no sólo se desarrollan en las articulaciones, sino que a menudo afectan también a otros órganos y tejidos, como los pulmones, el corazón, la piel y los ojos. En la artrosis, en cambio, las lesiones sólo se producen en las articulaciones y no son de naturaleza inflamatoria.

Diferencias en las articulaciones afectadas

En la AR, las articulaciones más comúnmente lesionadas son las de las extremidades (en particular, las de los dedos de manos y pies, los tobillos, las rodillas, los hombros y los codos), que, además, suelen afectar de forma simétrica a ambos lados del cuerpo. En la artrosis, en cambio, las articulaciones afectadas con mayor frecuencia son las rodillas y las caderas, que por lo general no se afectan de forma simétrica (o por lo menos con similar intensidad) a ambos lados del cuerpo.

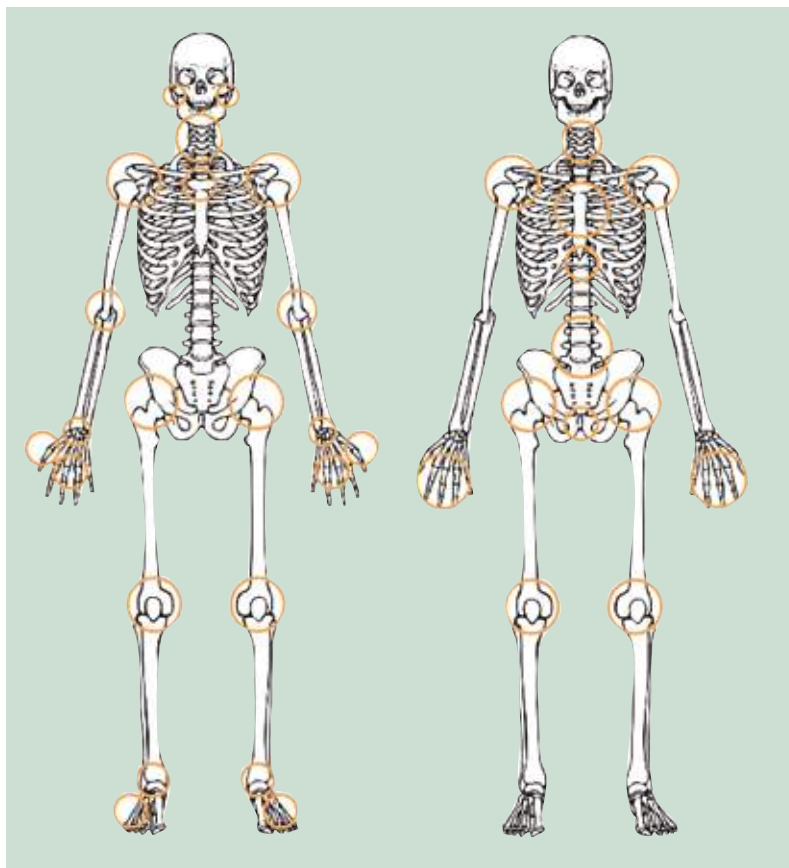
Diferencias en los síntomas y en la evolución

La AR suele evolucionar en forma de brotes sintomáticos en los que las articulaciones afectadas están inflamadas, duelen y presentan cierto grado de rigidez y dificultad de movimiento. El dolor suele durar toda la jornada, aunque tiende a intensificarse durante la noche y con el reposo. En cuanto a la rigidez, suele ser generalizada, es más intensa al levantarse y por lo general dura más de media hora. Además, son frecuentes los síntomas generales, como fiebre ligera, malestar, cansancio, inapetencia y pérdida de peso corporal.

Articulaciones afectadas en la AR y en la artrosis

Artritis reumatoide

Artrosis



En la artrosis, en cambio, el síntoma principal es el dolor articular, que suele intensificarse con la sobrecarga y el movimiento, mientras que mejora con el reposo. También es frecuente la rigidez articular, aunque ésta se limita a la articulación afectada, aparece tras un período de inactividad, suele durar menos de media hora y tiende a desaparecer con la movilización. Además, la artrosis no provoca síntomas generales.

Diferencias en el diagnóstico

En ambos trastornos se realiza un examen físico completo y se solicitan pruebas radiológicas. No obstante, para definir el diagnóstico de AR

El dolor y la rigidez articular en la AR y la artrosis		
Dolor	AR Suele durar todo el día Empeora con el reposo Hay rigidez matutina Se acentúa durante la noche	Artrosis Se acentúa con el movimiento Mejora con el reposo
Rigidez	AR Suele ser generalizada Suele durar más de 30 minutos Es más intensa al levantarse	Artrosis Sólo en la articulación afectada Suele durar menos de 30 minutos Aparece tras la inactividad Remite con la movilización

es necesario solicitar análisis de sangre y evaluar ciertos parámetros, tales como la velocidad de sedimentación globular (VSG) y el factor reumatoide, así como llevar a cabo determinadas pruebas inmunológicas.

■ ¿A quién afecta la AR?

La AR es una enfermedad relativamente frecuente. Según datos estadísticos globales, afecta al 0,3-1% de la población, lo que significa que actualmente habría en todo el planeta entre 100 y 200 millones de personas que padecen este trastorno.

Se estima que en España, según las encuestas epidemiológicas más actuales, la AR afecta aproximadamente al 0,5% de la población adulta, lo que significa que en nuestro país habría, en total, más de 200.000 personas afectadas por esta enfermedad. Además, esta cifra se incrementa de manera progresiva, pues cada año se diagnostican entre 10.000 y 20.000 casos nuevos.

La frecuencia de la AR no sólo varía entre los diversos países y regiones, sino también según el sexo y la edad. Así, el trastorno es tres veces más frecuente en las mujeres que en los varones y resulta mucho más habitual en las personas mayores que en los adultos jóvenes, situándose su edad de inicio más frecuente en los 40-60 años de edad. En consonancia con estos datos, se estima que la AR afecta a alrededor del 5% de las mujeres mayores de 55 años de edad, entre quienes la enfermedad resultaría unas 5-10 veces más frecuente que en la población general.

Pese a las precisiones apuntadas, hay que tener presente que la AR realmente puede aparecer en cualquier período de la vida, sin excluir la infancia ni la adolescencia.

Cabe matizar que la AR es más frecuente en quienes tienen cierta predisposición genética a padecerla, aunque ello no significa que los hijos y familiares de un enfermo tengan necesariamente, y por esta razón, un riesgo elevado de desarrollar la enfermedad.

También es más frecuente entre quienes presentan una proteína plasmática conocida como «factor reumatoide», que representan aproximadamente el 5% de la población general. Es por ello que la detección del factor reumatoide forma parte de los análisis que se solicitan rutinariamente para realizar el diagnóstico y controlar la evolución de la enfermedad.

■ Causas de la AR

Aún no se conocen en profundidad las causas de la AR. Lo que sí se sabe es que se trata de un trastorno autoinmune y que en su origen intervienen causas o factores genéticos, así como causas o factores no genéticos.

Factores genéticos

Los factores genéticos incrementan el riesgo de que se desarrolle la enfermedad. Las investigaciones llevadas a cabo en los últimos años apuntan a que la AR es una enfermedad «poligénica», lo que significa que son varios los genes que estarían involucrados en su origen. En concreto, se ha identificado la existencia de ciertos alelos (es decir, variaciones estructurales en los genes) que, por mecanismos muy diversos y complejos, podrían predisponer al desarrollo de AR.

La lista de los alelos o variaciones genéticas que se han implicado en el origen de la AR es extensa, pero se ha constatado que algunos de ellos tienen un papel importante como «marcadores» de la enfermedad. Esto significa que pueden utilizarse para establecer el riesgo de aparición de la AR, para realizar el propio diagnóstico de AR e incluso para perfilar el pronóstico. Éste es el caso del denominado «epítotope compartido» (EC), cuyos portadores tienen un riesgo 2,5-4,5 veces superior de desarrollar la enfermedad y que, de hecho, está presente en el 80% de las personas ya afectadas de AR.

Antecedentes familiares y AR

Las personas con antecedentes familiares de AR tienen más posibilidades de desarrollar la enfermedad, aunque ello no significa que necesariamente vayan a padecerla.

Se estima que, en conjunto, todos los factores genéticos se responsabilizarían del 60% de la causalidad de la AR. Ello explicaría por qué la AR es más frecuente en algunas familias, en algunas regiones e incluso en algunos países.

Antecedentes de AR en la familia

En concordancia con lo expuesto, se considera que los antecedentes familiares de AR (en concreto, el hecho de que padres, abuelos, hermanos o familiares cercanos de una persona hayan padecido o padezcan esta enfermedad) constituyen un factor de riesgo a tener en cuenta.

Ello no obstante, conviene insistir en que los factores genéticos sólo son «predisponentes», y no determinantes, lo que significa que una persona portadora de algún rasgo genético que potencialmente favorezca el desarrollo de AR no necesariamente acabará por desarrollar la enfermedad.

Factores no genéticos

Los factores no genéticos tampoco se conocen bien. Los más relevantes son las infecciones, las hormonas femeninas, el tabaquismo, el estrés, la obesidad y el tipo de alimentación.

Infecciones

Se ha postulado que las infecciones por diversos virus o bacterias podrían desencadenar la enfermedad o agravar su curso. Esta teoría se basa en que en algunas ocasiones la AR se ha presentado como lo hacen los brotes epidémicos, y también en que en décadas pasadas, cuando no se adoptaban tantas medidas higiénicas para prevenir las infecciones, la enfermedad era más frecuente, en particular entre las personas que habían recibido transfusiones sanguíneas. Esta teoría no ha sido demostrada, aunque es probable que en el futuro se encuentre una explicación más consistente al respecto. En cualquier

caso, debe quedar claro que la AR no es una enfermedad contagiosa que se pueda transmitir directamente de persona a persona.

Hormonas femeninas

Al parecer, las hormonas femeninas, en particular los estrógenos, ejercerían una cierta protección frente a la AR, pues se ha constatado que tanto el consumo de anticonceptivos como el embarazo disminuyen el riesgo de que se desarrolle la enfermedad e incluso reducen o retrasan sus manifestaciones. En cambio, en el período posterior al parto y en la menopausia, cuando la actividad de estas hormonas disminuye, ocurre lo contrario.

Tabaquismo y estrés

Se ha encontrado una clara relación estadística entre el hábito de fumar y el estrés, de un lado, y el riesgo de desarrollar AR, por otro, sobre todo en las personas que presentan una predisposición genética. Por ejemplo, se ha visto que, en muchas personas, tanto las primeras manifestaciones como los brotes sintomáticos de la AR son precedidos por épocas de estrés y/o de incremento de consumo de tabaco.

Obesidad y tipo de alimentación

Se ha demostrado que la AR es más frecuente en personas obesas. Sin embargo, no se ha podido evidenciar que alguna dieta en particular tenga un efecto sobre el riesgo o el pronóstico de la AR. Con todo, se cree probable que las dietas ricas en pescado azul contribuyan a disminuir la intensidad de la inflamación articular y que una alimentación sana en general resulte beneficiosa en la prevención de esta enfermedad.

Investigaciones en curso

Actualmente los científicos investigan otros posibles factores causales de la AR tanto genéticos como no genéticos. El principal interés de estas investigaciones radica en que es muy probable que sus resultados permitan identificar factores de mayor peso y, de paso, explicar por qué ninguno de los mencionados anteriormente tiene una influencia determinante en la aparición y la evolución de la AR.

SÍNTOMAS

■ Generalidades

La artritis reumatoide tiene una forma de inicio sumamente variable, aunque algunos patrones de comienzo son más o menos característicos.

En la mayoría de los casos, los primeros síntomas que se perciben con claridad son la tumefacción, el dolor y la rigidez matutina, que denotan la existencia de un proceso inflamatorio. Por lo general, se localizan en una sola o bien en unas pocas articulaciones pequeñas (en las manos y/o en los pies) y se van intensificando a lo largo de semanas o meses.

En otros casos, estos mismos síntomas se presentan de forma brusca y acusada e incluso tan intensa que provocan una sensación de alarma en el afectado.

A menudo, las manifestaciones que reflejan la existencia de inflamación articular son precedidas durante algún tiempo por otras de carácter inespecífico, como malestar general, cansancio, fiebre ligera y pérdida de apetito. No obstante, es habitual que el afectado no les preste ma-

yor atención, no sólo por su falta de especificidad, sino también por su escasa intensidad.

Lo más característico es que en las fases iniciales la inflamación afecte sólo a una o unas pocas articulaciones de los dedos de las manos o los pies, y que dicha afectación sea simétrica, es decir, que comprometa casi por igual a ambos lados del cuerpo. Sin embargo, también es posible que las primeras articulaciones afectadas sean las más grandes, por orden de frecuencia: los tobillos, las rodillas, los hombros, los codos, las muñecas o las caderas.

Aunque es mucho menos habitual, también puede ocurrir que al inicio la inflamación sea asimétrica, es decir, que afecte a una o unas pocas articulaciones de un solo lado del cuerpo, o incluso que adopte un patrón más irregular, o sea, que comprometa a algunas de un lado y a otras del otro.

Sea cual sea el patrón inicial de la inflamación articular, la tendencia típica es que con el paso del tiempo se acaben afectando varias articulaciones (lo que se conoce como afectación «poliarticular»), y que esto ocurra de forma simétrica, a ambos lados del cuerpo.

Por último, en contadas ocasiones el trastorno se inicia con una manifestación extraarticular, lo que expresa el compromiso de otras estructuras. Por ejemplo, alguna vez la primera manifestación de la AR corresponde a la aparición de un «nódulo reumatoide» (bulto indoloro que se forma bajo la piel, sobre todo en los codos, las rodillas u otras zonas de fricción), una pericarditis (inflamación del manto que recubre el corazón) o una pleuritis (inflamación de la cubierta de los pulmones). No obstante, conviene recalcar que las manifestaciones extraarticulares se suelen presentar cuando la enfermedad ya está bien establecida.

■ Las manifestaciones articulares

Las manifestaciones articulares son consecuencia de la inflamación articular y de las lesiones que ésta origina a medio y largo plazo. Las más importantes y características de la AR son las antes referidas: la tumefacción, el dolor y la rigidez matutina. No obstante, también cabe mencionar otras que no siempre están presentes o bien no suelen resul-

Tumefacción, dolor y rigidez matutina

La tumefacción, el dolor y la rigidez matutina constituyen la expresión más característica de la enfermedad y, salvo en algunos casos iniciales, afectan a todas las personas con AR, aunque con notables variaciones en lo que respecta a su localización, intensidad y evolución.

tar tan pronunciadas, como el ligero calentamiento en la piel que recubre las articulaciones afectadas o, más raramente, el enrojecimiento de la zona.

La tumefacción

La tumefacción articular, propio reflejo de la inflamación, suele advertirse a simple vista, ya que conlleva un incremento del diámetro o volumen de la articulación afectada. Esto es lo que sucede cuando la inflamación asienta en los nudillos, las muñecas, los tobillos o los codos, todas ellas articulaciones bien expuestas y visibles. Sin embargo, la tumefacción de las articulaciones profundas, como la cadera, o la de aquellas que están recubiertas por un grueso manto muscular, como los hombros, no se puede apreciar a simple vista.

El dolor

El dolor, probablemente el síntoma más molesto y acusado en las personas con AR, suele acentuarse cuando se mueve o se intenta mover la articulación afectada, pero también cuando se ejerce una presión sobre ésta, como ocurre al tocarla o al apoyarla sobre una superficie dura.

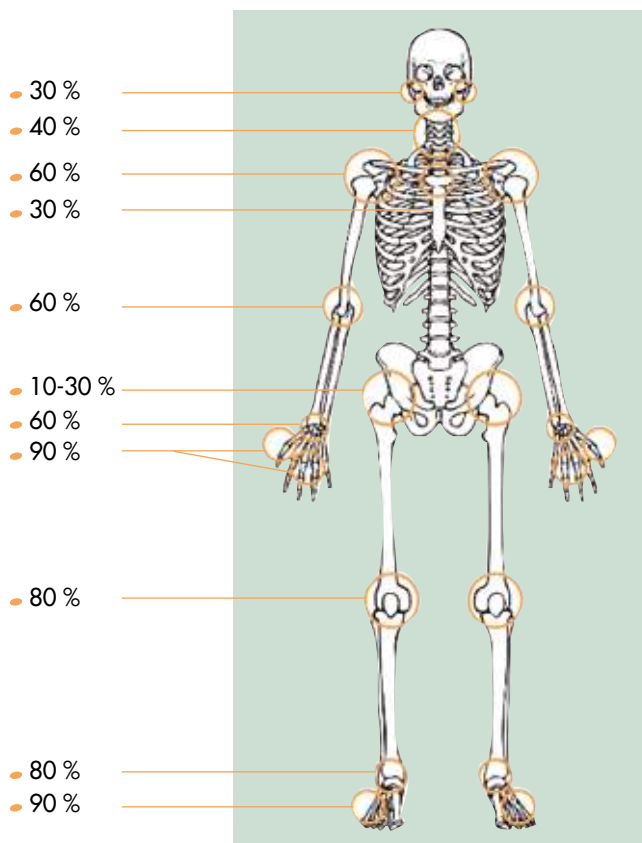
El dolor sigue la pauta de la enfermedad: disminuye o desaparece en los períodos de calma y se intensifica durante las exacerbaciones sintomáticas y en las fases avanzadas. Sin embargo, su papel en la evolución y el pronóstico de la enfermedad es mucho menos relevante que el de la inflamación que lo provoca.

La rigidez matutina

La rigidez matutina consiste en una notoria dificultad para mover la articulación afectada tras el reposo nocturno. En general, persiste durante unas cuantas horas, con un mínimo de 30 minutos. A veces es leve y se

percibe sólo como una tirantez, mientras que en otras ocasiones puede ser tan pronunciada que impida realizar cualquier tipo de movimiento con la parte del cuerpo correspondiente (por ejemplo, cerrar el puño). Paradójicamente, el movimiento y el ejercicio suelen aliviarla.

Principales articulaciones afectadas en la AR



Por orden de frecuencia, las articulaciones más afectadas son las de las manos y los pies (90%), los tobillos y las rodillas (80%), los hombros y las articulaciones acromioclaviculares (60%), los codos y las muñecas (60%), las articulaciones de la región cervical de la columna vertebral (40%), las articulaciones temporomandibulares y esternoclaviculares (30%), las caderas (10-30%) y las articulaciones cricoaritenoides (de la laringe, donde están las cuerdas vocales) (10%). En la AR no se afectan, salvo auténticas excepciones, las articulaciones de las regiones media e inferior de la columna vertebral (regiones dorsal, lumbar y sacra).

Las posiciones «viciosas»

Las posiciones o actitudes «viciosas» son posturas que adopta el afectado para evitar el dolor, como por ejemplo mantener una rodilla o un codo flexionados. Tales posiciones suponen, efectivamente, un alivio pasajero para el dolor, pero se catalogan como «viciosas» porque si se mantienen durante mucho tiempo provocan, por mera falta de uso, una progresiva debilidad y pérdida de masa de los músculos del segmento esquelético comprometido (por ejemplo, una pierna o un antebrazo), el cual, en consecuencia, queda irreversiblemente rígido y fijado en esa posición.

Evolución de las manifestaciones articulares

En ausencia de tratamiento, los síntomas suelen evolucionar de manera progresiva, alternándose períodos de exacerbación («brotes sintomáticos») con períodos de relativa calma. Sin embargo, en una minoría de los casos desaparecen de manera espontánea («remisión espontánea») o bien, por el contrario, se acentúan incesantemente y con notable rapidez.

En las fases más avanzadas, conforme las lesiones afectan al cartílago articular y los huesos, la limitación de la movilidad de las articulaciones se acentúa y aparecen las deformaciones esqueléticas. En estas fases, a diferencia de lo que ocurre en los inicios de la enfermedad, las lesiones son irreversibles, aunque a menudo tanto las limitaciones de la movilidad como las deformaciones esqueléticas pueden corregirse, hasta cierto punto, mediante diversos tipos de intervenciones quirúrgicas.

En las fases avanzadas también pueden presentarse diversas complicaciones que afectan a los tejidos vecinos, en particular los tendones (las bandas fibrosas mediante las cuales los músculos se insertan en los huesos). Las más comunes son la tendinitis (inflamación de un tendón) y la rotura de tendón.

Por fortuna, si el tratamiento se instaura en las fases iniciales del trastorno, es probable que se consiga evitar la progresión de las lesiones articulares y frenar el curso de la enfermedad, previniéndose así tanto las limitaciones de la movilidad irreversibles como las deformaciones esqueléticas.

La inflamación es más importante que el dolor

El dolor es la manifestación subjetiva que más suele preocupar a las personas con AR, puesto que puede ser muy acusado y limitar la movilidad de las articulaciones afectadas. No obstante, la manifestación más relevante en lo que respecta a la evolución y el pronóstico de la enfermedad es la tumefacción, ya que refleja directamente el grado de actividad inflamatoria que causa las lesiones articulares.

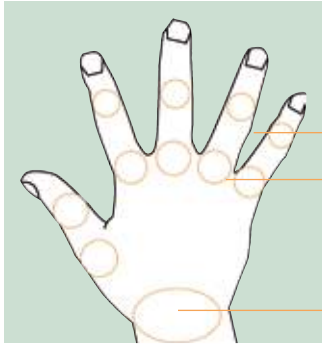
Las manos y muñecas

Las articulaciones de las manos se afectan en alrededor del 90% de las personas con AR, y a menudo son las primeras en resultar comprometidas. Las más comúnmente involucradas son las metacarpofalángicas (las de las bases de los dedos) y las interfalángicas proximales (que unen las dos primeras falanges entre sí). En cambio, es raro que se desarrollen lesiones en las interfalángicas distales (que unen la segunda y la tercera falanges de los dedos). Por su parte, las muñecas están afectadas en alrededor del 60% de las personas con AR. Como es habitual en esta enfermedad, las lesiones suelen comprometer de forma simétrica a ambas manos y muñecas.

Las articulaciones afectadas están tumefactas, lo que se puede apreciar a simple vista por el aumento del diámetro de los nudillos y la inflamación de ambas caras de la muñeca, es decir, la dorsal, que se continúa con el dorso de la mano, y la palmar, que conecta con la palma de la mano. Con todo, los síntomas más acusados son la rigidez matutina, que suele persistir durante varias horas tras el reposo nocturno; el dolor, que en ocasiones tiende a ser persistente, y la debilidad muscular.

Con el paso del tiempo, la afectación de las articulaciones de la mano comienza a dificultar notablemente la flexión de los dedos e impide la acción de cerrar el puño, una maniobra que, además, suele intensificar el dolor. También dificulta los movimientos del pulgar, sobre todo su aproximación a la palma de la mano. Por su parte, conforme la enfermedad avanza, la afectación de las muñecas entorpece tanto su flexión como su extensión.

Articulaciones de la mano afectadas en la AR



- Articulaciones interfalángicas proximales
- Articulaciones metacarpofalángicas
- Muñeca

Las manos y las muñecas forman una unidad funcional que interviene en la realización de innumerables movimientos y tareas. Por ello, su afectación suele tener un gran impacto en la vida cotidiana, ya que entorpece o incluso impide la realización de movimientos aparentemente tan sencillos como coger un objeto, asirse a una barra, abrir o cerrar un grifo, fregar los platos o escribir.

Síndrome del túnel carpiano. En las fases más avanzadas, y si no se procede al tratamiento oportuno, es muy probable que aparezcan diversas complicaciones características. Una de ellas es el «síndrome del túnel carpiano», que ocurre cuando, debido a la inflamación de la muñeca, se comprime el nervio mediano. Este hecho suele manifestarse por pérdida de sensibilidad o sensación de ardor y hormigueo en la cara anterior de los tres primeros dedos (pulgares, índice y corazón), con entumecimiento y debilidad en la mano afectada. En raras ocasiones, el síndrome del túnel carpiano aparece en las fases iniciales o incluso constituye la primera manifestación de la enfermedad.

Tendinitis. Otra complicación frecuente es la tendinitis o inflamación de los tendones, en particular los de los músculos flexores del segundo y tercer dedos. Este trastorno se suele evidenciar por una tumefacción longitudinal y la aparición de unos pequeños bultos en la palma de la mano que siguen el recorrido de los tendones afectados, así como por un dolor que se intensifica al intentar flexionar los dedos.

Rotura de tendón. También es posible que se produzca una rotura de tendón, que afecta casi siempre a los tendones de los músculos extensores de los dedos y que, aunque no produce dolor, se evidencia por la

caída de los dedos, en particular el anular y el meñique, que quedan flexionados, siendo imposible extenderlos.

Deformidades en las manos. Se estima que al cabo de tres años el 50% de las personas con AR padecen cierto grado de desviación o deformidad en las manos. La más característica es la desviación cubital, en la que todos o algunos de los dedos están rígidos y desviados hacia fuera. Otra deformidad esquelética frecuente es la que recibe el nombre de «dedo en cuello de cisne», porque la base del dedo afectado queda rígida y en extensión, mientras que la parte media de los dedos queda igualmente rígida pero en flexión. Finalmente, por mencionar otra posible deformidad, también es frecuente la que se conoce como «pulgar en zigzag», en la que este dedo está rígido y adquiere la forma de una «z».

Desviaciones en las muñecas. Por su parte, las muñecas pueden mostrar un mayor grado de desviación: hacia fuera, hacia dentro, hacia las palmas o hacia el dorso de las manos, siendo muy característico que, con independencia de ello, se aprecie el denominado «signo de la tecla» (el extremo del hueso cubital sobresale –se luxa– hacia el dorso de la muñeca, pero puede recolocarse en su sitio ejerciendo una presión sobre el mismo).

Afortunadamente, si el tratamiento se inicia en las fases iniciales del trastorno, es posible y muy probable que se puedan prevenir todas estas complicaciones y el impacto negativo que éstas suponen en la calidad de vida de las personas con AR.

■ Los pies y tobillos

Las articulaciones de los pies resultan afectadas en el 90% de las personas con AR y a menudo ya están presentes desde el inicio de la enfermedad. Las más comúnmente afectadas son las metatarsofalángicas (que unen las bases de los dedos al resto del pie), pero también pueden comprometerse las articulaciones del dorso del pie y las que unen las falanges de los dedos, en especial en el dedo gordo. En cuanto a los tobillos, también están afectados en la mayoría de las personas con AR, concretamente en el 80% de los casos. De manera característica, tanto las articulaciones de los pies como los tobillos suelen comprometerse de

Importancia de un adecuado calzado

El calzado puede desempeñar un papel muy importante en la evolución del AR en los pies, ya que si es demasiado duro incrementa el dolor en las zonas salientes, mientras que si es demasiado blando favorece el desarrollo de deformaciones.

forma simétrica, es decir, tanto en el miembro inferior izquierdo como en el derecho.

En los pies, el síntoma más característico es el dolor en la zona dorsal (la parte superior del pie), que se acentúa al apoyar el pie, al caminar y, típicamente, al ejercer una presión en ambos bordes del pie a la vez, como ocurre, por ejemplo, al ponerse un calzado ajustado. Este dolor puede acompañarse o ser sustituido por la sensación de tener unas piedrecillas o cristales presionando la planta, los bordes del pie o los dedos, en particular por las mañanas.

En cuanto a los tobillos, también es el dolor el síntoma más manifiesto, sobre todo en las fases iniciales del trastorno. Este dolor puede notarse en cualquier parte del tobillo, aunque aparece con más frecuencia en la zona delantera. Por otra parte, la inflamación del tobillo suele apreciarse a simple vista, en especial en las caras externa e interna.

El pie y el tobillo constituyen una unidad funcional que es clave para el apoyo y la movilidad del conjunto del esqueleto. Por ello, tanto el dolor como la rigidez matutina pueden traducirse en un marcado inconveniente para realizar las tareas más elementales que requieren desplazamientos, como caminar, subir y bajar escaleras o, incluso, apoyar los pies al levantarse de la cama.

Con el paso del tiempo, y en ausencia del tratamiento oportuno, tales dificultades tienden a acentuarse, no ya por la propia inflamación, sino por el desarrollo de deformaciones esqueléticas, en particular el llamado «antepié triangular»: la parte delantera del pie se ensancha, el dedo gordo se desvía hacia fuera y los demás dedos quedan rígidos en flexión (dobladados hacia abajo), siendo típico que, además, se acentúe la convexidad de la zona de apoyo de la planta.

Todo ello, sumado al roce y la fricción con el calzado, favorece la formación de callosidades en las plantas de los pies y en los bordes externos y del quinto dedo y del dedo gordo, así como una mayor predisposición a infecciones y úlceras (erosiones en la piel).

En los pies y tobillos, las tendinitis son mucho menos frecuentes que en las manos y muñecas, salvo la tendinitis del tendón de Aquiles (en la parte posterior del tobillo), que se manifiesta por el engrosamiento del tendón y un dolor que se acentúa al intentar extender el pie, dificultando la marcha.

■ Las rodillas

Las rodillas se afectan en alrededor del 80% de los casos, por lo general ya en las fases iniciales. Como es habitual en la AR, suelen comprometerse las dos rodillas a la vez, aunque no es del todo infrecuente que el trastorno se manifieste inicialmente por la inflamación de una sola rodilla.

En las fases iniciales, el síntoma predominante es el dolor, que se acompaña de rigidez matutina y en ocasiones es continuo. Con frecuencia, también se aprecia que la rodilla está hinchada y caliente. Además, a diferencia de lo que suele ocurrir en las articulaciones pequeñas, a veces se produce un «derrame articular», es decir, una acumulación excesiva de líquido en el interior de la articulación, en este caso como consecuencia de la inflamación.

El «quiste de Baker»

El «quiste de Baker», una manifestación relativamente habitual de la AR en la rodilla, es un bulto blando que se forma en la región interna de la parte posterior de esta articulación debido a la acumulación de líquido articular. Al inicio, el bulto no suele apreciarse, pero puede advertirse su presencia porque genera molestias, dolor y dificultad de movimiento, y también porque se puede palpar. Sin embargo, más adelante, conforme crece, puede resultar visible a simple vista. Cuando el quiste es voluminoso puede llegar a romperse, lo que provoca un dolor intenso y repentino, una notoria hinchazón de la rodilla y la acumulación de líquido alrededor del tobillo y en el pie.

Para evitar el dolor, las personas afectadas tienden a dejar las piernas flexionadas, ya que en esta posición suelen sentirse más cómodas. Sin embargo, la permanencia en esta posición viciosa puede conducir, a largo plazo, a que se establezca una rigidez de la rodilla en flexión. Por otra parte, a veces las rodillas quedan fijadas en otras posiciones, ya sea formando un ángulo hacia fuera (*genu varus*) o bien hacia adentro (*genu valgus*).

En ausencia del tratamiento oportuno, las lesiones articulares acaban por afectar a los ligamentos y huesos de la rodilla, estableciéndose deformaciones irreversibles que pueden provocar cojera e incluso una imposibilidad para desplazarse con autonomía.

Las lesiones y la afectación de las rodillas constituyen una de las principales causas de discapacidad en las personas con AR. Sin embargo, como es común en todas las localizaciones de esta enfermedad, estas secuelas pueden prevenirse mediante la instauración del tratamiento en las fases iniciales.

■ Los hombros

Los hombros se afectan en alrededor del 60% de las personas con AR. Aunque las lesiones en esta localización se inician en general en fases tempranas de la enfermedad y afectan a ambos hombros, su inflamación suele tardar en notarse, puesto que la propia articulación se encuentra cubierta por el grueso músculo deltoides, con lo que queda oculta. Con igual frecuencia se produce la afectación de la articulación acromioclavicular, que enlaza el extremo externo de la clavícula con el hombro.

Las primeras manifestaciones que denotan la afectación del hombro suelen ser el dolor y la limitación de la movilidad. El dolor, en este caso, tiene una peculiaridad: sólo se percibe cuando se intenta mover o se mueven las extremidades superiores, o bien cuando el afectado se tumba de lado, ya que en esta posición el hombro resulta presionado.

Por otra parte, las lesiones pueden afectar con relativa rapidez a otras estructuras vecinas, como los tendones de los músculos que movilizan las extremidades superiores, los cuales se pueden romper, o bien a los ligamentos, los cuales se debilitan, facilitando que se produzca una

Limitación de movilidad en los hombros

Las lesiones de la AR en los hombros afectan a la cápsula articular y pueden aparecer en fases relativamente tempranas provocando su engrosamiento y endurecimiento hasta tal punto que llegue a limitar notablemente la movilidad de las extremidades superiores. Como consecuencia de ello, actividades tan sencillas y rutinarias como vestirse, lavarse la espalda o levantar los brazos para alcanzar objetos pueden resultar difíciles o incluso impracticables.

luxación o desplazamiento anormal de la cabeza del húmero (el hueso del brazo) con respecto a su situación normal en el hombro.

Si no se procede al tratamiento oportuno, en las fases avanzadas los hombros suelen quedar en una posición de aducción fija, es decir, los brazos quedan como «pegados» al cuerpo, siendo prácticamente imposible alejarlos. Paralelamente, los músculos deltoides, gruesos por naturaleza, acaban extremadamente adelgazados y debilitados.

■ Los codos

Los codos se afectan en alrededor del 60% de los casos, aunque generalmente ello no ocurre en las fases iniciales de la enfermedad. Los primeros síntomas de esta localización son la propia tumefacción y el dolor, que puede ser espontáneo y continuo o bien presentarse sólo cuando se roza o presiona la zona.

Otra manifestación relativamente frecuente es la aparición de nódulos reumatoides, unos bultos de tejido inflamatorio que se forman bajo la piel, indoloros, y que pueden medir entre unos cuantos milímetros y unos pocos centímetros de diámetro.

La inflamación y el dolor suelen provocar que el antebrazo quede flexionado y, con el paso del tiempo, fijado irreversiblemente en esta posición. Asimismo, en las fases avanzadas suelen presentarse dificultades para girar las palmas de las manos hacia abajo (pronación) y hacia arriba (supinación).

Bursitis de codo

Las bolsas serosas son unos pequeños sacos de tejido sinovial que se encuentran estratégicamente distribuidos sobre prominencias óseas en zonas de apoyo y de roce, a fin de amortiguar las fricciones. La «bursitis olecraniana», como se llama la inflamación de una bolsa serosa situada junto al codo, es una manifestación bastante frecuente de la AR que se puede notar por la aparición de un bulto duro y rugoso, del tamaño de una nuez, en la parte interna de esta articulación. Suele resultar dolorosa, en particular al flexionar o mover el codo afectado, y a menudo requiere la aplicación de tratamientos específicos, como fisioterapia, infiltraciones con corticosteroides o, en última instancia, cirugía.

Por todo ello, si no se procede al tratamiento en las fases iniciales, es probable que en las más avanzadas resulte difícil estirar los brazos y girar las manos tanto hacia arriba como hacia abajo. Esta limitación supone un notorio inconveniente para llevar a cabo numerosas actividades habitualmente muy sencillas, como llevarse los alimentos a la boca, cargar objetos con los brazos estirados, vestirse, asearse, peinarse, secarse el pelo, planchar, tender ropa o abrir y cerrar un grifo.

■ Las caderas

La afectación de las caderas ocurre en el 10-30% de los casos y suele ser simétrica. Por lo general, se presenta cuando ya han transcurrido más de cinco años desde el inicio de la enfermedad.

La manifestación inicial más característica es el dolor, que, en este caso, se percibe en las ingles y en las nalgas. Puede ser continuo y persistir incluso durante el reposo o bien presentarse cuando se desea mover la articulación, notoriamente al intentar ponerse de pie o caminar. En muchos casos se produce lo que se conoce como «claudicación intermitente»: el afectado logra caminar, pero se ve obligado, a causa del dolor, a detenerse con mucha frecuencia, a veces tras efectuar tan sólo unos cuantos pasos.

Para contrarrestar el dolor, la cadera tiende a adoptar una posición en la que la extremidad inferior queda algo flexionada (la rodilla se acerca al torso) y rotada hacia fuera (la rodilla queda algo girada hacia fuera). Pero esta posición dificulta mantenerse en pie, por lo que, si se hace fija e irreversible, como puede ocurrir a largo plazo, el paciente queda condenado a llevar a cabo una vida absolutamente sedentaria y requerirá de la asistencia de otras personas para poder desplazarse.

La afectación de la cadera suele evolucionar de forma más rápida que la de otras articulaciones y representa una serie amenaza para la calidad de vida. Sin embargo, puede prevenirse mediante la instauración del tratamiento oportuno en las fases iniciales del trastorno.

■ La columna vertebral

La AR afecta a las articulaciones de la región cervical de la columna vertebral (la zona del cuello) en alrededor del 40% de los casos. Por el contrario, la afectación de las articulaciones de otras regiones de la columna vertebral es muy poco habitual.

Por lo general, el compromiso de las articulaciones de la columna vertebral cervical aparece en las fases iniciales del trastorno, junto a las articulaciones de las manos y los pies. El síntoma más característico es el dolor, que no siempre está presente y que típicamente se localiza en la parte superior de la espalda, aunque a menudo se irradia hacia uno o los dos hombros. También son comunes la rigidez matutina y las limitaciones en los movimientos de la cabeza y los hombros.

En las fases más avanzadas, las lesiones características de la AR acaban por afectar a ligamentos, huesos y otras estructuras de la zona, lo que puede dar lugar a la luxación o desplazamiento de las vértebras y, en consecuencia, a la compresión de los nervios que emergen de la columna vertebral. Es entonces cuando pueden presentarse ciertas manifestaciones neurológicas, como dolor en la parte posterior de la cabeza o sensación de pinchazos en los brazos. Por fortuna, como ocurre en otras localizaciones de la AR, estas complicaciones pueden prevenirse mediante la instauración del tratamiento oportuno en las fases iniciales del trastorno.

Afectación de las cuerdas vocales

Las articulaciones cricoaritenoides son las que vinculan los cartílagos de la laringe, el órgano donde se encuentran las cuerdas vocales. Su afectación no es muy habitual, ya que sólo ocurre en aproximadamente el 10% de las personas con AR, pero puede originar síntomas bastante característicos y peculiares, como ronquera, dificultad para tragar los alimentos y sensación de ahogo o incluso dificultad para respirar.

■ Otras articulaciones

Articulaciones temporomandibulares. La afectación de las articulaciones temporomandibulares –que vinculan el maxilar inferior con el hueso temporal del cráneo– ocurre en alrededor del 30% de los casos. El síntoma más común es el dolor en la zona interna del oído, que se presenta o acentúa al abrir la boca y puede condicionar una limitación para masticar, por lo general leve. También son característicos los «crujidos» que produce la articulación al abrir y cerrar la boca.

Articulaciones esternoclaviculares. Estas articulaciones, que vinculan las clavículas con el esternón (el hueso que se encuentra en el centro del pecho), se afectan en alrededor del 30% de los casos. Las manifestaciones son escasas, aunque a veces se puede advertir la presencia de una tumefacción en la zona o existe dolor cuando se ejerce presión sobre la misma.

■ Manifestaciones extraarticulares

En su evolución natural, la AR acaba ocasionando, más tarde o más temprano, diversas «manifestaciones extraarticulares», es decir, que afectan a estructuras u órganos que no forman parte de las articulaciones. Lógicamente, no todas estas manifestaciones se presentan en todas las personas con esta enfermedad.

Está demostrado que tales manifestaciones están relacionadas, hasta cierto punto, con la evolución natural de la enfermedad. Sin embargo,

Las manifestaciones extraarticulares pueden prevenirse

En los últimos años, gracias a que la AR se está tratando cada vez de forma más precoz y con fármacos más eficaces, la incidencia de las manifestaciones extraarticulares está disminuyendo de manera notable.

algunas de ellas se solapan o incluso pueden constituir efectos adversos originados por los medicamentos utilizados en el tratamiento de la AR, siendo ésta una eventualidad que los médicos siempre contemplan.

Las lesiones extraarticulares suelen evolucionar lentamente, por lo que sus manifestaciones tienden a ser más comunes en las fases avanzadas de la enfermedad. Asimismo, buena parte de ellas son especialmente frecuentes en las personas con AR portadoras de factor reumatoide, un autoanticuerpo que se encuentra en aproximadamente el 80% de los afectados.

Las manifestaciones extraarticulares más destacables son la vasculitis, los nódulos reumatoides y las que afectan a algunos órganos o tejidos en concreto, en particular el corazón, los pulmones, los ojos y la sangre.

Los vasos sanguíneos

La vasculitis o inflamación de la pared de los vasos sanguíneos es una de las manifestaciones extraarticulares más características de la AR. La pared de los vasos sanguíneos es rica en tejido conectivo y, por ello, constituye una diana preferente para los autoanticuerpos que fabrica el sistema inmunitario de las personas que padecen este trastorno.

En la AR, la vasculitis afecta particularmente a los vasos sanguíneos más pequeños, es decir, las arteriolas, las vénulas y los capilares. Estos pequeños vasos sanguíneos constituyen el sector del aparato cardiovascular responsable de la irrigación de todos los tejidos del organismo. Por eso, si su pared se inflama, tanto el diámetro del vaso sanguíneo como el flujo de sangre que pasa por su interior se reducen. En consecuencia, también disminuye el aporte de nutrientes y oxígeno que reciben los tejidos afectados y se incrementa el riesgo de que se formen coágulos sobre la superficie interna de la pared del vaso y se ocluya su luz, con la consecuente obstrucción de la circulación.

La vasculitis en la piel

Las lesiones ocasionadas por la vasculitis son especialmente evidentes en la piel, en la que a veces pueden verse unas pequeñas líneas de color violáceo, sobre todo en las proximidades de las uñas. También pueden desarrollarse erosiones o úlceras, en especial en las piernas. Asimismo, se considera que la vasculitis es la responsable, hasta cierto punto, de la formación de los nódulos reumatoides.

A pesar de todo ello, se estima que sólo en el 1-4% de las personas con AR se detectan signos o síntomas relevantes que se puedan atribuir a la vasculitis, aunque este porcentaje es algo superior en los portadores de factor reumatoide u otros autoanticuerpos y, en general, corresponde a los casos más graves y a las fases más avanzadas.

En algunos casos, la vasculitis afecta de forma manifiesta a los órganos internos, en especial el corazón y las vísceras digestivas. También pueden resultar afectados los nervios periféricos, en los que una brusca interrupción del aporte de oxígeno a pequeñas áreas microscópicas puede generar síntomas muy diversos, como por ejemplo una pérdida de la sensibilidad en una parte del cuerpo, que por lo general son transitorios.

Los nódulos reumatoides

Los nódulos reumatoides son unos bultos de consistencia más o menos firme y habitualmente indoloros que se forman debajo de la piel. Se desarrollan en el 10-25% de las personas con AR, siendo especialmente frecuentes en los portadores de factor reumatoide.

Al parecer, como se ha referido, se forman a consecuencia de la vasculitis o inflamación de la pared de los vasos sanguíneos. Están constituidos por tejido inflamatorio y cicatricial y por lo general miden entre 0,5 y 3 cm de diámetro.

Por lo común, los nódulos reumatoides se desarrollan en las zonas de mayor roce o fricción, como la parte posterior de los codos, la superficie dorsal de los dedos de las manos, la rodilla, la cara anterior de las pier-

Nódulos reumatoides en órganos internos

Los nódulos reumatoides también pueden desarrollarse en órganos internos, como los pulmones o el corazón, sin que por ello generen repercusiones notables en la salud del afectado. Sin embargo, de forma excepcional, pueden formarse en estructuras especialmente sensibles, como las válvulas cardíacas o las cuerdas vocales, lo que puede originar, respectivamente, alteraciones en el funcionamiento del corazón y en la voz.

nas, la parte superior del pie y el tendón de Aquiles (parte posterior del tobillo). No obstante, en las personas que guardan cama durante mucho tiempo también pueden aparecer en la nuca, la espalda y las nalgas.

A veces, los nódulos están firmemente adheridos a los tejidos en los que asientan, pero en muchos casos se los puede desplazar ligeramente. Como se ha mencionado, por lo general son indoloros, aunque pueden dar lugar a molestias al flexionar las articulaciones próximas. Su evolución es muy variable e impredecible: pueden crecer progresivamente, desaparecer, reaparecer o persistir de manera indefinida.

El corazón

El corazón puede sufrir diversos tipos de lesiones características en la AR, en particular la vasculitis y el desarrollo de nódulos reumatoides. Sin embargo, es raro que estas lesiones adquieran la suficiente gravedad como para generar síntomas específicos e identificables, excepto en las fases avanzadas de los casos más graves.

La única manifestación cardíaca realmente frecuente en la AR es la pericarditis, es decir, la inflamación de la cubierta que recubre el corazón. Esta cubierta está compuesta básicamente por tejido conectivo, y por ello constituye una diana preferente de los autoanticuerpos fabricados por el sistema inmunitario de las personas con AR.

La pericarditis se presenta en alrededor de la mitad de las personas con AR, pero es particularmente habitual en las fases avanzadas, en los portadores de factor reumatoide u otros autoanticuerpos y en quienes presentan nódulos reumatoides. Pese a todo, en algunas ocasiones constituye la primera manifestación de la AR.

En la población general, el síntoma más destacable de la pericarditis es un dolor que se localiza en la parte izquierda del tórax y que puede ser lo bastante intenso como para dificultar la realización de los movimientos respiratorios. Sin embargo, en las personas con AR, la pericarditis suele evolucionar de forma asintomática, probablemente debido a que la medicación analgésica que reciben para aliviar el dolor articular también alivia e incluso oculta el dolor torácico. Los médicos tienen presente esta circunstancia, y por ello, si lo estiman necesario, durante las visitas de control solicitarán las pruebas pertinentes para diagnosticar la eventual presencia de una pericarditis y, llegado el caso, indicarán las medidas oportunas para tratarla.

Los pulmones

La afectación de los pulmones es muy común entre las personas con AR, aunque en la mayoría de los casos no provoca síntomas lo suficientemente específicos ni graves, de manera que su presencia sólo se advierte en las radiografías u otras exploraciones complementarias que se solicitan en las revisiones médicas periódicas.

La afectación pulmonar suele revestir una mayor gravedad en las fases avanzadas de la AR, en las personas portadoras de factor reumatoide, en aquellas que presentan nódulos reumatoides, en los fumadores y, en general, en los varones.

Las manifestaciones pulmonares más relevantes que se presentan con mayor frecuencia en algún momento de la enfermedad son los propios nódulos reumatoides y el derrame pleural.

El derrame pleural se presenta en el 40-70% de las personas con AR. En la mayoría de los casos es poco voluminoso, no genera síntomas y no requiere un tratamiento específico. No obstante, la aparición de tos seca y de un dolor en el tórax que se acentúa con los movimientos respiratorios puede indicar que el derrame ha adquirido un mayor volumen y que, por lo tanto, debe ser tratado.

Los ojos

Las personas que padecen AR durante varios años suelen presentar cierto grado de sequedad e irritación ocular, que a menudo se perciben como la sensación de tener arenilla en los ojos. Estos síntomas, que según las estadísticas se presentan en alrededor del 25% de los casos,

La pleura y el derrame pleural

La pleura, que es el manto que reviste los pulmones, está formada por dos membranas que delimitan un espacio virtual, apenas ocupado por un líquido lubricante que facilita sus desplazamientos durante la respiración. Estas membranas contienen abundante tejido conectivo, por lo que constituyen una diana de los autoanticuerpos presentes en la AR. Cuando estas membranas se inflaman, se produce un trasvase de líquido desde los vasos sanguíneos hacia el interior del espacio comprendido entre ellas, lo cual se conoce como «derrame pleural», trastorno que se manifiesta básicamente por dolor torácico, dificultad para respirar y tos.

se producen por la inflamación persistente y el consecuente endurecimiento y atrofia de las glándulas lagrimales.

Si las molestias son muy acusadas, se suele recomendar el uso de lágrimas artificiales y pomadas lubricantes, aunque en los casos más graves puede requerirse una pequeña intervención quirúrgica que consiste en bloquear los orificios por los que drenan las lágrimas, con lo que el líquido lagrimal permanece más tiempo sobre la superficie ocular, contrarrestando la sequedad.

Algunas personas con AR padecen un trastorno asociado, denominado «síndrome de Sjögren», en el que la atrofia afecta a diversas glándulas del cuerpo, de manera que la sequedad no sólo afecta a los ojos, sino también a la boca, la piel y la vagina, e incluso puede acompañarse de una disminución de la producción de los jugos digestivos.

De forma excepcional, en los casos graves y en fases avanzadas, puede desarrollarse una «escleritis», un trastorno más grave que provoca dolor en el ojo afectado, enrojecimiento y, a veces, disminución de la agudeza visual.

La sangre

Las personas con AR pueden padecer diversas alteraciones en la sangre, las cuales no son exclusiva y necesariamente fruto de la propia enfermedad, sino que también pueden ser provocadas por la medicación.

Anemia

La alteración sanguínea más frecuente es la anemia, que corresponde a una disminución de la concentración de hemoglobina, la proteína que transporta el oxígeno en la sangre. La anemia se detecta en alrededor de la mitad de las personas con AR. Es posible que se produzca por la propia enfermedad, ya que suele presentarse o agravarse durante los períodos de exacerbación sintomática, pero también puede aparecer a consecuencia de las úlceras y las pequeñas pero persistentes hemorragias digestivas que originan algunos medicamentos.

Algunos síntomas característicos de la anemia, como cansancio y debilidad muscular, se superponen a los que puede provocar la propia AR. Sin embargo, a veces la anemia también se puede advertir por su signo más característico: la tonalidad pálida que adquiere la piel.

Trombocitosis

Con cierta frecuencia se detecta una trombocitosis, es decir, un aumento de la concentración de las plaquetas, unos elementos de la sangre que participan en el fenómeno de la coagulación. Los médicos ponen un celo especial en controlar esta alteración, puesto que puede favorecer la formación de coágulos en el interior de los vasos sanguíneos.

Síndrome de Felty

El síndrome de Felty, de causa desconocida y antaño más frecuente, afecta en la actualidad a menos del 1% de las personas con AR. Consiste en la asociación de neutropenia o disminución de la concentración de cierto tipo de glóbulos blancos (los neutrófilos) con esplenomegalia o aumento del tamaño del bazo, el órgano abdominal que se encarga de destruir los glóbulos rojos envejecidos y que, además, forma parte del sistema inmunitario.

Además de la neutropenia y la esplenomegalia, el síndrome de Felty se manifiesta por infecciones repetidas, úlceras y pigmentación oscura en la piel de las extremidades inferiores, aumento del tamaño de los ganglios linfáticos, hepatomegalia o aumento del tamaño del hígado y formación de nódulos reumatoides.

COMPLICACIONES Y TRASTORNOS ASOCIADOS

■ Generalidades

La AR es una enfermedad crónica, por lo que es común que a lo largo de su evolución se presenten diversos tipos de complicaciones. Junto a las complicaciones propias de la enfermedad, existen los denominados «trastornos asociados», una serie de alteraciones que, por una u otra razón, no sólo resultan más frecuentes en las personas con AR que en la población general, sino que también conllevan un riesgo añadido para la salud.

Las complicaciones y trastornos asociados más destacables de la AR son las infecciones, la amiloidosis, la osteoporosis –con la consecuente predisposición a sufrir fracturas–, la aterosclerosis y el síndrome de Sjögren. A su manera, cada uno de ellos contribuye a la larga lista de manifestaciones que pueden presentar las personas con AR y representa un nuevo impacto negativo en su calidad de vida.

En los controles periódicos, los facultativos orientan a sus pacientes en la prevención de estas complicaciones y toman las medidas necesarias

Síntomas que requieren una pronta consulta médica

- Dificultad para respirar.
- Deposiciones de color muy oscuro o negrozco.
- Fiebre persistente sin causa identificada.
- Agrandamiento de los ganglios linfáticos (bultos en cuello, ingles, etc.).
- Aparición de erosiones en la piel y/o boca.
- Inflamación mucho mayor y repentina en una sola articulación.
- Tumefacción súbita de la rodilla y de la pierna.
- Imposibilidad repentina para extender uno o más dedos de la mano.
- Dificultad para levantar la parte anterior del pie al caminar.
- Oscurecimiento de los dedos de las manos o de los pies.
- Pérdida del control de esfínteres.

para detectarlas y tratarlas lo antes posible. Es muy importante que las personas con AR reconozcan los síntomas y signos cuya aparición pueda relacionarse con una situación potencialmente grave y requiera una pronta consulta con el médico.

Infecciones

Las infecciones son enfermedades provocadas por una gran diversidad de microorganismos, como bacterias, virus u hongos. Las personas con AR están especialmente predispuestas a sufrir algunas enfermedades infecciosas, en parte por las lesiones articulares y extraarticulares que la caracterizan, pero también por el efecto de los «medicamentos inmunosupresores» empleados en el tratamiento de la enfermedad, los cuales disminuyen la capacidad de defensa contra los microorganismos.

Entre los procesos infecciosos que pueden afectar de forma especial a las personas con AR destacan la artritis infecciosa y las infecciones pulmonares.

Artritis infecciosa

La infección de una articulación ocurre aproximadamente en el 0,3-3% de las personas con AR y es más frecuente en las fases avanzadas, en las personas que presentan nódulos subcutáneos y en las que reciben tratamiento con inmunosupresores. En la mayoría de los casos, la infección es provocada por una bacteria conocida como estafilococo dorado (*Staphylococcus aureus*).

La infección puede afectar a cualquier articulación, aunque es más habitual que ocurra en una rodilla, y se advierte por una exacerbación de la tumefacción y el dolor articular, así como por el enrojecimiento de la piel que la recubre.

Infecciones pulmonares

Aparte de las infecciones más o menos banales que pueden afectar a los pulmones, como los resfriados y la gripe, las personas con AR que

Amiloidosis

La amiloidosis es una enfermedad de causa desconocida que se caracteriza por el depósito y acumulación de una sustancia similar al almidón (sustancia «amiloide») en diversos órganos, como los riñones, el hígado y el bazo. Se estima que alrededor del 10% de las personas con AR de larga evolución presentan depósitos de sustancia amiloide, en particular en los riñones.

Aunque en la mayor parte de los casos esta complicación es asintomática, a veces se manifiesta por la presencia de proteínas en la orina, la cual, en consecuencia, está más espumosa de lo normal. Además, en las fases avanzadas, la amiloidosis puede conducir a una insuficiencia renal. Los facultativos solicitan con regularidad análisis de orina, en los que se puede detectar indicios que hacen pensar en esta complicación.

El tratamiento de la amiloidosis consiste básicamente en extremar el control de la inflamación consustancial a la AR, porque se ha visto que cuanto más intensa y prolongada es la inflamación, más rápido evoluciona la amiloidosis. No obstante, a veces se indica un tratamiento especial, consistente en la administración de los denominados «agentes alquilantes».

reciben tratamiento con fármacos inmunosupresores tienen un riesgo especial de sufrir una infección oportunista, es decir, aquella que se desarrolla cuando el germen causal se encuentra en una circunstancia que favorece su proliferación, como es el caso, precisamente, de una disminución de la actividad del sistema inmunitario.

Una de estas infecciones oportunistas es la tuberculosis, que evoluciona muy lentamente y suele manifestarse por malestar general, fiebre ligera, dolor de cabeza, pérdida del apetito, tos y dificultad para respirar.

Otra, más rara pero más grave, es la neumonía causada por un microorganismo denominado *Pneumocystis carinii*, que en las personas con AR tratadas con inmunosupresores suele irrumpir de forma brusca, con fiebre elevada, dificultad para respirar, malestar general y debilidad muscular.

Osteoporosis y fracturas

La osteoporosis consiste en una disminución de la densidad ósea, lo que hace a los huesos más frágiles y propensos a las fracturas. La pérdida de densidad ósea constituye, hasta cierto punto, un proceso natural del envejecimiento, pero en la osteoporosis este proceso se inicia antes de lo normal y es mucho más acusado.

En la población general, la osteoporosis es más frecuente en las mujeres (especialmente a partir de la menopausia), en personas con antecedentes familiares del trastorno, en los individuos con bajo peso corporal, en quienes siguen una dieta pobre en calcio (escasa en lácteos y derivados), en los fumadores y en los adictos a bebidas alcohólicas. Pero en la AR, además de las circunstancias mencionadas, la osteoporosis es propiciada por la propia actividad de la enfermedad, por la inmovilidad o escasa actividad física y, muy en particular, por el tratamiento con corticoides (la osteoporosis constituye uno de los efectos adversos principales de este tipo de medicamentos). Por todo ello, la mayoría de las personas con AR de larga evolución tienen un gran riesgo de desarrollar osteoporosis, sobre todo si siguen un tratamiento con corticoides.

La osteoporosis evoluciona de forma asintomática hasta que se produce la fractura de algún hueso o el aplastamiento de una vértebra, lo que, en una persona con AR, comporta una limitación adicional a su autonomía y empeora aún más la calidad de vida.

Recomendaciones para prevenir las caídas y las fracturas óseas

- Visitar regularmente al oftalmólogo para comprobar que se mantiene una buena visión.
- No levantarse por la noche con la luz apagada ni de golpe, sino lentamente.
- Utilizar zapatos con suelas antideslizantes.
- Retirar obstáculos con los que se pueda tropezar (alfombras, cables, peldaños).
- Colocar barandillas en las escaleras.
- Colocar esterillas antideslizantes en el suelo.
- Colocar asideros para levantarse del váter.
- Colocar asideros en la bañera y, si es posible, reemplazar la bañera por un plato de ducha.

Los médicos conocen muy bien este riesgo, y por ello, entre las evaluaciones que realizan periódicamente en sus pacientes con AR, incluyen la densitometría, una exploración que está específicamente destinada a valorar la densidad de los huesos.

Por otra parte, para prevenir y detener la progresión de la osteoporosis se recomienda abstenerse de fumar, moderar el consumo de alcohol, realizar ejercicio físico y asegurar el adecuado consumo de alimentos ricos en calcio (principalmente leche, yogur y quesos).

Aterosclerosis

La aterosclerosis es un proceso degenerativo –y hasta cierto punto, natural– que consiste en la formación de unas placas (placas de aterosclerosis), compuestas básicamente por grasas, en la pared interna de las arterias. La presencia de estas placas disminuye el diámetro de las arterias, comporta una reducción del aporte de sangre a los tejidos e incrementa el riesgo de que se produzca una obstrucción total del vaso afectado, en general a consecuencia de la repentina formación de un coágulo sanguíneo.

Las placas de ateroma pueden formarse en todas las arterias, pero conllevan un riesgo mayor cuando asientan en las arterias del corazón (las arterias coronarias) o en las del cerebro, porque su obstrucción puede provocar un infarto de miocardio o un accidente cerebrovascular.

El infarto de miocardio y los accidentes cerebrovasculares constituyen la primera causa de muerte y una de las principales causas de minusvalía tanto en la población general como en las personas con AR, aunque en éstas ocurren un promedio de tres a cinco años antes.

Se conocen diversas circunstancias o «factores de riesgo» que favorecen la aterosclerosis e incrementan, precisamente, el riesgo de que se produzcan infartos de miocardio o accidentes cerebrovasculares. Tales factores de riesgo son tan frecuentes e importantes en la población general como en las personas con AR: la hipertensión arterial, el tabaquismo, la diabetes, los niveles elevados de grasas en la sangre (el colesterol y los triglicéridos), el sedentarismo y la edad avanzada.

Sin embargo, hay otros factores de riesgo que son propios de la AR y podrían explicar por qué el infarto de miocardio y los accidentes cerebrovasculares tienden a ocurrir antes en las personas con esta enfermedad. Estos factores de riesgo adicionales son la propia actividad inflamatoria de la enfermedad; los niveles elevados de proteína C reactiva (PCR); los niveles reducidos de HDL (lipoproteínas de alta densidad, que se conocen como «colesterol bueno») y los efectos de ciertos fármacos, como los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), los corticoides y la sulfasalacina.

Medidas para prevenir la aterosclerosis

- Visitar regularmente al médico para controlar los factores de riesgo.
- No fumar.
- Controlarse la presión arterial con regularidad.
- Evitar el exceso de sal en las comidas.
- Realizar ejercicio físico de forma moderada y regular.

Síndrome de Sjögren

El síndrome de Sjögren es un trastorno autoinmune que se caracteriza por la inflamación persistente de algunas glándulas del cuerpo, en particular las de los ojos y la boca, que van perdiendo la capacidad de secretar lágrimas y saliva, respectivamente. Este síndrome puede presentarse en personas sanas, pero a menudo se asocia a otras enfermedades autoinmunes; así, afecta al 20-25% de las personas con AR, sobre todo en las fases avanzadas.

Las manifestaciones más frecuentes son sequedad e irritación ocular (que generan la sensación de tener arenilla o tierra en los ojos), sequedad en la boca y, a menudo, sequedad en la piel, la nariz y la vagina, así como, a veces, disminución de la producción de jugos digestivos.

Aunque el síndrome de Sjögren no reviste gravedad, la sequedad en los órganos y tejidos afectados suele provocar molestias que dificultan algunas funciones y favorecen la aparición de nuevas complicaciones, como por ejemplo infecciones locales, que se pueden aliviar y prevenir, hasta cierto punto, mediante un aseo meticuloso y el uso de líquidos, lociones o cremas especiales.

Es importante que las personas con AR que noten una sequedad persistente en los ojos o en la boca comuniquen este hecho a su médico y eviten, en lo posible, permanecer en ambientes muy secos (como los ambientes con aire acondicionado o con calefacción central), así como los espacios con mucho viento, cargados de polvo o de humo de tabaco. El empleo de humidificadores puede ayudar a contrarrestar la sequedad ambiental que generan el aire acondicionado y las estufas.

Depresión

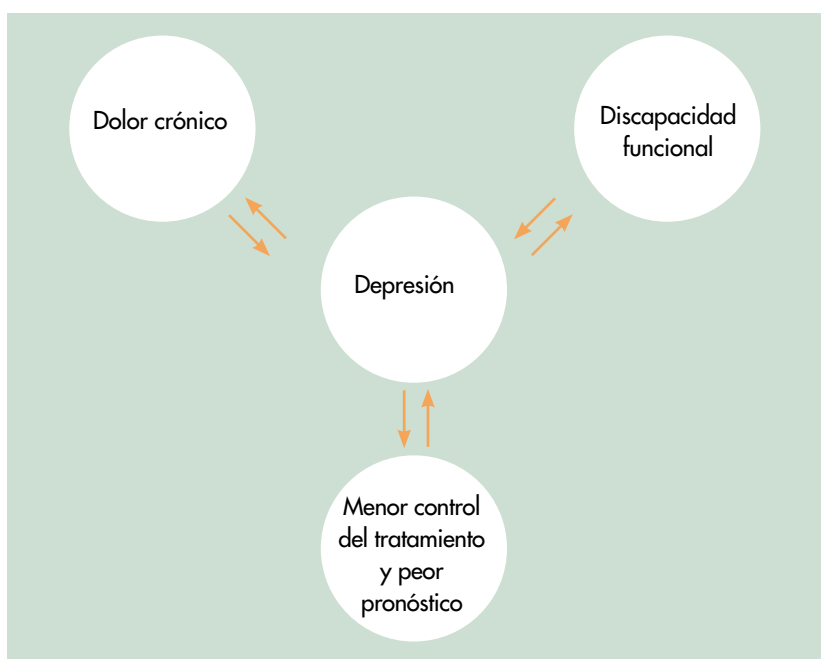
Como suele ocurrir en la mayoría de las enfermedades crónicas que cursan con dolor y limitaciones de las actividades, las personas con AR están especialmente predispuestas a desarrollar un trastorno depresivo.

En las personas con AR, las circunstancias que más comúnmente son causa de estrés, y por lo tanto factores predisponentes de la depresión, son el dolor crónico, el deterioro funcional, las deformaciones esqueléticas, las limitaciones laborales y la pérdida de autonomía. Se estima que alrededor del 25-30% de las personas con AR padecen depresión, mientras que en la población general esta cifra se sitúa en el 5%.

Existe una relación muy estrecha entre el dolor crónico y la depresión, pues por un lado el dolor crónico predispone a la depresión, pero, por otro, ocurre lo contrario: la depresión incrementa la percepción y el valor que se le da al dolor. Tanto es así que la depresión puede convertir un dolor tolerable en uno intolerable. Y algo similar ocurre con la discapacidad funcional: las personas con AR y depresión, o con un estado de ánimo bajo, tienden a sobredimensionar sus limitaciones.

Lógicamente, en el desarrollo de una depresión también influyen otros factores, además del dolor crónico y las limitaciones funcionales, tales como las carencias afectivas, la falta de apoyo familiar y social, los problemas laborales y la escasez de recursos económicos.

Causas y consecuencias de la depresión en las personas con AR



La depresión no sólo incrementa la percepción del dolor y las limitaciones funcionales, sino que también se asocia a un menor control del tratamiento de la AR por parte del propio paciente y a un peor pronóstico de la enfermedad. Por ello, en las personas con AR resulta particularmente importante detectar y tratar la depresión lo antes posible.

Entre las manifestaciones propias de la depresión destacan la sensación de tristeza sin causas justificables, la desmotivación, la sensación de inutilidad y culpabilidad y los pensamientos negativos reiterados (temor al deterioro, temor a que ocurra una desgracia, temor a la muerte). Asimismo, son frecuentes el insomnio, el cansancio, la pérdida del apetito, la dificultad de concentración y la lentitud en el pensamiento, la intranquilidad y los problemas de tipo sexual.

El tratamiento de la depresión se basa en la administración de fármacos antidepresivos y en la realización de una psicoterapia. Ambas medidas, sobre todo si se aplican de forma conjunta, suelen tener un impacto muy positivo en los pacientes con depresión. En las personas con AR, este tratamiento puede aportar beneficios tanto en lo referente a su sensación de bienestar como en lo que respecta al control del tratamiento y el pronóstico de la AR.

Otras medidas que pueden ayudar a combatir la depresión, sobre todo cuando ésta tiene un alto componente de ansiedad, incluyen la realización de actividad o ejercicios físicos de forma moderada y las técnicas de relajación. Lógicamente, el refuerzo del apoyo social y económico suele tener un efecto muy positivo para enfrentar la depresión en los pacientes con AR que lo necesitan.

EVOLUCIÓN

■ Generalidades

La artritis reumatoide tiene habitualmente un curso crónico, y si no se trata de forma precoz y oportuna puede ocasionar un notable deterioro de la capacidad física y de la calidad de vida; además, se asocia a un posible acortamiento de la vida.

La AR es la principal enfermedad musculoesquelética capaz de producir un importante grado de incapacidad funcional. Si la dolencia sigue su evolución natural, a los 10 años del inicio alrededor del 50% de los afectados no están en condiciones de mantener un trabajo a tiempo completo. Y, si no se instaura el debido tratamiento, en las fases más avanzadas de la enfermedad alrededor del 10% tienen dificultades para llevar a cabo actividades cotidianas tales como lavarse, vestirse y comer.

Según datos estadísticos, la esperanza de vida en las personas con AR se reduce con respecto la de la población general, globalmente, entre tres y siete años. Las principales causas de muerte, sin embargo, son las

mismas que para los no afectados por este trastorno: las enfermedades cardiovasculares, las infecciones y el cáncer.

Cabe destacar que estos datos se han generado en épocas en las que no se contaba con las nuevas opciones terapéuticas disponibles en la actualidad y cuando era más habitual que no se procediera al tratamiento oportuno en las fases iniciales del trastorno.

Afortunadamente, hoy en día, gracias a la disponibilidad de nuevos medicamentos más eficaces y a la mayor frecuencia con que se instaura el tratamiento en las fases iniciales de la enfermedad, se está consiguiendo una mejora notable tanto de la evolución como del pronóstico de la AR.

■ Formas de evolución en el adulto

AR aguda

En alrededor del 20% de los casos, la AR se presenta en forma de un único episodio de artritis que puede durar desde unos días hasta unos cuantos meses y al que le sigue un «período de remisión» o ausencia de síntomas de como mínimo un año. Este patrón de evolución es el más favorable.

AR cíclica

En aproximadamente el 70% de los casos, la AR evoluciona de forma cíclica. En estos casos, se alternan períodos de exacerbación sintomática, o «brotos sintomáticos», que suelen prolongarse unas semanas o meses, con períodos de relativa calma o ausencia total de síntomas. Este patrón de evolución es menos favorable que el anterior, porque suele acompañarse de un paulatino deterioro de la funcionalidad articular y de la calidad de vida.

AR progresiva

En cerca del 10% de los casos, la AR evoluciona ininterrumpidamente de forma progresiva, es decir, la inflamación articular se mantiene de forma continua sin que se aprecien períodos de remisión. Este patrón de evolución es el que tiene un peor pronóstico, ya que tiende a conducir a un pronto deterioro de la función articular y de la calidad de vida.

Otras formas de evolución de la AR

- **Artritis robusta.** Afecta particularmente a varones que desarrollan una intensa actividad física; a pesar de que existe una intensa actividad inflamatoria articular, no suelen producirse síntomas importantes ni deterioro funcional.
- **Artritis reumatoide senil.** Se inicia en mayores de 70 años de edad y suele tener un buen pronóstico.
- **Reumatismo palindrómico.** Se caracteriza por episodios cíclicos de artritis en una sola articulación y tiene buen pronóstico.
- **Nodulosis reumatoide.** La inflamación articular no suele ser notoria ni generar complicaciones, pero en cambio se desarrollan numerosos nódulos reumatoides.

¿Cómo se advierte el inicio de un brote?

Como se ha dicho, lo más habitual es que la AR evolucione con una alternancia de brotes de exacerbación sintomática y períodos de relativa calma o incluso de ausencia completa de síntomas.

El advenimiento de un brote sintomático constituye en sí mismo un problema, pero también puede ser indicativo de que se ha presentado una complicación o de que hay que modificar el tratamiento. Por ello, ante esta situación, se debe acudir al médico lo antes posible.

El inicio de un nuevo brote puede notarse por una gran variedad de signos y síntomas, aunque los más comunes son la presencia o intensificación del dolor en varias articulaciones a la vez, un incremento de la inflamación en una o más articulaciones, la prolongación de la rigidez matutina y la aparición o incremento de la sensación de cansancio, malestar general e incluso elevación de la temperatura corporal.

Por otra parte, también es bastante típico que en cada brote de la enfermedad tanto la inflamación como el dolor y la rigidez matutina se presenten en una nueva articulación que hasta ese momento no había estado afectada.

En algunos casos, el inicio de un brote se advierte por la aparición de una manifestación extraarticular, por ejemplo, el desarrollo de un bulto en la piel (nódulo reumatoide), hormigueo o adormecimiento en las manos, sequedad de boca y ojos o palidez.

■ La AR en niños y adolescentes

La AR en niños y adolescentes menores de 16 años de edad se conoce como «artritis idiopática juvenil». Se trata de uno de los trastornos crónicos más frecuentes en la infancia, pues como tal sólo es precedido, en este grupo de edad, por el asma y la diabetes.

Aunque comparte algunas características con la AR del adulto, como el hecho de tratarse de una enfermedad autoinmune y también que sus causas no son del todo conocidas, puede presentar algunas diferencias notables.

Según su forma de inicio, existen básicamente tres tipos de artritis idiopática juvenil: la oligoartritis, la poliartritis y la artritis sistémica.

Oligoartritis

La oligoartritis, que representa en torno al 50% de los casos de artritis idiopática juvenil, predomina en el sexo femenino, aparece habitualmente antes de los seis años de edad y se caracteriza por la afectación de sólo una a cuatro articulaciones, con frecuencia las rodillas y los tobillos. La inflamación articular suele ser poco marcada y poco dolorosa, de manera que los padres sólo suelen advertir que el niño tiene alguna dificultad en la marcha o para realizar el movimiento completo de las articulaciones afectadas.

A veces se presentan manifestaciones extraarticulares, en particular la inflamación de la cámara anterior del ojo, una complicación que se puede prevenir o diagnosticar de forma precoz mediante una consulta con el oftalmólogo.

Esta forma de la artritis idiopática juvenil suele tener buen pronóstico y en muchos casos se cura de forma completa y definitiva sin que queden secuelas, aunque en otros reaparece al cabo de varios años de inactividad.

Poliartritis

En esta forma de comienzo, durante los primeros seis meses del trastorno ya se afectan cinco articulaciones o más, comprometiéndose progresivamente las articulaciones pequeñas y grandes de manos, muñecas, codos, rodillas, tobillos y pies.

La evolución y el pronóstico son variables, aunque suelen ser más favorables cuando el factor reumatoide es negativo. Por el contrario, en los niños con factor reumatoide positivo, además de que la inflamación, el dolor y la rigidez matutina resultan muy notables, con el paso del tiempo tienden a desarrollarse las rigideces, la limitación funcional y las deformaciones esqueléticas características de la AR en fases avanzadas. Asimismo, son frecuentes algunas manifestaciones extraarticulares, como la vasculitis o inflamación de las paredes de los vasos sanguíneos y la sequedad de los ojos, la boca y la piel. Por fortuna, mediante el diagnóstico precoz y la instauración de los tratamientos actuales en las primeras fases del trastorno se puede mejorar notablemente el pronóstico.

Artritis sistémica

Esta forma de presentación comprende el 10-15% del total de casos de artritis idiopática juvenil. Entre las manifestaciones iniciales más comunes destaca la propia artritis o inflamación articular, que por lo general afecta a varias articulaciones de forma simétrica a ambos lados del cuerpo, con dolor y rigidez matutina. También es frecuente la fiebre, acompañada de malestar general y con una elevación de la temperatura corporal hasta 39-40 °C, sobre todo por las noches, y a veces junto con eritemas o manchas rojizas en la piel, que luego desaparecen espontáneamente. Asimismo, en ocasiones se produce una inflamación o agrandamiento de los ganglios linfáticos (en las axilas, ingles y cuello), aumento del tamaño del hígado y del bazo o incluso derrame pleural.

En aproximadamente la mitad de los casos, el trastorno consiste en un episodio único que puede durar unas cuantas semanas y luego se resuelve definitivamente, sin dejar secuelas. En otra proporción importante de los niños, el trastorno evoluciona de forma cíclica y afecta a un gran número de articulaciones; si no se trata de forma oportuna, tiene un pronóstico desfavorable. Por último, en algunos casos la enfermedad evoluciona en forma cíclica, con alternancia de brotes sintomáticos y períodos más o menos prolongados sin afectación.

DIAGNÓSTICO Y PRONÓSTICO

■ Generalidades

El diagnóstico de la artritis reumatoide se basa ante todo en el juicio o criterio clínico del facultativo, puesto que aún no se cuenta con una prueba que establezca con certeza el padecimiento de la enfermedad. En otras palabras, el interrogatorio y la exploración física del paciente, mediante los cuales el facultativo indaga sobre los antecedentes personales y familiares del paciente y valora los síntomas y signos que éste presenta, constituyen los pilares del diagnóstico de la enfermedad.

A pesar de que el interrogatorio y la exploración física pueden aportar al médico datos muy importantes, para avanzar en el proceso diagnóstico también se solicitan diversas pruebas y exploraciones complementarias, en particular análisis de sangre y radiografías de los segmentos esqueléticos presuntamente afectados.

Para confirmar el diagnóstico de AR, los reumatólogos se basan en la valoración conjunta de los denominados «criterios de clasificación»,

Importancia del diagnóstico precoz

Es muy conveniente que el diagnóstico se realice durante fases iniciales de la enfermedad, lo que se denomina «diagnóstico precoz», puesto que se ha demostrado que la instauración del tratamiento en los inicios del trastorno mejora de forma muy notable tanto el pronóstico como la calidad de vida de la persona afectada.

una lista en la que se relacionan y puntúan las manifestaciones más características de la enfermedad.

Como la AR no es una enfermedad con causas y manifestaciones siempre claras y definidas, a menudo los reumatólogos deben establecer lo que se conoce como «diagnóstico diferencial», es decir, tienen que asegurarse de que las manifestaciones del paciente no sean provocadas por otras enfermedades que cursan con artritis o inflamación de las articulaciones.

En algunos casos, los reumatólogos no pueden establecer el diagnóstico con la suficiente certeza y rapidez, de manera que, para poder hacerlo, deben solicitar pruebas y exploraciones adicionales más o menos sofisticadas. A veces, incluso, no les queda más remedio que esperar y observar la evolución del paciente durante algún tiempo. En estos casos, aun a falta de la comprobación diagnóstica, suele iniciarse el tratamiento, ya que con ello mejora el pronóstico.

Una vez establecido el diagnóstico, los reumatólogos perfilan el pronóstico de la enfermedad, es decir, evalúan una serie de variables o circunstancias que, en conjunto, permiten, hasta cierto punto, predecir cuál será la evolución de la enfermedad en cada paciente en particular.

■ El interrogatorio y la exploración física

Durante la primera visita, el facultativo toma nota de los datos personales del paciente, como la edad, el sexo y sus ocupaciones habituales; indaga sobre los síntomas y manifestaciones que motivaron la consulta, y recaba información sobre los antecedentes personales y familiares.

Esta conversación con el médico, que se denomina interrogatorio o «anamnesis», constituye uno de los componentes fundamentales en el diagnóstico de la AR.

El interrogatorio puede proporcionar datos muy característicos y valiosos para el diagnóstico de la enfermedad, muy en particular la presencia de dolor y rigidez matutina, sobre todo si se presentan de forma simétrica en las pequeñas articulaciones de manos y pies.

A continuación, el médico procede a la exploración física del paciente poniendo especial atención en las articulaciones afectadas, con el objeto de comprobar si están aumentadas de volumen y más calientes de lo normal, pero también investiga la eventual presencia de signos que sugieran la afectación de otras articulaciones o de otras manifestaciones más o menos comunes de la AR, como los nódulos reumatoides.

En general, tras el interrogatorio y la exploración física, el reumatólogo ya suele tener la información suficiente para sospechar que las manifestaciones que ha evaluado en el paciente pueden ser provocadas por una AR, aunque no es infrecuente que los síntomas y la exploración física no sean lo bastante definidos o característicos. Sea como fuere, el facultativo solicitará algunas pruebas complementarias para confirmar el diagnóstico.

■ Pruebas y exploraciones complementarias

Cuando los facultativos sospechan que una persona puede estar afectada de AR, solicitan análisis de sangre y una exploración radiológica de los segmentos esqueléticos más comúnmente afectados.

Mediante un simple análisis de sangre se pueden detectar y valorar una serie de variables o parámetros que suelen estar alterados en la AR. Los que se evalúan de forma sistemática son la velocidad de sedimentación globular (VSG), la proteína C reactiva (PCR), el factor reumatoide (FR) y, en los centros asistenciales que están capacitados para ello, los anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado (anti-CPP).

La VSG corresponde a la medición del tiempo que tardan los glóbulos rojos en depositarse en el fondo de un tubo de ensayo. Este parámetro

Principales parámetros evaluados mediante análisis de sangre

Velocidad de sedimentación globular (VSG)

Proteína C reactiva (PCR)

Factor reumatoide (FR)

Anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado (anti-CCP)

suele estar aumentado en las personas que padecen un proceso inflamatorio o infeccioso crónico, y por la misma razón, suele estarlo en las personas con AR.

La PCR también es un parámetro indicador de actividad inflamatoria que refleja la fase aguda de la inflamación. La determinación de los niveles de PCR se emplea sobre todo en el seguimiento de la enfermedad y la evaluación de la respuesta al tratamiento, aunque cabe destacar que sus valores son normales en una tercera parte de los pacientes con AR.

El FR es un anticuerpo que está presente (positivo) en alrededor del 80% de las personas con AR. Si bien es cierto que las concentraciones anormalmente elevadas de FR se asocian, en general, con AR más grave, la presencia de nódulos reumatoides y un peor pronóstico de la enfermedad, el FR, en sí mismo, no se considera un «reactante de fase aguda», es decir, no se relaciona con la actividad inflamatoria de fondo de la enfermedad. Por otra parte, cabe señalar que el FR también está presente en personas con otras enfermedades e incluso en individuos sanos, por lo cual no es específico de la AR.

Los anti-CCP son otro tipo de autoanticuerpos, más específicos de la AR que el FR, y cuya medición tiene un especial valor para el pronóstico de la enfermedad, ya que sus niveles persistentemente elevados suelen asociarse a una evolución menos benigna de la enfermedad.

Otras alteraciones cuya presencia es relativamente común en los análisis de sangre en personas con AR son la anemia, correspondiente a unos niveles bajos de hemoglobina, y la trombocitosis, es decir, un incremento de la concentración de las plaquetas, los corpúsculos san-

gúineos que participan en el fenómeno de la coagulación y el cese de las hemorragias.

En cuanto a las exploraciones radiológicas, suelen solicitarse radiografías simples de los segmentos esqueléticos en los que se ha notado la presencia de artritis, como asimismo de las manos y de los pies, ya que en la mayoría de los casos las imágenes de estas articulaciones muestran, ya en las fases iniciales, un cierto grado de inflamación articular e incluso la presencia de pequeñas erosiones en los huesos.

En algunos casos, los facultativos tienen que solicitar otras exploraciones complementarias para poder confirmar el diagnóstico de AR, por ejemplo una tomografía computarizada (TC), una resonancia magnética (RM) o un análisis de líquido articular.

Los «criterios de clasificación»

Con el objeto de ayudar al diagnóstico y no confundir la AR con otras enfermedades que pueden provocar inflamación de las articulaciones, se emplea una lista con siete parámetros o «criterios de clasificación» relacionados con los síntomas, los datos de laboratorio y las imágenes radiológicas. Para confirmar el diagnóstico de AR basta con que un paciente reúna cuatro de ellos:

- Rigidez matutina de más de una hora de duración durante más de seis semanas.
- Artritis en al menos tres áreas articulares, con tumefacción evidente y derrame articular, durante más de seis semanas.
- Artritis en las articulaciones de las manos (muñeca, bases de los dedos y/o base de la segunda falange) durante más de seis semanas.
- Afectación inflamatoria articular simétrica durante más de seis semanas.
- Presencia de nódulos reumatoides (subcutáneos).
- Presencia de cambios radiológicos típicos de la AR (como erosiones u osteoporosis en las muñecas).
- Factor reumatoide positivo.

■ El diagnóstico diferencial

Se denomina «diagnóstico diferencial» al conjunto de evaluaciones que llevan a cabo los médicos para descartar posibles diagnósticos hasta confirmar uno solo. El diagnóstico diferencial puede ser bastante complejo cuando las manifestaciones que tiene un paciente pueden atribuirse a varias enfermedades.

En muchos casos de AR, el diagnóstico se complica porque las primeras evaluaciones y exploraciones no ofrecen resultados claros, puesto que el paciente no reúne los criterios diagnósticos que se requieren para ello. En estos casos, los facultativos deben llevar a cabo un cuidadoso diagnóstico diferencial para descartar otras enfermedades que pueden provocar inflamación articular o bien otras manifestaciones más o menos comunes de la AR, ya sean de tipo general, como malestar y debilidad muscular, o bien de tipo extraarticular, como una pleuritis o una pericarditis.

La lista de enfermedades que se pueden confundir con la AR es extensa, aunque entre ellas destacan otras enfermedades autoinmunes y algunos procesos infecciosos, como la artritis infecciosa. Por la misma razón, son muchas las pruebas complementarias que pueden verse obligados a solicitar los médicos para confirmar el diagnóstico de AR.

En estos casos, es posible que el especialista decida iniciar el tratamiento antes de obtener la confirmación diagnóstica, ya que, como se ha repetido, el retraso en el inicio del tratamiento conlleva un empeoramiento del pronóstico y de la calidad de vida. En cuanto al paciente, lo más conveniente es que se arme de paciencia y no opte por cambiar de médico cada vez que haya una complicación en el proceso de diagnóstico.

■ El diagnóstico precoz

El diagnóstico precoz permite la instauración del tratamiento oportuno en las fases iniciales de la enfermedad, y por ello resulta muy importante para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de las personas con AR.

Tradicionalmente se ha considerado como diagnóstico precoz el que se lleva a cabo antes de que transcurran dos años desde el inicio de las

Las «Consultas de Artritis de Reciente Comienzo» (CARC)

En los últimos años se han creado las denominadas «Consultas de Artritis de Reciente Comienzo» (CARC), las cuales se ubican dentro de los centros hospitalarios y disponen de los recursos profesionales y tecnológicos óptimos para agilizar el diagnóstico de AR.

En las CARC, más de la mitad de los pacientes son diagnosticados en una primera visita, mientras que sólo en torno al 10% permanecen sin confirmación diagnóstica al cabo de varias visitas.

primeras manifestaciones de la AR. Sin embargo, en la actualidad, con la disponibilidad de los nuevos y eficaces medicamentos, este período se ha rebajado y tiende a considerarse que un tratamiento precoz debería instaurarse antes de que pasen tres meses del inicio de las manifestaciones. Es decir: es muy conveniente que el diagnóstico se confirme lo antes posible (y, sobre todo, que el tratamiento se inicie con la máxima brevedad).

En general, los pacientes son atendidos inicialmente en los centros de atención primaria, donde cuentan con los recursos necesarios para efectuar el diagnóstico en la mayoría de los casos, así como para iniciar el tratamiento. No obstante, más tarde o más temprano, el paciente suele ser derivado a la consulta del reumatólogo, el especialista de referencia para los pacientes con AR.

■ Los factores pronósticos

Hoy en día, al realizar el diagnóstico de la enfermedad, los reumatólogos también pueden prever, hasta cierto punto, si el trastorno tenderá a evolucionar de forma más o menos grave basándose en la valoración de los llamados «factores pronósticos» de la AR.

Estos factores pronósticos incluyen una serie de variables o circunstancias tan diferentes como la edad del paciente al inicio de la enfermedad, los marcadores de predisposición genética, la intensidad y las características de las manifestaciones propias de la AR, la detección y

Principales «factores pronósticos» de evolución desfavorable

- Retraso en el diagnóstico.
- Inicio tardío del tratamiento.
- Inicio de la enfermedad antes de los 40 años de edad.
- Afectación de más de 20 articulaciones al inicio de la enfermedad.
- Afectación de grandes articulaciones (hombros, rodillas, caderas) al inicio de la enfermedad.
- Presencia de marcadores sanguíneos de AR (factor reumatoide, proteína C reactiva, anticuerpos anti-CCP).
- Elevación persistente de la velocidad de sedimentación globular (VSG).
- Presencia de ciertas variantes genéticas (HLADR4 y epítoto compartido).
- Detección de cambios radiológicos articulares importantes en las fases iniciales.
- Incapacidad funcional en las fases iniciales.

la cuantificación de los llamados marcadores sanguíneos de la artritis reumatoide, la evaluación de las lesiones mediante exploraciones radiológicas o el inicio del tratamiento en las fases tempranas del trastorno.

Los reumatólogos suelen analizar y valorar estos factores en las primeras visitas con el objeto de confirmar el diagnóstico de AR y perfilar un pronóstico individualizado. No obstante, también analizan algunas de estas variables en las visitas periódicas de control, en este caso no sólo para evaluar la evolución de la enfermedad, sino también la eficacia del tratamiento.

TRATAMIENTO

■ Generalidades

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica con causas y mecanismos de producción complejos y no suficientemente conocidos, por lo cual no es de extrañar que su tratamiento sea igualmente complejo y prolongado.

Lamentablemente, el tratamiento disponible en la actualidad no permite curar la enfermedad, aunque sí aliviar de manera notable la intensidad de las manifestaciones, reducir o incluso frenar la actividad inflamatoria y prevenir las secuelas –antaoño características– de las fases avanzadas.

El tratamiento consiste básicamente en la combinación de una terapia no farmacológica y una terapia farmacológica. De forma complementaria, a veces se recurre a la cirugía, por ejemplo para reconstruir un tejido afectado o para reemplazar una articulación por una prótesis.

La terapia no farmacológica corresponde a una serie de recomendaciones relacionadas con el reposo y la realización de ciertos ejercicios

destinados a mejorar la flexibilidad de las articulaciones afectadas. Asimismo, a menudo se indica el seguimiento de técnicas de fisioterapia o la inmovilización temporal de un segmento corporal, por ejemplo mediante el uso de férulas de reposo.

La terapia farmacológica consiste en la administración de una amplia gama de medicamentos, por lo general de forma combinada y durante períodos prolongados. Los analgésicos y antiinflamatorios, que disminuyen el dolor y la inflamación, se encuentran entre los más utilizados, en particular los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y los corticoides. Con todo, los medicamentos más importantes en el tratamiento de la AR son los llamados «fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad» (FAME), que reciben esta denominación porque su acción tiende a detener la actividad inflamatoria, por lo que pueden mejorar el curso de la enfermedad.

Los FAME se suelen indicar durante períodos prolongados, ya que con ello se pretende conseguir la «remisión clínica» del trastorno, es decir, interrumpir la actividad inflamatoria causante de las lesiones. Algunos de estos medicamentos, como el metotrexato, la leflunomida, la sulfasalacina y los conocidos como fármacos antipalúdicos, se utilizan hace muchos años, y por ello se conocen como FAME «tradicionales».

Por su parte, los denominados FAME «biológicos», aparecidos en los últimos años, representan una nueva generación de este tipo de medicamentos y han supuesto un avance determinante en el tratamiento de la AR. Los principales fármacos de este grupo actúan bloqueando sustancias que intervienen en los procesos inflamatorios, como el TNF o la IL-1, o bien inactivando moléculas relacionadas con la activación de los glóbulos blancos que participan en el proceso inflamatorio. La introducción de estas terapias ha modificado en gran medida la historia natural de la enfermedad, frenando el daño estructural que ésta desencadena.

Gracias a la combinación de los FAME tradicionales y los biológicos, hoy en día se está consiguiendo una importante mejora en el pronóstico de la AR. Aunque, eso sí, para obtener estos resultados es esencial proceder al tratamiento de forma precoz, en lo posible antes de que hayan transcurrido tres meses desde el inicio de los síntomas.

Los medicamentos que se emplean en el tratamiento de la AR pueden ser más o menos eficaces, en función de muchas circunstancias, pero también pueden generar una gran variedad de efectos adversos, más o menos acentuados. Por ello, es muy habitual que a lo largo del tratamiento se ajusten las dosis y se introduzcan modificaciones en el plan terapéutico tantas veces como sea necesario, atendiendo a las características y necesidades de cada paciente.

Las visitas de control constituyen un pilar central del tratamiento, ya que permiten al reumatólogo evaluar la evolución de la enfermedad, valorar los resultados del tratamiento e indagar sobre la presencia de efectos adversos provocados por los medicamentos. Durante estas vistas, que se programan con una periodicidad ajustada a las circunstancias de cada caso en particular, el reumatólogo interrogará y examinará al paciente y, si lo juzga oportuno, solicitará análisis de sangre, radiografías u otras exploraciones complementarias.

Principales medidas terapéuticas

Terapia no farmacológica

- Educación del paciente y consejos sobre el estilo de vida
- Reposo y ejercicio físico
- Fisioterapia
- Dispositivos ortopédicos

Terapia farmacológica

- Analgésicos
- Antiinflamatorios no esteroideos
- Corticoides
- Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME)
 - FAME tradicionales
 - FAME biológicos
- Protectores gástricos

Cirugía

- Artroscopia
- Sinovectomía
- Artroplastia

El equipo asistencial

La atención del paciente con AR está en manos de un equipo asistencial compuesto básicamente por el reumatólogo –que es el médico de referencia–, el médico general, el médico rehabilitador, el terapeuta ocupacional, el fisioterapeuta, el personal de enfermería y el asistente social.

Sin embargo, el auténtico protagonista del equipo asistencial es el propio paciente, quien no sólo es el destinatario de todas las atenciones, sino también la primera persona que puede advertir la aparición de cualquier síntoma atribuible a la enfermedad o a los variados efectos adversos que puede generar la medicación administrada. Por ello, una vez más, es tan conveniente que los pacientes con AR tengan un suficiente grado de conocimiento sobre la enfermedad y su tratamiento.

■ Terapia no farmacológica

La terapia no farmacológica cumple un papel muy importante en el tratamiento de la AR, porque ayuda a que la persona afectada se sienta mejor y disfrute de una mejor calidad de vida.

Debe quedar claro que en ningún caso la terapia no farmacológica puede sustituir a la farmacológica, que es la que puede modificar el curso de la enfermedad y, por lo tanto, constituye el pilar fundamental del tratamiento de la AR. Es más: gracias a la nueva medicación disponible para el tratamiento de la AR, se está consiguiendo mejorar de forma remarcable el pronóstico y la calidad de vida de las personas afectadas, con lo que el papel de la terapia no farmacológica empieza a ser menos importante de lo que era hace tan sólo unos años.

La terapia no farmacológica incluye un amplísimo abanico de recomendaciones generales y terapias complementarias con objetivos tan variados como adaptar los hábitos de vida a las capacidades del paciente, aliviar y/o saber convivir con el dolor, mejorar la flexibilidad de las articulaciones o sentirse con más energía y optimismo.

Educación del paciente y consejos sobre el estilo de vida

Es conveniente que todas las personas con AR conozcan, ya desde el momento del diagnóstico, cuáles son los aspectos más relevantes de su enfermedad y las repercusiones que ésta puede tener en sus vidas, pues ello les permitirá participar de forma activa y eficaz en la toma de decisiones. Así, la «educación del paciente» es una de las tareas a la que se consagra el equipo asistencial desde las primeras fases de la enfermedad.

Una vez establecido el diagnóstico y perfilado el pronóstico, el equipo asistencial informará al paciente acerca de las características de la enfermedad y recabará información sobre sus circunstancias particulares, como su situación laboral, sus hábitos de vida o el apoyo familiar y social con el que cuenta.

De esta manera, con la participación activa por parte del paciente, se esboza un «plan de tratamiento» a medio y largo plazo. Un plan en el que, además de contemplarse la terapia farmacológica, se individualizan las recomendaciones generales y se sugieren las terapias complementarias potencialmente convenientes según la gravedad de las manifestaciones y las circunstancias personales.

Recomendaciones para los pacientes con AR leve o controlada

En general, en los pacientes que se encuentran en las primeras fases de la enfermedad o que sólo tienen manifestaciones leves, así como en aquellos en quienes se ha conseguido una remisión (ausencia de dolor, rigidez e inflamación articular) y no presentan daño articular, las recomendaciones referentes a la salud son similares a las de la población general:

- Seguir una dieta sana.
- No fumar.
- Dormir un mínimo de ocho horas diarias.
- Realizar un ejercicio físico aeróbico moderado (30 minutos, tres veces por semana).
- Moderación en el consumo de bebidas alcohólicas.
- Evitar, dentro de lo posible, las actividades laborales o de ocio que conlleven un esfuerzo físico que sea demasiado intenso o sostenido.

Recomendaciones para los pacientes con síntomas y/o lesiones manifiestos

En las personas con síntomas más manifiestos o que presentan limitaciones en la movilidad, las recomendaciones son más estrictas y específicas, pues se establece un plan de reposo y ejercicio individualizado según la intensidad de los síntomas y las zonas esqueléticas afectadas.

En estos casos, también se recomienda evitar los trabajos u ocupaciones que requieren un esfuerzo físico intenso o continuo, mantenerse varias horas en una posición fija –ya sea de pie o sentado– o bien efectuar movimientos repetitivos con las articulaciones afectadas, sobre todo si tienen que realizarse de forma enérgica. Por la misma razón, se recomienda interrumpir más o menos cada media hora la actividad que se esté llevando a cabo, con el objeto de evitar sobreesfuerzos en las articulaciones comprometidas.

Importancia del reposo

Un reposo adecuado es parte esencial de la terapia no farmacológica, ya que permite que el organismo se recupere mejor y más rápido del desgaste que supone la actividad inflamatoria persistente, ayuda a combatir el cansancio y la debilidad muscular –tan comunes en las personas con AR– y contribuye a que las articulaciones trabajen menos.

La necesidad de reposo varía según las características y circunstancias individuales, pero también en función de las ocupaciones y el ejercicio físico que realice el paciente. Por ello, el equipo asistencial elabora un «plan de reposo y ejercicio físico» personalizado, en el que precisamente se contemplan todas estas variables.

Recomendaciones generales en relación con el reposo

Durante las fases de mayor actividad inflamatoria se recomienda incrementar el reposo y suspender el ejercicio físico, o por lo menos reducir su intensidad, mientras que en las fases de menor actividad inflamatoria o de remisión sintomática se aconseja lo inverso, aunque con matices: reducir hasta cierto punto el tiempo dedicado al reposo y retomar o incrementar el ejercicio físico.

Es conveniente que las personas con AR procuren dormir unas 8-10 horas diarias durante la noche y que, en los períodos de mayor actividad inflamatoria, destinen 30-60 minutos suplementarios al descanso a media mañana y a primera hora de la tarde.

Se aconseja mantener una cierta regularidad en lo que se refiere al tiempo destinado al reposo y los horarios de sueño. También son aconsejables los baños de agua caliente y los ejercicios de relajación tanto antes del reposo nocturno, porque ayudan a conciliar el sueño, como al levantarse por las mañanas, puesto que reducen la intensidad y la duración del dolor y la rigidez matutina.

Asimismo, se recomienda utilizar un colchón firme, colocar la almohada de forma tal que sujete la cabeza sin que quede muy levantada y, si se duerme de lado, poner un cojín bajo la cintura, en este caso para mantener el cuerpo bien alineado.

El ejercicio físico

La actividad y el ejercicio físico pueden contribuir a mejorar el estado general y de las articulaciones en las personas con AR siempre y cuando se practiquen de forma moderada, atendiendo a las circunstancias particulares que atraviesa cada paciente y, por supuesto, con el consentimiento del equipo asistencial.

Las recomendaciones en cuanto al ejercicio físico forman parte del referido «plan de reposo y ejercicio físico» personalizado que se elabora teniendo en cuenta aspectos tan variados como la edad y el estado físico del paciente; la intensidad de la actividad inflamatoria, el dolor y la rigidez articular; la presencia de un mayor o menor grado de limitaciones de los movimientos, y las preferencias individuales de cada persona.

En general, se recomienda reducir la actividad y evitar el ejercicio físico durante los períodos de intensa actividad inflamatoria, mientras que, por el contrario, se indica reiniciar e incrementar la actividad física cuando los síntomas son menos acusados y en los períodos de remisión.

Conviene evitar los ejercicios físicos y las actividades deportivas que conllevan la realización de esfuerzos intensos y mantenidos. En cambio,

Beneficios del ejercicio físico en las personas con AR

- Mejora el estado físico general.
- Previene y disminuye la rigidez articular.
- Fortalece la musculatura que moviliza las articulaciones afectadas.
- Incrementa la flexibilidad del cuerpo en general y de las articulaciones afectadas en particular.
- Alivia el dolor.
- Preserva el hueso y el cartílago articular.
- Mejora el estado de ánimo y la autoestima.

los ejercicios aeróbicos, como los que representan la marcha, andar en bicicleta y nadar, practicados con moderación, durante un mínimo de unos 30 minutos y tres veces a la semana, figuran entre los más recomendados.

También suele resultar conveniente realizar ciertos tipos de ejercicios específicos para las articulaciones afectadas. Así, los ejercicios «isométricos», en los que se contrae un músculo sin que se mueva la articulación implicada (por ejemplo, manteniendo una pierna extendida sin moverla), sirven para fortalecer la musculatura sin sobrecargar la articulación. O así también, los ejercicios «dinámicos», en los que se efectúa repetidamente todo el movimiento que consiente una articulación hacia una y otra dirección (por ejemplo, flexionar y estirar el brazo alternativamente), pueden ser de utilidad para prevenir la limitación del movimiento (en este caso, del codo).

Fisioterapia

La fisioterapia consiste en la utilización de un conjunto de medios físicos para el tratamiento de enfermedades, entre ellos el frío, el calor o las corrientes eléctricas, así como la realización de ciertos tipos de ejercicios físicos y la aplicación de masajes. Algunas pruebas realizadas por los fisioterapeutas sirven para controlar la evolución y los resultados de los tratamientos.

Las personas con AR pueden requerir la ayuda de la fisioterapia en diversas fases y circunstancias de la enfermedad, en particular para aliviar el dolor, reducir la rigidez y aumentar la flexibilidad articular. En general, se considera que estas terapias constituyen un complemento del tratamiento farmacológico y del ejercicio físico, ya que sólo tienen un efecto puntual y pasajero.

Calor superficial. El calor superficial se aplica mediante bolsas, almohadillas o mantas calientes, lámparas de rayos infrarrojos, baños de parafina o baños de agua caliente. Suele indicarse al levantarse por las mañanas y antes del ejercicio físico, y puede llevarse a cabo en el propio domicilio del paciente. Es importante que la aplicación de calor superficial no dure más de 20 minutos y que en ningún caso produzca dolor. Por la misma razón, se desaconseja dormir con una bolsa o manta caliente.

Calor profundo. El calor profundo se aplica mediante aparatos especiales que convierten la electricidad o los ultrasonidos en calor. Se trata de un procedimiento que se ha de llevar a cabo en sitios especializados, ya que requiere la orientación y ayuda por parte del fisioterapeuta.

Estimulación eléctrica transcutánea (TENS). La estimulación eléctrica de un determinado nervio a través de la piel se lleva a cabo con un aparato específico y bajo el control de un fisioterapeuta; puede ser de utilidad para aliviar el dolor y la rigidez articular.

Frío local. La aplicación de frío local, por ejemplo mediante bolsas de hielo, está indicada para casos de inflamación intensa y repentina o para evitar que una articulación se inflame y duela tras el ejercicio físico o la realización de movimientos repetidos con una articulación.

Dispositivos ortopédicos

A lo largo de la evolución de la enfermedad, las personas con AR pueden requerir la utilización de diversos tipos de dispositivos ortopédicos. Algunos de éstos se indican temporalmente, hasta que la articulación afectada se desinflame y deje de resultar dolorosa y, por lo tanto, pueda ser movilizada nuevamente. Éste es el caso de las férulas de reposo que se colocan en las extremidades (por ejemplo, en los dedos) o de los collarines que se utilizan para proteger el cuello. En cambio, los

Función de los dispositivos ortopédicos

- Inmovilizar temporalmente un determinado segmento esquelético, por ejemplo un dedo, una mano, una pierna o el cuello.
- Evitar la sobrecarga de una determinada articulación, en particular los tobillos, las rodillas y las caderas.
- Acelerar la recuperación funcional de una articulación con limitaciones en la movilidad.
- Evitar la adopción de las denominadas «posiciones viciosas».
- Prevenir el desarrollo de deformidades esqueléticas.

dispositivos ortopédicos que se utilizan para prevenir deformaciones, como por ejemplo plantillas para los pies, suelen ser necesarios durante períodos de tiempo muy prolongados.

Algunos de estos dispositivos sólo se utilizan para realizar ciertas actividades. Así, a veces se recomienda el uso de un bastón para evitar la sobrecarga de las rodillas y las caderas al caminar, o el de una rodillera para subir y bajar escaleras o realizar alguna actividad deportiva.

■ Terapia farmacológica

La terapia farmacológica constituye la base del tratamiento de la AR. Sus objetivos son aliviar los síntomas, conseguir la interrupción de la actividad inflamatoria, prevenir las lesiones articulares y evitar la pérdida de función articular.

Los principales fármacos que se utilizan en el tratamiento de la AR son los analgésicos, los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), los corticoides, los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) tradicionales y los FAME biológicos.

Las lesiones articulares propias de la AR comienzan a desarrollarse ya durante los primeros dos años de la enfermedad. Por ello, es aconsejable

Los medicamentos son nuestros «aliados»

Los fármacos utilizados en el tratamiento de la AR pueden originar diversos efectos adversos, algunos lo suficientemente relevantes como para interrumpir la administración de un medicamento y sustituirlo por otro. Sin embargo, más allá de los temores que puedan suscitar tales efectos adversos, conviene tener siempre presente que los medicamentos, cuando son utilizados de forma adecuada, siempre son «aliados» y nunca pueden considerarse como «enemigos».

sejable iniciar la terapia farmacológica de forma precoz, idealmente durante los primeros meses tras la aparición de los síntomas iniciales, sobre todo con los FAME, ya que con ello se puede mejorar de forma muy notable el pronóstico y la calidad de vida del paciente.

La terapia farmacológica de la AR puede llegar a ser muy compleja, pues tiene que ajustarse a la evolución de la enfermedad, a las circunstancias en las que se encuentre el paciente, a los resultados alcanzados con los tratamientos previos y a la eventual aparición de efectos adversos o existencia de contraindicaciones.

Utilizar de forma adecuada la medicación implica, sobre todo, no automedicarse, es decir, no tomar nunca los medicamentos sin tener en cuenta las prescripciones e indicaciones del facultativo.

Es especialmente importante que el paciente nunca suspenda por su cuenta el tratamiento con corticoides o con FAME, puesto que ello podría reducir notablemente la eficacia de la terapia e incluso dar lugar a la aparición de efectos adversos.

No automedicarse significa no tomar decisiones sobre la medicación al margen del facultativo, pero ello no implica desconocer la medicación que se toma. Muy al contrario, es conveniente que las personas con AR se familiaricen con los medicamentos que probablemente tendrán que utilizar durante prolongados períodos de tiempo: que sepan qué se espera de ellos, cómo y en qué momentos del día deben tomarlos, cuáles

fármacos no se pueden combinar entre sí o cuáles son sus principales efectos adversos.

En las visitas de control, el reumatólogo recabará información sobre todas las variables relacionadas con el tratamiento, haciendo especial hincapié en la terapia farmacológica. Así pues, estas visitas brindan el marco idóneo para que el paciente plantee todas las dudas e inquietudes que pueda tener en relación con la medicación que está tomando.

Los analgésicos

Los denominados analgésicos simples, como el paracetamol, actúan disminuyendo el dolor y la fiebre. En la AR, a veces se indican puntualmente para reducir estos síntomas, pero no suelen integrar los planes de tratamiento básicos porque no actúan sobre la inflamación y porque pueden alterar la actividad de otros fármacos. Por todo ello, aunque estos fármacos se pueden adquirir sin receta, las personas con AR no deben tomarlos sin el previo consentimiento del facultativo.

Los analgésicos más potentes, como la morfina y derivados, son muy efectivos para mitigar el dolor, pero tienen el inconveniente de inducir adicción, por lo que se reservan para situaciones extremas en las que las molestias son realmente intolerables.

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) constituyen un grupo de medicamentos que actúan por diversos mecanismos dando lugar a un alivio del dolor y una reducción de la inflamación.

Los AINE no interrumpen la actividad inflamatoria de fondo que existe en la AR, y por lo tanto no previenen el desarrollo de las lesiones articulares ni tampoco mejoran el pronóstico de la enfermedad. Además, tienen el inconveniente de poder generar diversos tipos de efectos adversos de importancia y de aliviar eficazmente la inflamación sólo cuando se indican en dosis elevadas y durante al menos un período de 2-4 semanas de tratamiento. Por todas estas circunstancias, el facultativo toma en consideración todos los posibles beneficios y riesgos potenciales en cada caso en particular antes de indicar un tratamiento con un AINE y también a la hora de ajustar las dosis o de sustituir un AINE por otro.

Los «AINE no selectivos» y los «AINE selectivos»

Los «AINE no selectivos» se vienen utilizando desde hace décadas, y entre ellos se encuentran el ácido acetilsalicílico (aspirina), el ibuprofeno, el diclofenaco, el naproxeno y la indometacina.

Por su parte, los «AINE selectivos» se denominan así porque actúan de forma específica sobre una enzima denominada ciclooxigenasa-2 (COX-2) que participa en el proceso inflamatorio. Entre estos fármacos se encuentran el colexib, el rofecoxib, el valdecoxib y el etoricoxib.

Ambos tipos de AINE son igualmente eficaces en el alivio del dolor y en la reducción de la inflamación, aunque los AINE selectivos generan menos efectos adversos gastrointestinales que los AINE no selectivos, por lo que se indican en las personas con AR que ya presentan este tipo de problemas.

Efectos adversos de los AINE

Los AINE pueden dar lugar a una amplia gama de efectos adversos. Algunos de ellos son irrelevantes o extremadamente infrecuentes, mientras que otros aparecen con más frecuencia o pueden ser más graves, sobre todo en determinados tipos de pacientes, en quienes, precisamente por ello, no están recomendados.

Precaución en el uso de los AINE

Los AINE se utilizan con especial precaución en pacientes:

- Con más de 65 años de edad.
- Con insuficiencia cardíaca congestiva.
- Con cirrosis hepática.
- Con alteraciones en la función renal.
- Que toman diuréticos.
- Que siguen un tratamiento anticoagulante.
- Con alergia al ácido acetilsalicílico.

Entre los principales efectos adversos que pueden provocar los AINE destacan las molestias digestivas, la úlcera gastrointestinal, las hemorragias digestivas, la retención de líquidos, la hipertensión arterial, algunos trastornos hepáticos y las reacciones alérgicas.

Corticoides

Los corticoides son medicamentos que poseen un efecto antiinflamatorio potente y resultan muy eficaces a la hora de aliviar el dolor, la rigidez y la inflamación articular.

Entre los corticoides más empleados en la AR destacan la prednisona, la metilprednisona y el deflacort. En general, se toman por vía oral, aunque también pueden administrarse mediante inyecciones intramusculares o intravenosas, e incluso se pueden inyectar directamente en la articulación o tejidos próximos mediante un procedimiento conocido como «infiltración».

Los corticoides pueden originar efectos adversos relevantes, sobre todo cuando se administran en dosis elevadas y durante períodos prolongados de tiempo. Entre tales efectos destacan la retención de líquidos,

Infiltraciones articulares con corticoides

La inyección de corticoides directamente en el interior de una articulación y los tejidos que la rodean es un procedimiento utilizado con bastante frecuencia en el tratamiento de la AR. Su finalidad es disminuir la inflamación, el dolor articular y la rigidez en alguna articulación que se encuentra notablemente afectada y no responde bien a la terapia farmacológica por vía oral.

Se trata de un procedimiento sencillo que se lleva a cabo de forma ambulatoria, no requiere una preparación especial, no entraña riesgos mayores y suele resultar muy eficaz, aunque sus efectos son temporales.

Se considera que una misma articulación no debería infiltrarse más de una vez cada tres meses y que las inyecciones repetidas en una misma articulación o la necesidad de infiltrar varias articulaciones son indicativas de que la terapia farmacológica no está resultando eficaz, por lo que habría que modificarla.

el aumento de peso corporal, la aparición o un empeoramiento de la diabetes, la formación de cataratas en los ojos, las infecciones y la osteoporosis o pérdida de densidad de los huesos.

En las personas con AR, los corticoides suelen administrarse en dosis bajas y en los períodos de mayor intensidad de los síntomas, mientras se espera que la acción antiinflamatoria de otros fármacos, en particular los FAME, dé sus frutos. Así pues, en general, se indican en las fases iniciales del trastorno y en los períodos de exacerbación sintomática. Pese a lo dicho, a veces es necesario administrarlos en dosis elevadas, sobre todo cuando se presenta alguna complicación extraarticular potencialmente grave, como por ejemplo una pericarditis.

Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) tradicionales

Los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) tradicionales se utilizan desde hace tiempo en el tratamiento de la AR, habiéndose constatado que no sólo son eficaces para reducir los síntomas, sino que también pueden retrasar la evolución de la enfermedad.

Otro aspecto positivo de los FAME tradicionales es que existe bastante experiencia en su uso, por lo que se conocen bien sus posibles efectos adversos y sus «interacciones», es decir, los efectos que tienen sobre otros tipos de medicamentos y viceversa.

No obstante, entre sus desventajas hay que mencionar que actúan lentamente (tardan entre uno y seis meses en comenzar a actuar), que su repercusión sobre la calidad de vida es, a veces, limitada, y que el ajuste de dosis requiere evaluaciones periódicas que sólo se pueden llevar a cabo mediante análisis de sangre y orina.

Los FAME tradicionales actúan lentamente

Los FAME tradicionales actúan de forma lenta y progresiva y no se utilizan para aliviar los síntomas. Por ello, siempre que sea necesario se administran de forma combinada con los AINE o los corticoides, que actúan rápidamente para disminuir el dolor, la rigidez y la inflamación articular.

El principal objetivo de la indicación de los FAME tradicionales es mejorar el curso de la enfermedad y, si es posible, conseguir su remisión, es decir, interrumpir la actividad inflamatoria de fondo. Esto último sólo se puede alcanzar si el tratamiento con FAME tradicionales se inicia en las primeras fases de la enfermedad y se mantiene durante largos períodos de tiempo. Hasta tal punto es así que en muchos casos se mantiene el tratamiento con FAME tradicionales aunque se haya conseguido la remisión de la enfermedad.

Entre los FAME tradicionales, el más utilizado es el metotrexato, pues es el que ha demostrado poseer un mejor perfil en lo que se refiere a eficacia y efectos adversos, así como una mayor comodidad de administración (se administra mediante una o varias dosis semanales por vía oral o bien mediante una sola inyección subcutánea o intramuscular).

Otros FAME tradicionales que se utilizan con frecuencia en el tratamiento de la AR son la leflunomida, la sulfasalacina y los denominados «antipalúdicos» (la cloroquina y la hidroxicloroquina).

En ocasiones, para optimizar los efectos de la terapia farmacológica con FAME se administran conjuntamente metotrexato y otro FAME tradi-

Características de los principales FAME tradicionales

Fármaco	Forma de administración	Efectos adversos
Metotrexato	Oral/inyectable	Náuseas, diarrea Caída de cabello Neumonitis Sanguíneos Daño hepático
Sulfasalacina	Oral	Náuseas, vómitos Erupciones cutáneas Molestias oculares
Leflunomida	Oral	Náuseas, vómitos Dolor abdominal Llagas en la boca Erupciones cutáneas Daño hepático
Antipalúdicos	Oral	Toxicidad ocular

cional, metotrexato con un FAME biológico o bien otras combinaciones de FAME.

Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) biológicos

Los FAME biológicos integran un grupo de medicamentos muy novedosos que se elaboran mediante procedimientos de ingeniería genética y que resultan muy eficaces tanto para frenar el proceso inflamatorio de la membrana sinovial como para prevenir el daño articular en la AR, sobre todo cuando se administran combinados con metotrexato u otro FAME.

Los FAME biológicos más utilizados son los que actúan contrarrestando o bloqueando el TNF- α , una proteína que participa de forma muy activa en los procesos inflamatorios, como es el caso de la inflamación de la membrana sinovial. Actualmente se dispone de cinco FAME biológicos anti-TNF- α : el adalimumab, el etanercept, el infliximab, el golimumab y el certolizumab pegol.

Los FAME biológicos no se administran por vía oral, sino mediante inyecciones subcutáneas o endovenosas con una frecuencia de una o dos veces por semana en el caso del etanercept, de una cada dos semanas en el caso del adalimumab y de una cada ocho semanas en el caso del infliximab.

Los FAME biológicos no suelen generar efectos adversos graves, aunque a menudo producen picor o reacciones alérgicas leves en las zonas de la piel en donde se aplica la inyección y pueden favorecer el desarrollo

FAME biológicos: un arma revolucionaria en el tratamiento de la AR

La aparición de estos nuevos medicamentos ha representado un cambio determinante en el tratamiento y el pronóstico de la AR. Así, se ha demostrado que alrededor de un tercio de los pacientes tratados con ellos entran en remisión, otro tercio sigue un curso razonablemente benigno y sólo el tercio restante no responde a esta medicación.

Características de los principales FAME biológicos anti-TNF- α

Fármaco	Forma de administración	Tiempo de acción	Efectos adversos
Infliximab	Intravenosa, cada ocho semanas	Días/3 meses	Infecciones Reacción infusional
Etanercept	Subcutánea, una o dos por semana	Días/3 meses	Infecciones Reacción local
Adalimumab	Subcutánea, cada dos semanas	Días/3 meses	Infecciones Reacción local
Certolizumab pegol	Subcutánea, cada dos semanas	Días/3 meses	Infecciones Reacción local
Golimumab	Subcutánea, cada mes	Días/3 meses	Infecciones Reacción local

de infecciones, sobre todo en los pulmones. Cabe destacar que estos fármacos pueden no estar recomendados en algunos pacientes con AR, por ejemplo en aquellos que tienen una insuficiencia cardíaca avanzada.

Hay otros FAME biológicos que no actúan sobre el TNF- α , sino sobre otros elementos que promueven la inflamación, y que a veces se utilizan en el tratamiento de la AR, como es el caso del rituximab, el abatacept y el tocilizumab.

Naturalmente, es el reumatólogo quien se encargará de indicar estos medicamentos, de combinarlos entre sí o bien con otros fármacos siempre que lo estime oportuno, aunque es aconsejable que el paciente conozca la medicación que toma y participe en las decisiones relativas al tratamiento de su enfermedad.

Protectores gástricos

Muchos de los medicamentos que se emplean en el tratamiento de la AR pueden generar efectos adversos en el tubo digestivo, en particular pesadez estomacal, náuseas, vómitos, irritación e inflamación de la mucosa gástrica (gastritis) y desarrollo de erosiones o úlceras (úlceras gastroduodenal).

Para prevenir o disminuir la intensidad de estos efectos adversos es conveniente seguir meticulosamente las instrucciones relacionadas con la administración del medicamento. Así, muchos de los medicamentos que se administran por vía oral, como por ejemplo los AINE, no deben tomarse con el estómago vacío, sino después del desayuno o de las comidas, para facilitar que se disuelvan antes de contactar con la pared gástrica. Por su parte, los corticoides también pueden generar efectos adversos gastrointestinales, concretamente porque aumentan la secreción ácida del estómago, algo que no sólo ocurre cuando se toman por vía oral, sino también cuando se administran mediante inyecciones.

En cualquier caso, cuando una persona tiene que seguir tratamientos intensos o prolongados con medicamentos que pueden generar efectos adversos de los ya señalados, es habitual que se prescriba algún fármaco «protector gástrico» para prevenir esta eventualidad, especialmente si existen antecedentes de gastritis o úlcera gastroduodenal.

Los protectores gástricos más utilizados en la actualidad son el omeprazol y derivados. Estos fármacos disminuyen la secreción de ácido por parte de la propia pared del estómago, alivian la sensación de pesadez estomacal después de las comidas, evitan en muchos casos las náuseas y los vómitos, y previenen el desarrollo de erosiones o úlceras.

Otro protector gastrointestinal bastante utilizado es el misoprostol, que es especialmente efectivo en la prevención de las hemorragias gastrointestinales en las personas que siguen un tratamiento prolongado con AINE.

■ La cirugía

Cuando la AR no se puede controlar adecuadamente mediante el tratamiento, la inflamación puede acabar originando lesiones graves e irreversibles en la membrana sinovial, el cartílago articular y el hueso. Tales lesiones, a su vez, pueden causar dolor, importantes limitaciones en la movilidad articular, desviaciones esqueléticas y una marcada dificultad para llevar a cabo las actividades laborales, las de ocio o incluso las tareas más elementales, como vestirse, lavarse, peinarse, comer o desplazarse con autonomía.

Es en estos casos cuando se suele recurrir a la cirugía ortopédica o reparadora, cuya finalidad es, precisamente, reducir el dolor, mejorar la movilidad de las articulaciones afectadas y dotar de una mayor autonomía al paciente con AR. Ocasionalmente, también se recurre a la cirugía para prevenir alguna complicación importante, por ejemplo para mejorar la estabilidad de la columna vertebral.

Lógicamente, la cirugía no está indicada en todos los pacientes con AR, sino sólo en aquellos que reúnen unas ciertas características relacionadas con la edad, el estado físico, la ocupación o el estilo de vida, en quienes una determinada técnica quirúrgica puede ofrecer una mejoría clara y previsible. Así, antes de indicar una intervención quirúrgica, el reumatólogo explicará al paciente los beneficios y riesgos que conlleva el tipo de intervención sugerida y solicitará interconsultas con el cirujano ortopédico y el médico rehabilitador.

Existe una gran diversidad de técnicas quirúrgicas utilizadas en pacientes con AR. Las más sencillas pueden llevarse a cabo mediante una «artroscopia», es decir, a través de un tubo que se introduce en la articulación, pero muchas otras, como ocurre con el reemplazo de una articulación natural por una prótesis, es necesario proceder a una intervención quirúrgica convencional, en la que se debe realizar una incisión amplia para poder actuar sobre los tejidos afectados.

En general, una vez superado el período posquirúrgico inmediato, el paciente regresa a casa y comienza la recuperación. En esta etapa, bajo la indicación del médico rehabilitador, el paciente deberá seguir un plan de ejercicios y reposo que ayudará a normalizar la función articular.

El tratamiento precoz y eficaz evita la cirugía

Hace algunos años se consideraba que más de un tercio de las personas con AR necesitarían someterse a uno u otro tipo de intervención quirúrgica a lo largo de la vida. Sin embargo, hoy en día, gracias a que cada vez más pacientes con AR se benefician de un diagnóstico precoz e inician un tratamiento con medicamentos muy eficaces en las fases tempranas de la enfermedad, es muy probable que las indicaciones quirúrgicas se reduzcan notablemente.

Como ocurre en otras vertientes del tratamiento de la AR, es muy aconsejable que el paciente se interese y conozca las opciones quirúrgicas que tiene a su disposición, puesto que es él quien realmente conoce cuál es el impacto que está teniendo la enfermedad en su vida cotidiana y quien, a fin de cuentas, deberá evaluar los riesgos y beneficios particulares que conlleva toda operación.

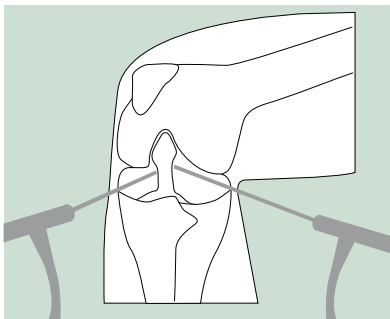
La artroscopia

La artroscopia es una técnica consistente en la introducción de un tubo en el interior de la articulación a través de un pequeño orificio en la piel. El instrumento, denominado artroscopio, es un tubo delgado y flexible provisto de un sistema de iluminación y lentes que permite visualizar con claridad las estructuras articulares. Además, a través del artroscopio se pueden introducir diversos utensilios que, manipulados desde el exterior, sirven para realizar procedimientos quirúrgicos en el interior de la cavidad articular.

La artroscopia, en el tratamiento de las lesiones de la AR, suele realizarse bajo anestesia general, aunque entraña mucho menos riesgos que la cirugía convencional y permite que la recuperación sea mucho más rápida. Está indicada para el diagnóstico y el tratamiento de numerosos tipos de lesiones que afectan a los tejidos intraarticulares, en particular de las grandes articulaciones, como las rodillas y las caderas.

Las principales indicaciones terapéuticas de la artroscopia en personas con AR incluyen la reparación o extirpación de tejido articular lesiona-

La artroscopia



La artroscopia consiste en la introducción de un tubo provisto de un sistema óptico en el interior de la articulación para poder visualizar lesiones y servir como guía para realizar intervenciones quirúrgicas en la cavidad articular.

do, la reparación de ligamentos y la sinovectomía o extracción de la membrana sinovial.

Sinovectomía

La sinovectomía consiste en la extirpación de una parte o la totalidad de la membrana sinovial, el tejido en el que se inicia el proceso inflamatorio de la AR. Este procedimiento quirúrgico se puede realizar mediante artroscopia o mediante una intervención quirúrgica convencional y está indicado para eliminar el dolor y mejorar la movilidad de una articulación afectada.

En la actualidad no se realiza con tanta frecuencia como en décadas pasadas, porque se ha visto que en muchos casos la membrana sinovial vuelve a crecer al cabo de unos años, aunque sigue siendo común efectuarla de forma complementaria cuando se lleva a cabo una cirugía convencional para reparar los tendones u otras estructuras vecinas.

Por el contrario, últimamente se está difundiendo un procedimiento equivalente, conocido como «sinovectomía isotópica o radiactiva», que consiste literalmente en la destrucción de la membrana sinovial inflamada mediante la introducción de sustancias radiactivas en el interior de la articulación.

Artroplastia (colocación de prótesis articulares)

La artroplastia consiste en el reemplazo de una articulación por una prótesis y es una de las opciones quirúrgicas más utilizadas en pacientes con AR. La artroplastia puede ser parcial o total, según se reemplacen sólo algunos o bien todos los componentes óseos de una articulación. Lógicamente, la artroplastia conlleva la reparación o extracción de otros tejidos articulares, como la membrana sinovial, el cartílago articular y los ligamentos.

En general, este procedimiento se indica cuando una articulación está gravemente comprometida, en particular porque el dolor, la limitación de los movimientos o las deformidades esqueléticas son de tal magnitud que impiden al paciente llevar a cabo actividades tan simples y necesarias como caminar.

Actualmente, la artroplastia se indica sobre todo en caso de afectación de las rodillas y las caderas, pues son éstas las prótesis con las que

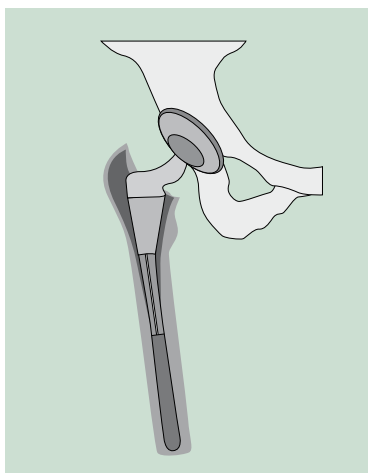
se tiene más experiencia. No obstante, en los últimos años se han ido produciendo notables avances en el reemplazo total de otras articulaciones, en particular los hombros y los codos.

A veces, durante la artroplastia o en el postoperatorio se presentan algunas complicaciones que se pueden prevenir seleccionando muy bien a los pacientes que se someten a este tipo de intervención y mediante un riguroso control a lo largo de todo el tiempo durante el que el paciente permanece hospitalizado.

Aunque las prótesis pueden no adaptarse bien o no mantenerse en buen estado al cabo de cierto tiempo, últimamente se están consiguiendo unos resultados muy satisfactorios con la artroplastia de rodilla y de cadera, en particular en pacientes con AR. Según datos estadísticos, estas prótesis se mantienen funcionales hasta en el 95% de los pacientes al cabo de 10 años y hasta en el 75% al cabo de 20 años.

Cuando una prótesis está desgastada o por alguna otra razón ya no es funcional, puede plantearse la conveniencia de realizar un recambio de prótesis, procedimiento que requiere una evaluación aun más meticulosa que la colocación de la primera prótesis, pero que incluso así está indicado en muchos casos.

Las prótesis articulares



Las prótesis articulares se adaptan con enorme precisión a las partes y formas de los huesos que reemplazan. En la mayoría de los casos están compuestas por una combinación de metal y plástico, si bien algunas se recubren con una capa de hidroxiapatita, mineral que forma parte del tejido óseo y permite al hueso sano adyacente crecer por debajo y, de esta manera, fijar mejor la prótesis. En la figura de la izquierda se representa una prótesis de cadera.

Otros tipos de intervenciones quirúrgicas

Reconstrucción tendinosa. En algunos casos, las lesiones articulares características de la AR acaban por lesionar algún tendón o bien propi-

Principales indicaciones quirúrgicas según localizaciones

Manos	<ul style="list-style-type: none"> • Reconstrucción de tendones • Artroplastia o colocación de prótesis que sustituyen a las articulaciones de la base de los dedos • Osteotomía o corrección de las desviaciones de los dedos
Muñecas	<ul style="list-style-type: none"> • Reconstrucción de tendones extensores de los dedos de la mano • Reparación de tejidos en caso de síndrome del túnel carpiano • Sinovectomía o extirpación de la membrana sinovial, acompañada de resección del extremo del hueso cúbito • Artrodesis o fusión de los huesos de la muñeca
Codos	<ul style="list-style-type: none"> • Sinovectomía o extirpación de la membrana sinovial, acompañada de resección de la cabeza del hueso radio • Artroplastia o colocación de una prótesis en sustitución del codo
Hombros	<ul style="list-style-type: none"> • Sinovectomía o extirpación de la membrana sinovial • Artroplastia o colocación de una prótesis en sustitución del hombro
Columna vertebral cervical	<ul style="list-style-type: none"> • Artrodesis o fusión de las vértebras para prevenir o tratar la compresión de nervios
Caderas	<ul style="list-style-type: none"> • Artroplastia o colocación de una prótesis en sustitución de la cadera
Rodillas	<ul style="list-style-type: none"> • Sinovectomía o extirpación de la membrana sinovial • Artroplastia o colocación de una prótesis en sustitución de la rodilla
Tobillos	<ul style="list-style-type: none"> • Artrodesis o fusión de los huesos de las articulaciones del tobillo • Reparación del tendón de Aquiles
Pies	<ul style="list-style-type: none"> • Extirpación de las cabezas de los huesos de las bases de los dedos • Extirpación de <i>hallux valgus</i> (juanetes)

cian su rotura. En estos casos, siempre tras una evaluación individualizada, puede recomendarse la reconstrucción tendinosa, procedimiento que consiste en suturar los cabos del tendón roto y, si es necesario, reacondicionar los tejidos vecinos. La reconstrucción tendinosa es una práctica bastante corriente, sobre todo en relación con los tendones de las manos, las muñecas y los hombros.

Resección ósea. La resección ósea, consistente en la extirpación quirúrgica de un segmento de hueso, también es una técnica quirúrgica bastante habitual en la AR. Así, a veces se recomienda la extirpación de un hueso del pie con el objeto de facilitar la marcha o bien la de un segmento de hueso del codo, de la muñeca o de un dedo para mejorar la función del segmento esquelético comprometido y aliviar el dolor.

Artrodesis. La artrodesis es una técnica quirúrgica que consiste en fusionar dos huesos que en condiciones normales están articulados, básicamente con el objeto de aliviar el dolor. Aunque actualmente se utiliza menos que antaño, a veces se sigue recomendando, sobre todo en relación con los huesos pequeños de las manos, las muñecas y los tobillos. Al quedar los huesos fusionados, la articulación pierde movilidad, pero gana en estabilidad, soporta mejor el peso y la presión, y, sobre todo, resulta menos dolorosa.

Osteotomía. La osteotomía es una técnica quirúrgica que implica el corte y remodelación de uno o más huesos. En los pacientes con AR, sólo suele ser necesario recurrir a este tipo de procedimiento en las fases avanzadas de la enfermedad, con el objeto de corregir una desviación esquelética que supone un problema serio desde el punto de vista estético y/o funcional.

