

## 1.- ARTRITIS REUMATOIDE

### 1. Introducción

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica de las enfermedades reumáticas más importantes, debido a la frecuencia con que ocurre en la población general predomina en el sexo femenino (3-4 mujeres por cada hombre) y aunque la edad de presentación más frecuente se encuentra entre los 25 y 45 años, la enfermedad puede iniciar en la infancia o en la tercera edad. Hasta ahora la etiología es desconocida.

**Clasificación.** De acuerdo a la presencia del **factor reumatoide** y a los **anti CCP** (anticuerpos antipéptido ciclios citriulinados: Positivo (presente), Negativo ausente), De acuerdo a la **clase funcional:** I, II, III, IV, De acuerdo al **tiempo de evolución:** De inicio muy temprano (los primeros 3 meses), De inicio temprano (de 6 meses a un año), Tardía (después de 2 años), De acuerdo al **grado radiográfico:** Grado I, II, III, IV y La presencia o ausencia de manifestaciones extraarticulares.

**Cuadro clínico.** La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica y proliferativa. En la **fase aguda**, la inflamación de la sinovia y el aumento de la cantidad de líquido sinovial dentro de la articulación son responsables del dolor, el aumento de volumen, la rigidez y la disminución de la capacidad funcional. **La fase crónica** se caracteriza por la recurrencia de episodios.

**Síntomas y signos.** Los síntomas y signos que reflejan la actividad inflamatoria son el dolor, el aumento de volumen, la rigidez y la disminución de la movilidad. Al inicio, las articulaciones más frecuentemente afectadas son las interfalángicas proximales (IP) de las manos, las metacarpofalángicas (MCF), las metatarsofalángicas (MTF) y las muñecas. Con menor frecuencia los hombros y las rodillas.

### 2. Codificación del Diagnostico CIE 10.

M05.9 Artritis Reumatoide sin otras especificaciones y con manifestaciones extraarticulares

M05.0 Síndrome de Felty

M05.1 Enfermedad reumatoide del pulmón

M05.2 Vasculitis reumatoide

M05.3 Artritis reumatoide con compromiso de otros órganos o sistemas

M05.8 Otras artritis reumatoideas seropositivas

### 3. Elementos diagnósticos

#### Criterios revisados en 1987 para la clasificación de la Artritis reumatoide

Criterio	Definición
1. Rigidez matutina	Rigidez matutina y en las articulaciones y alrededor de ellas por lo menos de una hora de duración antes de la mejoría máxima.
2. Artritis de tres o más articulaciones	Al menos tres áreas articulares deben tener simultáneamente hinchazón de tejidos blandos o derrame (no sólo crecimiento óseo), observado por un médico. Las 14 áreas articulares posibles son: interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF), muñecas, codos, rodillas, tobillos, y metatarsfalángicas (MTF), derechas e izquierdas.
3. Artritis de las articulaciones de las manos	Al menos un área articular inflamada, según se describe antes de la muñeca, MCF o IFP proximal.
4. Artritis simétrica	Afección simultánea de las mismas áreas articulares (como en 2) en ambos lados del cuerpo (el trastorno bilateral de IFP, MCF y MTF es aceptable sin absoluta simetría).
5. Nódulos reumatoides	Nódulos subcutáneos sobre las prominencias óseas, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares, observadas por un médico.
6. Factor reumatoide en el suero	Demostración de cantidades anormales de "factor reumatoide" en el suero por un método que sea positivo en menos de 5% de la población de controles normales.
7. Cambios radiológicos	Cambios radiológicos típicos de artritis reumatoide en la radiografía PA de manos y muñecas.

**Nuevos Criterios de clasificación de ARTRITIS REUMATOIDE iniciativa colaborativa del Colegio Americano de reumatología / Liga Europea Contra el Reumatismo**

A – D Un registro de  $\geq 6 / 10$ , se necesita para el diagnóstico de AR definida.

**Afección articular**

1 Articulación grande	0
10 articulaciones grandes	1
1 – 3 pequeñas articulaciones	2
4 – 10 pequeñas articulaciones (con o sin afección a articulaciones grandes)	3
> 10 articulaciones (con al menos una articulación pequeña)	5

**Serología** (Se necesita al menos una prueba para la clasificación)

FR Negativo u anti CCP Negativo	0
FR positivo bajos o anti CCP bajo	2
FR positivo altos o anti CCP alto	3

**Reactantes de fase aguda** (por lo menos uno para clasificarlo)

VSG y PCR normales	0
VSG anormal o PCR anormal	1

**Duración de los síntomas**

< de 6 semanas	0
$\geq 6$ semanas	1

Estos criterios fueron desarrollados para aplicarse en pacientes nuevos con enfermedad indiferenciada, Y sirven como base para iniciar tratamiento modificador de la enfermedad más temprano en la evolución de la enfermedad y no excluye a los pacientes con una evolución más tardía.

**Manifestaciones extraarticulares:** La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica, por lo tanto, es posible que diversos órganos y sistemas sufran las consecuencias del proceso inflamatorio y proliferativo vascular y perivascular que la caracteriza.

**Aspectos radiográficos:** Los cambios en la artritis reumatoide dependen del tiempo de evolución y de la gravedad de la enfermedad. En las etapas iniciales, el aumento de volumen y frecuentemente se acompaña de osteopenia yuxtaarticular. Puede haber anquilosis ósea. También erosiones marginales que se extienden a la superficie articular, quistes y erosiones subcondrales.

**Estudios de laboratorio:** Las alteraciones más frecuentes son anemia normocítica normocrómica o hipocrómica, trombocitosis y aumento de la concentración de proteína C reactiva y de la velocidad de sedimentación y globular y factor reumatoide positivo en el 80 %. Anti CCP puede variar en la AR temprana de 41 a 81 % y en AR establecida entre el 56 y el 80%.

#### **4. Indicaciones terapéuticas.**

El objetivo principal del tratamiento de la artritis reumatoide es la disminución de la intensidad de los síntomas y signos de la enfermedad y la reducción del riesgo de aparición de alteraciones estructurales graves que limiten la capacidad funcional.

**a) Medicamentos.** Antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y modificadores del curso de la enfermedad. Los medicamentos modificadores del curso de la enfermedad más utilizados en la actualidad son el metotrexato, la sulfasalazina, la leflunomida, menos frecuente la cloroquina e hidroxicloroquina. Agentes biológicos entre estos medicamentos se encuentran los bloqueadores del factor de necrosis tumoral  $\alpha$  o su receptor (infliximab, etanercept, adalimumab y golimumab) para el bloqueo de la acción de las células B CD 20 está el Rituximab y el más reciente inhibiendo selectivamente la función del linfocito T con la proteína CTLA4Ig como el abatacept. Es importante tomar en cuenta que requieren un monitoreo constante a través de biometría hemática, pruebas de función hepática y en especial una vigilancia estrecha por la posibilidad de aparición de infecciones y más recientemente pequeñas moléculas de uso oral como los inhibidores de cinasas, también con buenos resultados siempre y cuando estén bien elegidos que los pacientes lo recibirían.

**b) Tratamiento quirúrgico.** El tratamiento quirúrgico reconstructivo debe producir cambios significativos en el estado clínico y en la calidad de vida del enfermo con artritis reumatoide.



## Bibliografía

1. Panayi GS. The immunopathogenesis of rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1993;32: suppl 1989;79:67 – 96
2. Edwards JC, Cambridge G, Abrshams VM. Do self-perpetuating B lymphocytes drive human autoimmune disease? *Immunology* 1999;97:188 – 96
3. Sherrer YS, Bloch DA, Mitchell DM, Young DY, Fries JF. The development of disability in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1986;29:494–500.
4. Moctezuma JF. Manifestaciones articulares de la artritis reumatoide *Rev Mex Reumatol* 2002;73:211-219
5. Pincus T, Callahan LF, Sale WG, et al. Severe functional declines, work disability, and increased mortality in seventy-five rheumatoid arthritis patients studied over nine years. *Arthritis Rheum.* 1984;27:864–872.
6. Moreland LW, Baumgartner SW, Schiff MH, et al. Treatment of rheumatoid arthritis with a recombinant human tumor necrosis factor receptor (p75)–Fc fusion protein. *N Engl J Med* 1997;337:141-7.
7. Olsen NJ, Stein CM. New Drugs for Rheumatoid Arthritis. *N Engl J Med* 2004; 350:2167–79.
8. Joel M. Kremer, M.D., Rene Westhovens, M.D., Ph.D., et al. Treatment of Rheumatoid Arthritis by Selective Inhibition of T-Cell Activation with Fusion Protein CTLA4Ig. *N Engl J Med* 2003;349:1907-15.
9. Jonathan C W Edwards, M.D., Leszek Szcepański, M.D., Ph.D., Jacek Szcepański, M.D., David R. et al. Efficacy of B-Cell-Targeted Therapy with
10. Rituximab in Patienets with Rheumatoid Arthritis. *New Engl J Med* 2004;350:2572-81
11. James R. O'Dell, M.D. Therapeutic Strategies for Rheumatoid Arthritis. *N Engl J Med* 2004;350: 2591–2602.
12. Daniel Aletaha, Tuhina Neogi, Alan J. Silman, Julia Funovits, David T. Felson, et al. 2010 Rheumatoid Arthritis Classification Criteria An American College of Rheumatology/European

League Against Rheumatism Collaborative Initiative. *Arthritis Rheum* 2010;62:2569-81 y *Ann Rheum Dis* 2010 69: 1580-1588.

13. Kremer JM, Bloom BJ, Breedveld FC. The safety and efficacy of a JAK inhibitor in patients with active rheumatoid arthritis: Results of a double-blind, placebo- controlled phase IIa trial of three dosage levels of CP-690,550 versus placebo. *Arthritis Rheum*. 2009;60:1895–905.

14. M.H. Cardiel et al. Update of the Mexican College of Rheumatology Guidelines for the Pharmacologic Treatment of Rheumatoid Arthritis *Reumatol Clin*. 2014;10(4):227–240.