

11226  
24/83



# Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

EL MEDICO FAMILIAR Y EL PACIENTE CON  
ARTRITIS REUMATOIDE; POSIBILIDADES  
DIAGNOSTICAS, TERAPEUTICAS Y DE CONTROL

## TESIS

Que para obtener el Grado de Especialista en :

MEDICINA FAMILIAR

Presenta

Dr. Gerardo García Trujillo

U. M. F. No. 1

I. M. S. S.



**IMSS**

Puebla, Pue.

1984-1986

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

- I N D I C E -

I.- INTRODUCCION.....	I, 2
II.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS.....	3-21
III.- MATERIAL Y METODOS.....	22-23
IV.- RESULTADOS.....	23,24
V.- DISCUSION.....	25,26
VI.- CONCLUSIONES.....	26,27
VII.- RESUMEN.....	27,28
VIII.- BIBLIOGRAFIA.....	29,30

## I.- INTRODUCCION.

En 1858, Sir. Alfred Garrod introdujo el vocablo "Artritis Reumatoide" para un síndrome que él apreció como diferente de la "Gota" y de la "Fiebre Reumática Aguda". Con pocas excepciones su definición se ajusta a la definición moderna. El criterio de la "Asociación Americana de Reumatología" para la Clásica; Definida; Probable y Posible, artritis reumatoide ha llevado a información más precisa en los estudios clínicos, pero el diagnóstico sigue descansando, principalmente, en la exclusión de otras causas de sinovitis.

La A.R., es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida caracterizada, principalmente, por artritis simétrica de grandes y pequeñas articulaciones de las extremidades, pero que puede afectar otras articulaciones y otros aparatos y sistemas.

En términos generales, el grado de destrucción articular y de atrofia muscular se relaciona con el tiempo de evolución del padecimiento el que puede seguir alguno de los siguientes caminos: a).- La enfermedad tiende a la cronicidad pero las recaídas son cada vez menos importantes con relación a la primera; b).- Curso intermitente, con exacerbaciones y remisiones completas; c).- Curso intermitente, sin remisión completa que conforme pasa el tiempo llega a presentar niveles bajos de actividad reumática, disminuyendo al mismo tiempo las manifestaciones clínicas; d).- Curso gradualmente progresivo, - la que si llega a persistir por diez años es poco probable -- que remita; e).- Curso con actividad poco intensa por largo tiempo que puede ser de inicio grave, posterior al primer ataque que es muy florido y grave y en el que el paciente presenta remisión clínica y; f).- Maligno, clasificado así debi-

do a la rapidéz con la que progresa hacia la incapacidad y en ocasiones hasta la muerte, pese a la terapéutica empleada. Afortunadamente a este último grupo pertenece la minoría de -- los casos.

La artritis reumatoide, sigue siendo un padecimiento cuya etiología se desconoce a pesar de los adelantos de la ciencia médica. No obstante, el entendimiento de algunos mecanismos - inmunológicos permite explicar mejor ciertos fenómenos del daño que ocasiona la enfermedad, sin duda el más grave entre -- los padecimientos reumáticos debido a su severidad, cronicidad y particular característica de incapacitación física en -- quien lo padece.

Ante el tratamiento de una A.R., hemos de tener en cuenta dos nociones: a).- Los tratamientos de que disponemos en la -- actualidad no son curativos y, b).- En principio, es posible que debamos emplearlos durante toda la vida.

Con los medios de que disponemos en la actualidad nos he-- mos de limitar a cuidar al poliartrítico procurando "aliviarlo". En este sentido puede hacerse mucho, siempre que conozca -- nos nuestros objetivos y limitaciones.

Los objetivos son: reducir la inflamación articular, pre-- servar la función de las articulaciones, prevenir las defor-- maciones y enseñar al paciente a vivir con su enfermedad.

Estos objetivos deben cumplirse con la premisa de lograr -- el máximo control posible con el mínimo riesgo para el enfer-- mo

## II.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

### GENERALIDADES.

La Artritis Reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida caracterizada, principalmente, por artritis simétrica de grandes y pequeñas articulaciones de las extremidades, pero que puede afectar otras articulaciones y otros aparatos y sistemas. (I)

La A.R. es más común entre los 20 y 50 años de edad. Antes de los 18 años se presenta la Artritis Reumatoide Juvenil con características clínicas e inmunológicas particulares. Afecta más a las mujeres que a los hombres en proporción de 2:1. Su distribución es mundial, aunque algunos expertos informan mayor frecuencia en los países nórdicos con climas fríos y húmedos pero, por otra parte, las investigaciones estadísticas recientes señalan que su frecuencia en regiones tropicales es mayor de la que se había considerado. (I2)

Desde hace años, estudios bioestadísticos en familiares de pacientes con artritis reumatoide señalaron la posibilidad de una influencia genética. La presencia de la enfermedad en gemelos homocigotos es mucho más frecuente que lo esperado en la población general. La tendencia hereditaria está apoyada por la asociación del antígeno de histocompatibilidad HLA-DW3 con la artritis reumatoide, en la que es tres veces más frecuente que en la población general. También se ha concluido que los familiares de enfermos con artritis reumatoide son portadores del factor reumatoide en mayor porcentaje que el resto de la población. (I,I2)

Aunque se desconoce la causa de la AR, existen múltiples -

datos de observación clínica y experimentación que inducen a pensar que la inflamación que la caracteriza resulta de la acción inmunógena de un microorganismo (virus, bacteria o mutación).

Se ha postulado que el virus de Epstein-Barr y los C-oncovirus son posibles causas desencadenantes de la inmunoinflamación. El micoplasma es otro agente que se ha involucrado en la patogenia de la AR, sin que se haya demostrado su participación. (12)

#### INMUNOPATOLOGIA.

En la sangre de la mayoría de los pacientes con AR puede detectarse un anticuerpo que se conoce como factor reumatoide y que se dirige contra los determinantes antigénicos del fragmento Fc de la IgG; el anticuerpo que se detecta con los procedimientos actuales de laboratorio es una IgM, pero también se han demostrado IgG anti IgG e IgA anti IgG. Por lo tanto, la actividad de las antigamaglobulinas está asociada a las 3 clases principales de inmunoglobulinas: IgG, IgM e IgA.

Los factores reumatoides forman complejos solubles con su antígeno (IgG). Estos complejos son capaces de reaccionar con factores reumatoides (IgM), activan intermediarios de la inflamación dependientes del complemento y estimulan la fagocitosis y la subsecuente liberación de enzimas hidrolíticas.

En la AR la membrana sinovial está infiltrada por linfocitos T y, en menor proporción, por linfocitos B y células plasmáticas. Se ha demostrado que estas células producen inmunoglobulinas, muchas de las cuales tienen actividad de factor reumatoide (anti-IgG) y otras de anticuerpos antinucleares.

En el líquido sinovial de los sujetos con AR, se ha demostrado la existencia de estos anticuerpos tanto libres como --

formando complejos inmunes con IgG (factores reumatoides), -- con DNA (anticuerpos antinucleares), con colágena y con otras sustancias. Los complejos inmunes (complejo inmune=F.R.+Inmunoglobulina+Linfocitos) activan el sistema de complemento, ha biéndose demostrado diversos productos de la activación del -- complemento en el líquido sinovial de pacientes con AR. La -- activación del complemento libera sustancias vasoactivas que favorecen la hiperemia, y factores quimiotácticos que atraen a los PMN que fagocitan a los complejos inmunes y liberan un gran número de enzimas lisosomales al líquido sinovial. Estas enzimas producen daño tisular y actúan sobre el cartilago y -- el hueso, lesionandolos. Se ha demostrado que los neutrofilos pueden descargar las enzimas lisosomales al ponerse en contac to con los complejos inmunes aún sin fagocitarlos como sucede cuando la fagocitosis se ve impedida por condiciones de super ficie. Esto último podría ocurrir en la superficie del carti lago articular en la que se han encontrado inmunoglobulinas y componentes del complemento del 67 al 90% de los pacientes -- con AR. Conforme el proceso inflamatorio persiste, el espesor de la membrana sinovial aumenta al acumularse un mayor número de células sinoviales y de células inflamatorias (linfocitos, células plasmáticas, macrófagos, algunos neutrofilos y esca sas células gigantes) y se agrega tejido de granulación con -- proliferación vascular, fibroblastos y colágena, de manera -- que la sinovial se vuelve gruesa. Cuando el tejido de granu lación es tan importante que cubre al cartilago, recibe el -- nombre de "pannus".

El cartilago es relativamente resistente a las enzimas li sosomales, pero en los borde de la articulación, donde el car tilago termina, el hueso solamente está cubierto por la mem brana sinovial y aparecen erosiones óseas. Posteriormente, en



las zonas en las que el cartílago se ha destruido en todo su espesor, aparecen lesiones erosivas en el hueso subcondral.-- Finalmente, se pierden los elementos que constituyen la articulación y sobreviene la anquilosis fibrosa u ósea.

Las lesiones extra-articulares de la AR como la vasculitis y los nódulos reumatoides, etc., se deben, probablemente, al depósito de complejos inmunes en las paredes de los vasos, como se ha demostrado con inmunofluorescencia y otras técnicas.

### CUADRO CLINICO.

#### I.- Cuadro Prodrómico:

El enfermo presenta síntomas vagos como astenia, adinamia, fenómenos vasomotores, irritabilidad psíquica, parestesias y predominantemente algias y artralgias de localización imprecisa e intensidad variable, localizadas sobre todo en las manos; hay disminución de la fuerza de prensión y cierta rigidez, especialmente matutina; puede haber hipertermia por arriba de 37.8 oC, que puede deberse a foco infeccioso concomitante o por AR activa.

#### 2.- Cuadro Articular Inicial:

Habitualmente la inflamación es poliarticular y se presenta de manera insidiosa. Las articulaciones más afectadas al inicio del cuadro son las metacarpo o metatarsofalangicas e interfalangicas proximales de manos y pies. Los dolores y rigidez del principio se intensifican por las mañanas con duración por más de 30 minutos, mejorando transitoriamente con las actividades del día. Aparece la inflamación y aumenta el volumen de articulaciones de manera progresiva, extendiéndose a otras articulaciones mayores (muñecas, rodillas, tobillos). En las manos la inflamación se hace más ostensible y presenta

el aspecto característico de dedos en forma de "huso".

Es típico de la AR su tendencia a ser holoarticular, simétrica (en relación con las del lado opuesto), constante y progresiva. La inflamación de cada articulación es global y fusiforme, sin extenderse a los tejidos para-articulares; no se observa rubor ni edema periarticular. En cambio a la palpación, se aprecia engrosamiento de la membrana sinovial y aumento del líquido sinovial. Esta descripción, sin ser absoluta es útil para diferenciar la AR con otras artropatías como Gota, Fiebre Reumática, diversas infecciones, etc. Cursa con dolor espontáneo y constante, pero también provocado por la presión (sensibilidad) y movilidad articular.

Prácticamente todas las articulaciones diartrodias del organismo pueden ser afectadas, con excepción de las interfalangeas distales de las manos, dato útil para diferenciarla de la Gota, Osteoartritis (nódulos de Heberden) y artritis psoriasica, así como ciertas variaciones.

### 3.- Cuadro Articular En Fases Intermedias y Avanzadas:

Por su tendencia progresiva, en la evolución de la poliartritis reumatoide se lesionan mayor número de articulaciones y aumenta el daño en las ya involucradas. Como consecuencia, la inflamación se agrava y aparecen múltiples tipos de deformaciones.

El deterioro de la mecánica articular produce limitación de movimientos con incapacidad local, regional o total, de tipo transitorio o permanente. A ello contribuye no sólo la lesión de estructuras articulares, sino también de los músculos, vasos y nervios.

### 4.- Lesiones o Deformaciones Articulares Especiales:

Son consecuencia de múltiples factores, entre los que ---

conviene mencionar: inflamación sinovial, destrucción cartilaginosa y erosiones, y proliferaciones óseas que junto con la atrofia y contractura de los músculos, así como procesos fibróticos de la cápsula, fascia o tendones, conducen a desviaciones, subluxaciones y posiciones viciosas de las articulaciones y del sistema músculo-esquelético. A continuación se describen algunas de ellas:

- Desviación cubital de los dedos de la mano.
- Subluxación metacarpofalángica.
- Dedos en "cuello de cisne" con flexión de articulaciones interfalángicas y metacarpofalángicas distales, con extensión de interfalángicas proximales.
- Dedos de Botounier.
- Rotura del extensor largo del pulgar e incapacidad para la prensión.
- Tenosinovitis dorsal de la muñeca.
- Dedos de los pies en "gatillo de fusil".
- Múltiples subluxaciones y deformaciones abigarradas de manos, rodillas y pies.
- Anquilosis fibrosa y ósea.
- Lesiones vertebrales del cuello con destrucción ósea por nódulos reumatoides y subluxación cervical con compresión radicular o medular.
- Múltiples deformaciones en los pies.

##### 5.- Manifestaciones Extra-Articulares:

La inflamación del tejido conectivo en el resto del organismo ocasiona diversas lesiones tisulares u orgánicas, pues existe una relación directa entre la presencia de manifestaciones extrarticulares y la mayor actividad de la enfermedad articular, de los cambios radiológicos y de los títulos de ---

factor reumatoide. A continuación se mencionan por orden de frecuencia e importancia dichas manifestaciones:

- Nódulos subcutáneos o perióstricos sobre puntos de presión o fricción: codos, cara posterior de antebrazo, nuca, etc. Se observan en el 20-30% de los casos, sobre todo en AR activa y con factor reumatoide positivo.
- Lesiones Oculares: se presentan en el 3-5%. Pueden ser variadas, aunque las más frecuentes son la episcleritis, escleritis, conjuntivitis, iritis y nódulos con escleromalacia. Si se incluye al Sind. de Sjögren, la frecuencia es más elevada, el cual se caracteriza por queratoconjuntivitis seca (sicca), sequedad de la mucosa oral y AR.
- Alteraciones Musculares: Se deben a actividad inflamatoria (10-25%), atrofia por desuso o yatrogenia.
- Vasculitis: arteritis distal, ulceraciones cutáneas, lesiones de vasa vasorum con neuropatía periférica, viscerales y acroteolisis. Debido al problema de vasculitis puede presentarse Fenómeno de Raynaud.
- Alteraciones Cardíacas: dependen de lesiones granulomatosas proliferativas y de vasculitis. Su frecuencia clínica es de 5-10%.
- Alteraciones Pleuropulmonares: pleuritis, fibrosis intersticial (2-4%), neumonitis, hipertensión pulmonar, Sind. de Caplan, derrame pleural crónico.
- Alteraciones Hemáticas: la principal alteración es la anemia normocítica hipocrómica por eritropoyesis deficiente, con bajos niveles séricos de hierro y de su poder de fijación. Además, se han observado anemias yatrogénicas por microhemorragias gastrointestinales.

- Otras Lesiones: esplenomegalia sin hiperesplenismo (10-15%) y con hiperesplenismo (Síndrome de Felty). La lesión cutánea más frecuente es la psoriasis. También puede existir amiloidosis que siendo secundaria afecta principalmente al hígado y riñón. Su frecuencia es muy discutida aunque clínicamente se presenta del 2 al 3%. En el sistema nervioso se puede observar neuritis e inestabilidad emocional.

#### DIAGNOSTICO.

A pesar de la gran frecuencia de presentación de la AR y que se le ha identificado desde hace 80 años, no hay un método rápido, simple y definitivo de diagnóstico, por lo que la identificación de la enfermedad se basa en la asociación o ausencia de varios factores. El diagnóstico se complica por el hecho de que muchas enfermedades presentan signos y síntomas similares.

Todo Médico Familiar que sospeche en un paciente el diagnóstico de artritis reumatoide debe tener en cuenta 3 elementos indispensables para hacer el diagnóstico de dicha entidad

- . Interrogatorio o anamnesis de una manera bien dirigida.
- . Exploración física detallada y bien orientada.
- . Estudios de laboratorio y radiología que estén a su alcance para hacer la confirmación del diagnóstico y excluir otras enfermedades posibles.

A continuación se hace una revisión de los estudios de laboratorio y gabinete existentes para el diagnóstico de la AR y aunque algunos no están al alcance para el Médico Familiar, no se dejará de mencionarlos. Para ello, hemos decidido dividirlos o clasificarlos en exámenes de laboratorio no específicos y específicos, rayos "X" y estudios especiales.

I.- Exámenes de Laboratorio No Específicos:

- Biometría hemática: casi siempre nos mostrará anemia de tipo normocítica hipocrómica.
- Velocidad de sedimentación glóbular (V.S.G.): generalmente se encuentra aumentada, como reflejo del proceso inflamatorio y que es de gran utilidad para evaluar la gravedad del padecimiento y posteriormente su evolución.
- Proteína "C" reactiva: es positiva en forma inconstante.
- Células L.E.: son positivas en un 10% de los casos.
- Exámen general de orina (EGO): los individuos con L.E.S. -- a menudo muestran proteinuria, hematuria y cilindriuria. Además el análisis de orina permite descartar a los padecimientos sistémicos como causa de síntomas musculoesqueléticos.
- Anticuerpos antinucleares: son positivos en forma inconstante ya que también aparecen en otras enfermedades como la esclerosis sistémica progresiva y L.E.S.
- Factor Reumatoide (FR): Se detecta en el 80% de los casos, aproximadamente, en los sujetos con AR. Sin embargo no es un factor específico, porque también aparece en otras enfermedades y en el 5% de la población general. Títulos mayores de 1:160 sugieren con mayor probabilidad la presencia de AR. Generalmente se utiliza la prueba de Latex aunque también se puede determinar mediante la reacción de Waaler-Rose (eritrocitos de carnero) siendo positiva, entre el 60 y el 90% de los casos.
- Creatinfosfoquinasa: Se encuentra elevada en caso de miositis.

- Complemento hemolítico: los componentes del complemento pueden consumirse durante la respuesta inmunitaria, de tal forma que los niveles de complemento en suero descienden. La medición de complemento es muy útil para evaluar el grado de actividad clínica en enfermedades por complejos inmunes.
- Pruebas serológicas (VDRL): son falsas positivas en forma inconstante.

## 2.- Exámenes de Laboratorio Específicos:

Aunque ninguno de los exámenes de laboratorio puede considerarse específico en este padecimiento, los que más se aproximan a este término serían la presencia de factor reumatoide en el suero o en el líquido sinovial y la presencia de células RA (ragocitos en este último).

Siendo la AR un padecimiento que afecta primordialmente a la membrana sinovial, es indudable que ocasiona cambios en el líquido por ella producido. Los cambios más frecuentes observados son turbidez, disminución de la viscosidad, disminución de la mucina, presencia de células en número mayor de 3 000 - con predominio de PMN (75%), disminución del complemento y presencia de células RA o ragocitos, que son PMN con inclusiones en forma de granulos esféricos y densos que contienen combinaciones variables de IgG, IgM y fibrina. También en el líquido sinovial puede encontrarse el factor reumatoide en algunos casos de AR seronegativos lo que ayuda importantemente al diagnóstico.

El número normal de leucocitos en el líquido sinovial es de 200 células por milímetro cúbico, con número promedio de - neutrofilos, de 0 a 25%.

### 3.- Estudios Radiológicos:

Es conveniente aclarar que en ocasiones los signos y síntomas de la enfermedad preceden a las manifestaciones radiológicas y que por lo tanto, los estudios radiológicos normales de ninguna manera pueden excluir la posibilidad de enfermedad articular. Por lo general, los estudios radiológicos son de gran utilidad ya que pueden proporcionar al médico familiar o al especialista a confirmar el diagnóstico, orientar en relación con el pronóstico y la extensión de las lesiones así como ayudar en la selección del tratamiento.

Los cambios se observan principalmente en las articulaciones pequeñas de manos y pies, del carpo y del tarso, y con menos frecuencia en rodillas, hombros, codos y caderas, por lo que el estudio global de todas las articulaciones no está justificado ni es útil.

Las alteraciones radiológicas que se observan en los pacientes con AR pueden ser tempranas y tardías y aparecen entre los 3 y 6 meses después de la iniciación del cuadro clínico.

#### - Alteraciones tempranas:

- . Engrosamiento del espacio articular.
- . Engrosamiento fusiforme de partes blandas periarticulares
- . Osteoporosis epifisiaria de los huesos que forman la articulación.
- . Erosiones de la corteza articular.
- . Disminución del espacio articular.

#### - Alteraciones Tardías:

- . Osteoporosis generalizada.



- . Desaparición total del espacio articular.
- . Subluxaciones y dislocaciones con dirección cubital de -- las manos.
- . Destrucción ósea extensa.

#### 4.- Estudios Especiales:

##### - Centellografía articular:

El procedimiento es muy sensible para determinar inflamación articular aunque es inespecífico. Su mayor utilidad está en la distinción de algunos casos dudosos con artralgiás pero sin flogosis clínicamente detectable en los que la gammagrafía demuestra una verdadera artritis. Es muy útil en la espondilitis anquilosante y en otras enfermedades reumáticas, para detectar inflamación de las articulaciones sacroileacas o en otras articulaciones difíciles de explorar.

##### - Artroscopía:

Algunos autores pregonan que este tipo de estudio no tiene ya ninguna indicación para el estudio ni para el tratamiento de los pacientes con AR. Sin embargo, otros autores refieren que este tipo de método de exploración articular es sumamente útil, no sólo para el diagnóstico nosológico, sino también para estudiar el proceso inflamatorio y valorar la importancia y grado de actividad. Los beneficios que aporta este método no sólo consisten en la posibilidad de observar macroscópicamente la membrana sinovial y cartilago enfermos, sino también ofrece la oportunidad de obtener biopsia bajo control visual seleccionando la parte del tejido más adecuada para el estudio histopatológico.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS PARA ARTRITIS REUMATOIDE.

Con el fin de unificar el diagnóstico de la A.R., la Asociación Americana de Reumatología ha elaborado un listado de 11 criterios diagnósticos para la Clásica; Definida; Probable y Posible Artritis Reumatoide. Estos criterios han sido diseñados para facilitar el diagnóstico de algún paciente en particular. Se recomiendan para informar las características clínicas, el curso de la enfermedad, la respuesta al tratamiento y para manejo de investigaciones diversas. Han surgido de la necesidad de precisar el diagnóstico y la etapa del padecimiento en virtud de la imprecisión de la definición de la enfermedad y de la ausencia de datos patognomónicos. Los criterios diagnósticos de dicha asociación están aceptados en todo el mundo e incluyen índices clínicos y de laboratorio de la manera siguiente:

- 1.- Rigidez matutina: con duración de más de 30 minutos.
- 2.- Dolor al movimiento o a la presión de cuando menos una articulación.
- 3.- Inflamación de cuando menos una articulación.
- 4.- Inflamación de otra articulación: con un intervalo sin síntomas articulares entre los dos ataques, que no exceda de tres meses.
- 5.- Inflamación simétrica articular: ataque simultáneo de la misma articulación en ambos lados del cuerpo, excepto interfalángicas distales.
- 6.- Nódulos subcutáneos yuxta-articulares o en las superficies extensoras de los huesos.

- 7.- Cambios radiográficos típicos de A.R.: que incluyan cuando menos descalcificación ósea localizada en las articulaciones afectadas, o más intensa en sitios vecinos y no sólo cambios degenerativos. Los cambios degenerativos no excluyen a los pacientes de cualquier grupo clasificado como A.R.
- 8.- Factor Reumatoide positivo.
- 9.- Líquido sinovial con un pobre coagulo de mucina.
- 10.- Alteraciones histológicas características de la membrana sinovial, con tres o más de los signos siguientes: hipertrofia vallosa intensa; proliferación de sinoviocitos superficiales a menudo en disposición en "empalizada"; notable infiltración de células de inflamación crónica: linfocitos o plasmacitos, predominantemente, con tendencia a formar nódulos linfoides; depósitos de fibrina compacta en la superficie o en zonas intersticiales; focos de necrosis.
- II.- Alteraciones histológicas características de nódulos subcutáneos en que hay focos granulomatosos, con zonas centrales de necrosis rodeada por una disposición en "empalizada" de macrófagos que han proliferado, junto con fibrosis periférica e infiltración de células de inflamación crónica, predominantemente alrededor de los vasos.

POSIBILIDADES DIAGNOSTICAS DE ACUERDO CON EL NUMERO DE MANIFESTACIONES O LESIONES:

- I.- A.R. CLASICA: Presencia de 7 de los II criterios diagnósticos. En los criterios I al 5 los signos o síntomas articulares deben persistir por seis semanas cuando menos.

- 2.- A.R. DEFINIDA: Presencia de 5 de los II criterios diagnósticos. En los criterios del I al 5 los signos y síntomas articulares deben persistir por seis semanas cuando menos.
- 3.- A.R. PROBABLE: Presencia de 3 de los II criterios diagnósticos. En uno de los criterios del I al 5, los signos y síntomas deben estar presentes durante seis semanas cuando menos.
- 4.- A.R. POSIBLE: Presencia de 2 de los II criterios diagnósticos y con una duración no menor de tres semanas.

MANIFESTACIONES QUE EXCLUYEN O HACEN DUDOSO EL DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE:

- 1.- Eritema facial típico de Lupus generalizado.
- 2.- Células L.E. en altas concentraciones.
- 3.- Hallazgos histopatológicos característicos de poliarteritis nodosa.
- 4.- Ataque muscular en cuello, tórax y faringe con inflamación tipo dermatomiositis.
- 5.- Lesiones cutáneas de esclerosis general progresiva.
- 6.- Cuadro clínico (e inmunológico) característico de la P.R.
- 7.- Cuadro clínico típico de Gota, que cede con colchicina.
- 8).- Cuadro clínico característico de algunas artropatías infecciosas específicas e inespecíficas.
- 9.- Hallazgos de Bacilo de Koch o evidencia histopatológica de tuberculosis en articulaciones.

IO.- Cuadro clínico característico del síndrome hombro-mano.

II.- Cuadro clínico o evidencia citohistológica de alguna de las siguientes enfermedades: Osteoartropatía hipertrófica; Neuroartropatía; Sarcoidosis; Acronosis; Mieloma múltiple; Leucemia o Linfoma; Eritema nodoso; Agammaglobulinemia.

#### TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE.

Aunque la AR puede ser una enfermedad sumamente agresiva, cuando se inicia el tratamiento apropiado en una fase temprana del curso de la enfermedad se pueden controlar síntomas --tales como la fatiga, el dolor, la inflamación y la rigidez matutina, y con frecuencia se pueden disminuir o aún prevenir la progresión de la deformidad articular invalidante. De esta manera se puede preservar la calidad y el estilo de vida del paciente. Entonces, los objetivos del tratamiento son:

- I.- Disminuir los síntomas: dolor, inflamación, rigidez matutina y fatiga.
- 2.- Prevenir la destrucción y deformidad articular.
- 3.- Mantener la función.
- 4.- Preservar la calidad y el estilo de vida.

Para llevar a cabo el tratamiento de la AR hay que tener en cuenta que no hay un paciente "típico" con AR, por lo tanto, no hay un esquema definido que pueda ser recomendado para todos los pacientes. Es responsabilidad del médico encontrar un programa que se apegue a las necesidades de cada paciente--tomando en consideración el estilo de vida, su actividad, el-

curso y gravedad de la enfermedad así como la respuesta terapéutica individual. El médico no está solo en su lucha contra la A.R. El tratamiento debe ser de un equipo interdisciplinario en el que además del médico familiar y el reumatólogo, se incluyen también terapeutas físicos y ocupacionales, trabajadores sociales, ortopedistas, enfermeras, consejeros e incluso amigos y familiares del paciente los cuales son de ayuda - incalculable.

Dentro de la bibliografía consultada acerca del tratamiento de la AR, nos hemos encontrado con diferentes esquemas de tratamiento; sin embargo, se ha preferido el siguiente esquema: (13)

#### ESQUEMA DE TRATAMIENTO PARA LA ARTRITIS REUMATOIDE.

##### A.- NIVEL I.- Tratamiento Básico.

- Relación médico-paciente.
- Educación.
- Reposo.
- Ejercicio.
- Calor/Frío.
- Asesoría.
- Rehabilitación.
- Hospitalización.
- Otras medidas: aparatos, cirugía.

##### B.- NIVEL II.- Tratamiento Antiinflamatorio.

- Salicilatos.
- Antiinflamatorios no esteroideos.
- Corticoesteroides intrarticulares.

C.- NIVEL III.- Medicamentos Que Modifican El Curso De La Enfermedad.

- Antipalúdicos.
- Crioterapia.
- Penicilamina.

D.- NIVEL IV.-

- Corticoterapia sistémica.
- Azatioprina.
- Terapia experimental.

TRATAMIENTO DEL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE POR EL MEDICO FAMILIAR.

Consideramos que el médico familiar tiene su mayor oportunidad de intervención en los niveles I y 2 del esquema de tratamiento anterior. Sin embargo, no es posible que actúe o lleve a cabo todo el programa, por lo que nosotros proponemos el siguiente esquema de tratamiento que debe llevar a cabo el médico familiar en una forma inicial, basado en el manejo integral del paciente:

- 1.- Establecer una buena relación médico-paciente.
- 2.- Educación del paciente y su familia (conscientizarlos acerca del problema).
- 3.- Evitar tratamientos empíricos.
- 4.- Llevar a cabo tratamiento inicial con analgésicos-antiinflamatorios no esteroideos.

- 5.- Establecer medidas generales iniciales: Reposo (físico y mental), ejercicios en casa, etc.
- 6.- Remitirlo oportunamente con el Reumatólogo.

NOMBRES Y DOSIS DE ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES.

- 1.- ácido Acetilsalicílico (aspirina)..... 3-5 gr/24 hrs
- 2.- Indometacina.....25-50mg c/8 "  
100mg c/12 "  
Supusitorios.
- 3.- Sulindac (clinoril)..... 150-200 mg  
c/12 hrs.
- 4.- Meclofenamato sódico (meclomen)..... 50-100 mg.  
c/6-8 hrs.
- 5.- Ibuprofen (motrin)..... 600-800 mg.  
c/6 hrs.
- 6.- Naproxén (Naxén)..... 250-500 mg  
c/12 hrs.
- 7.- Fenbufen (cinopal)..... 600 mg.  
c/6-8 hrs.
- 8.- Tolmetin (tolectin)..... 400 mg.  
c/6 hrs.
- 9.- Piroxicam (feldene)..... 20 mg.  
c/24 hrs.



## MATERIAL Y METODOS:

En la consulta externa de medicina familiar (diferentes -- consultorios) de la U.M.F. No.I de la ciudad de Puebla, y en un período comprendido del 1o. de Junio al 30 de Noviembre de 1985, se llevó a cabo el estudio de un total de 15 pacientes en los que se sospechó artritis reumatoide. El diagnóstico se hizo en base a los II criterios diagnósticos de la "Asocia-- ción Americana de Reumatología". Además se recabaron otros -- datos de los pacientes como edad, sexo, ocupación y antece-- dentes familiares de artritis reumatoide. También, a cada uno de ellos se les solicitó exámenes de laboratorio como B.H.; - V.S.G.; Protefna "C" reactiva; Factor reumatoide y E.G.O., -- así como Rx. de manos y pies. La interpretación del diagnós-- tico se hizo de acuerdo con el número de manifestaciones o -- lesiones de cada paciente en particular, de la manera siguien-- te: 1).- A.R. Clásica: con 7 de los II criterios; 2).- A.R. Definida: con 5 de los II criterios (con duración no menor de seis semanas); 3).- A.R. Probable: con 3 de los II criterios; y 4).- A.R. Posible: con 2 de los II criterios.

El esquema de tratamiento llevado en cada paciente inclu-- yó: establecer una buena relación médico-paciente; educación del paciente y su familia (se les conscientizó acerca del pro-- blema); tratamiento farmacológico a base de analgésicos-anti-- inflamatorios no esteroideos como ácido acetilsalicílico y na-- proxén, preponderantemente; se establecieron medidas genera-- les como el reposo y ejercicios (que el paciente pudiera lle-- var a cabo en su casa); además, se les recomendó no llevar -- tratamientos empíricos. Finalmente a todos los pacientes se -- les envió al servicio de reumatología con el fin de verificar el diagnóstico, así como para que cada paciente obtuviese la

valoración adecuada y oportuna por el reumatólogo (H.R.E.---  
IM.S.S., Puebla), indispensable para todo paciente en el que -  
se hace el diagnóstico de A.R.

### RESULTADOS:

De los 15 pacientes estudiados, 12 fueron del sexo femenino (80%) y 3 del sexo masculino (20%). Las edades fueron entre los 28 a los 64 años de edad, en ambos sexos. Con respecto a la ocupación de los pacientes, 11 se dedicaban a labores del hogar (73.3%) y 4 (26.7%), a otro tipo de actividades. Otro parámetro que se evaluó fue el tiempo de evolución de la enfermedad, el cual varió de 3 meses a 5 años. En cuanto a -- antecedentes familiares, únicamente se encontraron estos en -- 2 de los pacientes (13.3%). Las manifestaciones clínicas que se evaluaron (siguiendo las mencionadas en los II criterios) fueron: rigidez matutina la cual se presentó en un total de -- 13 pacientes (73.3%); dolor al movimiento o a la presión, se presentó en un total de 10 pacientes (66.6%); inflamación de cuando menos una articulación, se presentó en un total de 3 pacientes (20%); inflamación de otra articulación, en 2 pa-- cientes (13.3%); inflamación simétrica articular en 10 pacien-- tes (66.6%); y, presencia de nódulos subcutáneos en un sólo -- caso (6.6%).

De los exámenes de laboratorio solicitados a cada pacien-- te, se encontraron los siguientes datos: en la B.H., se repor-- taron 8 casos con anemia normocítica hipocrómica (53.3%); la V.S.G., se encontró aumentada en 9 casos (60%); la proteína -- "C" reactiva fue positiva en 7 casos (46.6%); el factor reuma-- toide, fue positivo en 12 pacientes (80% de los casos); y, en el E.G.O., no se reportaron anomalías.

Los cambios radiológicos observados se calificaron como -- cambios radiológicos tempranos y tardíos. Los primeros se observaron en 11 pacientes (73.3%), y los segundos en 4 pacientes (26.7%).

Por otro lado, se hizo la interpretación diagnóstica en -- base a la clasificación para la Clásica, Definida, Probable y Posible, artritis reumatoide, obteniéndose los siguientes resultados: A.R. Clásica, solamente 1 paciente (6.6%); A.R. Definida, 3 pacientes (20%); A.R. Probable, 8 pacientes (53.4%) y, para A.R. Posible, 3 pacientes (20%).

En cuanto al esquema de tratamiento llevado en cada paciente, se obtuvieron los resultados siguientes: a).- se estableció una buena relación médico-paciente en todos los casos --- (100%); b).- en educación del paciente y la familia, se conscientizó a todos los pacientes acerca del problema (100%), pero con respecto a la familia sólo se obtuvo el 26.6%; c).- se indicaron medidas generales a todos los pacientes (100%); --- d).- se recomendó evitar tratamientos empíricos, en todos los pacientes (100%); e).- el tratamiento farmacológico consistió a base de Acido acetilsalicílico, inicialmente a todos los -- pacientes, y a razón de 3-5 gr. al día; sin embargo, el tratamiento se tuvo que ajustar de acuerdo a cada paciente, quedando finalmente de la siguiente manera: Acido Acetilsalicílico = 10 pacientes (66.6 %); Naproxén = 3 pacientes (20%); Indometacina = 2 pacientes (13.4%).

Finalmente se enviaron a todos los pacientes al servicio de reumatología (H.R.E.), donde se corroboró el diagnóstico de los pacientes, quedando únicamente 2 casos como dudosos..

## DISCUSION:

En el presente trabajo, y con bases teóricas previas, se trató de demostrar la importancia y responsabilidad que tiene el médico familiar en el diagnóstico y tratamiento oportunos, de la artritis reumatoide.

Para tal fin, se estudiaron en forma prospectiva a 15 pacientes con datos sugestivos de artritis reumatoide.

De los datos obtenidos en los pacientes estudiados, la mayoría de estos coincidieron con los reportados en la bibliografía consultada. Por ejemplo, se demostró su mayor frecuencia en el sexo femenino (80%), en dos de los pacientes se encontró el factor herencia, etc. Por otro lado, las manifestaciones clínicas que más frecuentemente encontramos fueron, por un lado, la rigidez matutina la cual se presentó en 13 de los casos, que correspondió casi al 75% y, por el otro, la inflamación articular simétrica que también se encontró en el 75% de los casos, aproximadamente. De los exámenes de laboratorio solicitados, el más constante fue el factor reumatoide el cual fue positivo en el 80% de los casos; considerando estos tres datos mencionados como los más confiables y/o constantes en el diagnóstico de AR. Los cambios radiológicos que presentaron los pacientes fueron, principalmente, cambios tempranos, con alteraciones mínimas como ensanchamiento del espacio articular y osteoporosis discreta, y en 2 de los pacientes, no se observaron cambios. Los cambios radiológicos tardíos, se observaron en 4 de los pacientes, quienes tenían una evolución de 2-4 años.

En cuanto a la interpretación diagnóstica, en base a la clasificación para la Clásica, Definida, Probable y Posible artritis reumatoide, el mayor porcentaje de los pacientes se

ubicó en A.R. Probable, con un 53.3% de los casos, coincidiendo esta cifras con las de otros estudios, por lo que deducimos que, esta es la posibilidad de diagnóstico más frecuente a la que puede llegar el médico familiar, en base a los II criterios de la "Asociación Americana de Reumatología". Sin embargo, en el seguimiento que se hizo de los pacientes a nivel de especialidad (Reumatología; HRE, Pue.), se confirmó el diagnóstico de AR, quedando unicamente 2 casos como dudas.

Por último, en lo que respecta al esquema de tratamiento, se puede decir que este se llevó a cabo en forma satisfactoria, aunque hubo poco éxito en la conscientización del problema en los familiares del paciente, quienes casi no acudieron cuando se solicitó su presencia (en alguna de las citas del paciente). Por otro lado, en cuanto al control del paciente con AR por el médico familiar, se pudo observar que cuesta trabajo llevarlo a cabo ya que, generalmente, se desconoce el tipo de tratamientos que se están llevando a cabo a nivel de especialidades, por contar éste con un expediente aparte.

#### CONCLUSIONES:

Siendo la artritis reumatoide un padecimiento que afecta a un gran número de individuos se requiere se requiere del esfuerzo de todos los médicos, sobre todo en el primer nivel de atención para la detección de los problemas de este tipo, la cual se haga tempranamente y de una manera adecuada; de tal forma, que disminuya la frecuencia de formas incapacitantes.

El procedimiento adecuado con el enfermo debe orientarse a disminuir o tratar de suprimir la inflamación y el dolor, a -

conservar la funcionalidad del paciente como un todo y de cada uno de los segmentos del aparato musculoesquelético, así como a rehabilitar aquellas funciones que se encuentren deficiencias o alteradas. Estas finalidades sólo pueden lograrse cuando: a).- Se informa al paciente de cual es la enfermedad y sus implicaciones y, además, se prepara a la familia para que coopere con él. b).- Se tiene un equipo de trabajo que incluye, además del médico familiar y al reumatólogo, al cirujano (ortopedista), al fisiatra y rehabilitador, al psiquiatra, al trabajador social, etc.

Deberá elaborarse un programa de tratamiento con objetivos definidos cada vez que se evalúa al paciente. En este programa deberán participar todos los miembros del equipo de trabajo.

En el presente trabajo, y con bases teóricas previas; se trató de demostrar las posibilidades diagnósticas, terapéuticas y de control del médico familiar en el paciente con artritis reumatoide. Sabemos de antemano que el médico familiar tiene sus limitantes en el primer nivel de atención; más sin embargo, cuando se tienen las bases suficientes, el médico familiar tiene a su alcance los elementos indispensables para poder lograr el diagnóstico, el tratamiento y el control del paciente con artritis reumatoide, reconociendo sus alcances y limitaciones.

#### RESUMEN:

En la consulta externa de la U.M.F. No.I. I.M.S.S. Puebla, se llevó a cabo un estudio prospectivo de un total de 15 pacientes en los que se sospechó el diagnóstico de artritis reu-

matóide con el fin de ver las posibilidades diagnósticas, terapéuticas y de control que tiene a su alcance el médico familiar ante este tipo de pacientes.

El diagnóstico se basó en los II criterios diagnósticos de la "Sociedad Americana de Reumatología" para la Clásica; Definida; Probable y Posible, artritis reumatóide. En base a lo anterior, los pacientes quedaron clasificados de la siguiente manera (Interpretación Diagnóstica): a).- A.R. Clásica = 1 paciente (6.6%); b).- A.R. Definida = 3 pacientes (20%); c).- A.R. Probable = 8 pacientes (53.4%) y; d).- A.R. Posible = 3 pacientes (20%).

El esquema de tratamiento incluyó: a).- Establecer una buena relación médico-paciente; b).- Educación del paciente y la familia (conscientización del problema); c).- Medidas generales como reposo, ejercicios, etc.; d).- Evitar tratamientos empíricos y; e).- Tratamiento farmacológico a base de antiinflamatorios no esteroideos como Acido acetilsalicílico y Naproxén, preponderantemente.

Finalmente se enviaron a todos los pacientes al servicio de reumatología (H.R.B. Puebla) donde se corroboró el diagnóstico, quedando únicamente 2 casos como dudosos.

BIBLIOGRAFIA:

- I.- Saita, O; Akaki, J.L.; Frati, A.; García, R.; Lifshitz, A.: Artritis Reumatoide. Rev. Fac. Med. Méx. XXIV: 4, 1981.
- 2.- Boeson, P.B.; McDermott, W.: Tratado de Medicina Interna de Cecil-Loeb. Edit. Interamericana, México, D.F., 1977. Pág. 170.
- 3.- Mintz, G.: Tratamiento de la Artritis Reumatoide. Rev. Med. IMSS. Méx. 20:98, 1982.
- 4.- Mintz, G.: El reto social de las Enfermedades Reumáticas. Rev. Med. IMSS. Méx. 19:331, 1981.
- 5.- Seiden, H.: Treating The Arthritic Patient: A Physicians Perspective. Canadian Family Physician. 28:2010, Nov. 1983
- 6.- León, C.: Estudio comparativo entre Flubiprofén y Naproxén en Artritis Reumatoide. Compendium de Investigaciones Clínicas Latinoamericanas. IV:81, Jul-Ag. 1984.
- 7.- Bjarnason, I.; Williams, P.: Intestinal permeability and inflammation in Rheumatoid Arthritis: Effects of Non-Steroidal anti-Inflammatory drugs. The Lancet. II. Nov. 1984.
- 8.- Management of Rheumatoid Arthritis and Osteoarthritis: Therapeutic Challenges, Problems, and Possibilities. Proceedings of a Symposium. The American Journal Of Medicine. Oct. 31, 1983.
- 9.- Tamar, B.; Exaire, J.E.; Kumate, J.: Historia Natural de las Enfermedades Reumáticas. Rev. Fac. Med. Méx. XVII:4, 1979.
- 10.- Mintz, G.: Importancia Social y Económica de las Enfermedades Reumáticas. Anuario de actualización en medicina. 1980. Pág. 5-16.
- II.- Rotés-Querol, J.; Muñoz-Gómez, J.: Tratamiento de las Enfermedades Reumáticas del aparato locomotor. Daimon de - México S.A. 1980. Pág. 5-16.



I2.- Robles, J.: Artritis Reumatoide. Actualización en Reumatología. Serie Monográfica/II. Mundo Médico, S.A. Méx.

I3.- Lavalle, C.; Borbón, R.; Romano, F.: Tratamiento de la Artritis Reumatoide. Intersistemas, S.A. Méx. 1984.