

11227  
22/11/89

SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

HOSPITAL REGIONAL " 1º DE OCTUBRE "

I S S S T E

INCIDENCIA Y TIPO DE ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA  
POBLACION CAUTIVA

Investigador: DRA. MARICELA ESCARELA SERRANO

Asesor: DRA. FEDRA IRAZOQUE PALAZUELOS

Domicilio: CALLE CORCEGA No. 331, COL COSMOPOLITA  
Z.P. 15. C.P. )2670.

Tel: 5 56 23 98

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE SE PRESENTA PARA ACREDITAR  
LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA INTERNA

1989

**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 esta 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.

## RESUMEN

Con el objetivo de revisar y conocer las características de los pacientes con Artritis Reumatoide en nuestro medio se revisarón 40 pacientes del Hospital Regional "1º de Octubre", estudiando las siguientes variables: sexo, edad de comienzo, tiempo de evolución, forma de inicio y de presentación, tipo de secuelas y manifestaciones extrarticulares, algunos hallazgos de laboratorio y gabinete, realizando perfil actual de dolor y flogosis, así como capacidad funcional y clasificación anatómica. Se compararon estos datos con los de la literatura. Los resultados muestran que el comportamiento clínico es similar a lo descrito a excepción del incremento en el porcentaje de manifestaciones extraarticulares y secuelas. Las alteraciones radiológicas en torax encontradas se relacionarón con la Neumopatía Asintomática Difusa descrita en otras series.

## SUMMARY

The objective of the present study was to review and learn about the feactures of Rheumatoid Arthritis in mexican popula--tion. For this purpose, fourty patients from Regional Hospital- "Primero de Octubre" were studied. The following data werw ob--tained: sex, age at onset of the disease, time from diagnosis, clinical picture at the onset and course of the disease, types of sequelae, associated extra-articular manifestaciones, labora--tory and roentgenograms findings, type of pain and joint swel--ling, functional ability and anatomical classification.

These date were compared to those reported in previous ---reviews from different part of the world. The final results showed that clinical behaviour of the disease is similar to that -describet on previous reports, except for the finding of a greater incidence of extra-articular manifestaciones and sequelae.

Abnormalities found on chest radiographs were related to -asyntomatic diffuse lung involvement, which has been described in other sries.

## INTRODUCCION:

La Artritis Reumatoide (AR) existe desde tiempos remotos - ya que se han encontrado evidencias desde épocas prehistoricas. la primera descripción documentada la realizó Landré-Beuadis - en 1800 con su "Gota asténica primitiva". En 1876 Sr. Alfred Ga rrod la denomino "Artritis Reumatoide" y describió el padeci--- miento como lesiones sinoviales de naturaleza inflamatoria y -- pensando que eran producidas por un proceso inflamatorio.(1).

Durante todo esté tiempo, la enfermedad se ha estudiado ex haustivamente en los más diversos campos de la investigación, a pesar de lo cual aún no conocemos en forma cierta su etiología por lo que en la actualidad se dificulta su tratamiento.

La AR es una enfermedad como comentamos de etiopatogénia - desconocida en la que hay participación de factores de tipo am- biental, genético e inmunológico, en la cual la característica- primordial es el proceso inflamatorio articular, con daño tis- lar, lo que conlleva a una poliartritis subaguda o crónica que cursa con remisiones y exacerbaciones y se acompaña de afección del estado general, produciendo no solo las lesiones articula-- res citadas sino una serie de lesiones viscerales de diversa im portancia y expresividad clínica. Tiene por lo general un curso progresivo que conduce a invalidez parcial o total y por su fre cuencia representa uno de los mayores problemas reumatológicos- de resolver (2)(3).

Los intentos para dar una descripción precisa de está en-- fermedad tropiezan con variaciones como son forma de comienzo, curso clínico, tratamiento, cambios ambientales y genéticos de

una región a otra que pueden influir para tener un comportamiento diferente en su presentación, lo que nos inquietó a revisar y conocer las características de los pacientes con AR en nuestro medio.

#### MATERIAL Y METODOS:

Se revisarán 40 pacientes de la Consulta Externa de Reumatología de el Hospital Regional "1º de Octubre", ISSSTE, México D.F. de Mayo a Octubre de 1988, ambos sexos, con diagnóstico de Artritis Reumatoide de acuerdo a los criterios de la Asociación Americana de Reumatología (ARA). Al inicio de la enfermedad y relacionandolos con los criterios actuales (revisados en 1987 y publicados en marzo de 1988). A los pacientes se les aplicó un cuestionario donde se clasifica: sexo, edad de comienzó, tiempo de evolución, forma de inicio, forma de presentación, tipo de secuelas y manifestaciones extrarticulares, se realizarón tomas recientes de laboratorio: Hb, Hto, VSG, Factor Reumatoide, proteína C reactiva, examen general de orina y radiografía de diferentes articulaciones así como telerradiografía de Torax.

Se realizó el perfil actual de dolor y flogosis a cada paciente. La capacidad funcional y la clasificación anatómica actual de acuerdo a los criterios de la ARA.

A los resultados se les sometio a tratamiento estadístico con medidas de disperción y tendencia central.

#### RESULTADOS:

Sexo: Encontramos que del sexo femenino fuerón 36 pacientes(90%) y 4 (10%) del masculino, con una relación en propor--

ción de 9:1.

La edad de inicio más frecuente fué entre los 35 y 44 años con 16 pacientes (40%). El grupo de 25 y 34 con 10 pacientes -- (25%); 7 (17.5%) entre 45 y 54; 4 (10%) de 15-24; + 64 (5%) y - entre 55 y 64 un 2.5%. (Fig. No. 1).

El tiempo de evolución fué el máximo, de 25 años y el mínimo de 8 meses.

El tiempo de comienzó: La forma incidiosa con 27 pacientes (67%); la aguda con 11 (27.5%); intermitente solo 2 (5%). La -- forma definida al inicio de la enfermedad la presentarán 21 pacientes (52.5%), la forma clásica con 10 (25%) y la posible con 9 (22.5%), con los criterios actuales (4), todos los pacientes se clasificarón como Artritis Reumatoide.

La clase funcional se muestran los resultados en el cuadro No. 1 comparandolos con el inicio de la enfermedad y con el tra tamiento actual.

La rígeidez en los pacientes fué: matutina + 60' en 22 pa-- cientes (55%), y en el post-reposo + 60' 14 pacientes (35%)(cu dro No.2).

La fuerza de prensión estuvo disminuida en ambas manos --- siendo un promedio de 30 mmHg en cada una.

Las secuelas que presentarán nuestro pacientes fuerón: Bur sotendinitis 34 pacientes (85%); Desviación cubital 22 (55%); - Contractura en flexión en 18 (45%), Ruptura tendinosa en 12 --- (30%) y Anquilosis en 13 pacientes (32.5%).

Dentro de las manifestaciones extrarticulares que estuvie-- rón presentes en 16 pacientes (40%) encontramos las siguientes:

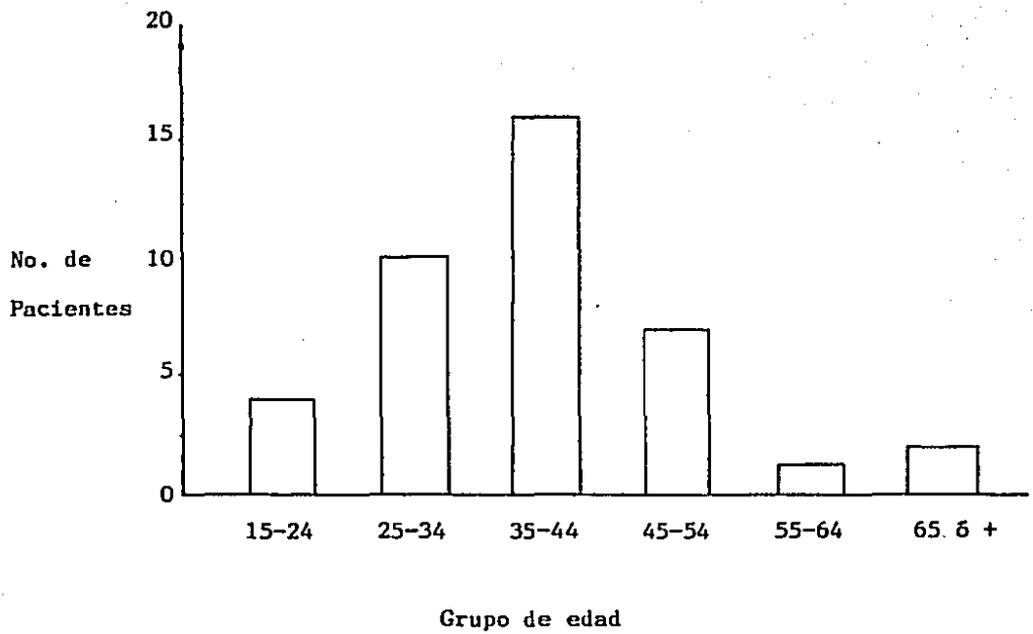


Fig. No. 1: Edad de inicio de la Artritis Reumatoide.

Grado funcional *	Al establecer el Dx		Con tratamiento.	
	No. de pacientes	%	No. de pacientes	%
I	17	42.5	8	20
II	13	32.5	16	40
III	6	15.0	10	25
IV	4	10.0	6	15
Total	40	100.0	40	100

Cuadro No. I: Clase Funcional de los Pacientes con AR Al momento de realizar el Diagnóstico (Dx), y con Tratamiento.

\* De Acuerdo a los Criterios de la Asociación American de Reumatología.

Tiempo	MATUTINA		POSTREPOSO	
	No. de pacientes	%	No. de pacientes	%
15'	5	12.5	11	27.5
15' - 30'	5	12.5	6	15.0
30' - 60'	8	20.0	9	22.5
+ 60'	22	55.0	14	35.0
Total	40	100.0	40	100.0

Cuadro No. II: Rigidez Matutina y Postreposito de los pacientes con Artritis Reumatoide.

Nódulos reumatoides en 16 (40%); Fénomeno de Raynaud en 8 (20%)  
Síndrome de Sjögren 7 (17.5%), Vasculitis e Iridociclitis con 1  
paciente respectivamente (2.5% c/u).

Se observo anemia (Hb menor de 12 mg/100ml) en 15 pacien-  
tes (37.5%). VSG estuvo acelerada en 27 pacientes (67.5%). El  
factor reumatoide fué positivo en 34 pacientes (85%). La proteí  
na C reactiva estuvo positiva en 27 pacientes (67.5%).

El examen general de orina estuvo alterado con datos de in-  
fección de vías urinarias, cristales de mucina en 24 pacientes  
(60%).

La Telerradiografía de torax resultó anormal en 18 pacien-  
tes (45%) y las alteraciones consistieron en: empastamiento pa-  
rahiliar, aumento de la trama bronquial e infiltrado trabecular  
y micronodular difuso de predominio en bases.

La clasificación Anatómica actual de los pacientes se mues-  
traen el cuadro No 3.

La evolución de los pacientes ha sido progresiva en 37 ---  
(92.5%), intermitente en 2 (5%) y solo en remisión uno (2.5%).

El esquema de articulaciones afectadas por dolor y flogo--  
sis se muestran en las figuras 2 y 3.

Todos los pacientes recibieron antiinflamatorios no esteroi-  
deos (AINE) en la evolución de su enfermedad. Esteroides 26 (65%)  
cloroquina 16 (40%); D-penicilamina 17 (42%); sales de oro 16 -  
40%), Metotrexate 3 (7.5%).

#### DISCUSION:

El propósito del estudio fué conocer las características  
de la AR del adulto en nuestro medio y saber si existen diferen

Clase Anatomica *	No. de pacientes.	Porcentaje (%)
I	12	30.0
II	3	7.5
III	5	12.5
IV	20	50.0
Total	40	100.0

Cuadro No. III: Clase Anatomica actual de los pacientes con Artritis Reumatoide.

\* De acuerdo a los Criterios de la Asociación Americana -  
Reumatología.

# DOLOR

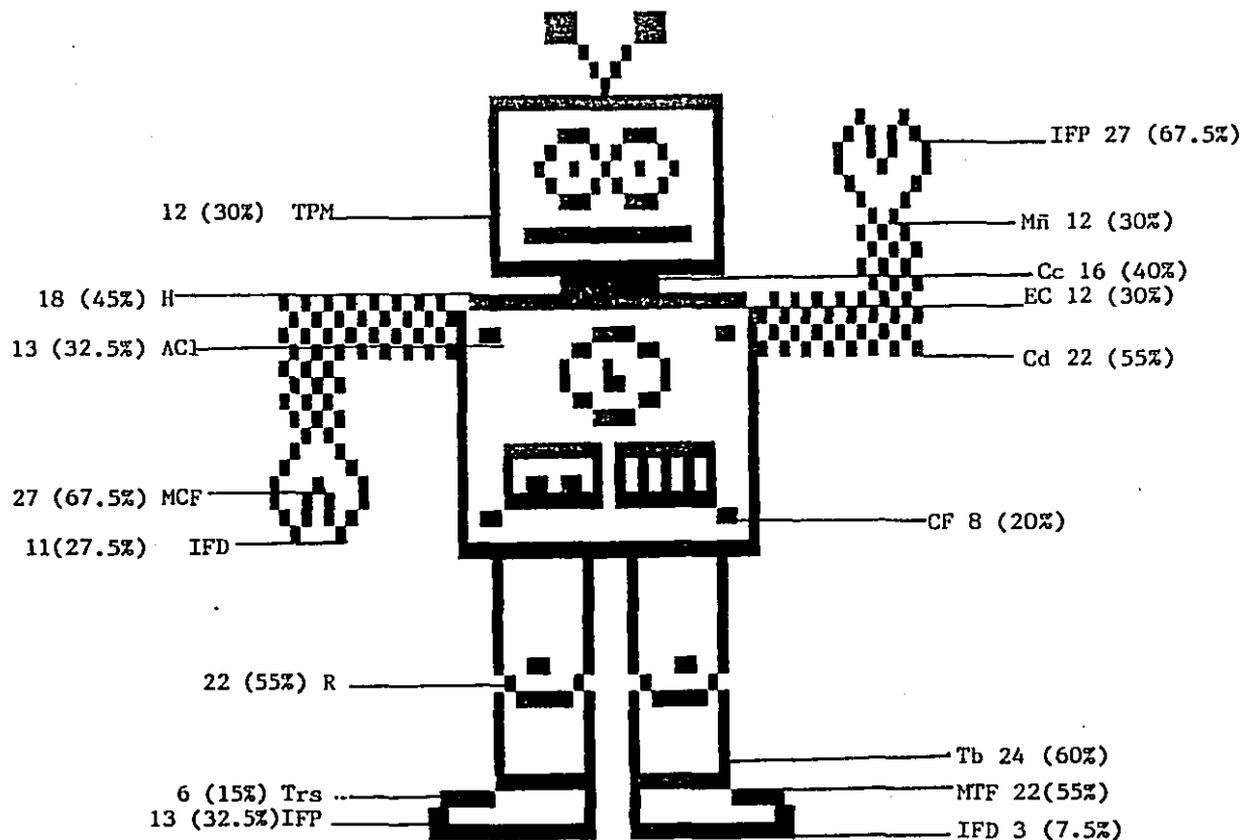


Fig No. 2: Perfil actual de dolor en los pacientes con AR.  
 IFP: interfalángicas proximales. Mñ: muñeca. TPM: temporo-mandibular. Cc: cervical. EC: esternoclavicular. Cd: codo. H: hombro. ACI: acromioclavicular. MCF: metacarpofalángicas-IFD: interfalángicas distales. CF: coxofemoral. R: rodilla Trs: tarso. Tb: tobillo. MTF: Metatarsofalángicas.

# FLOGOSIS

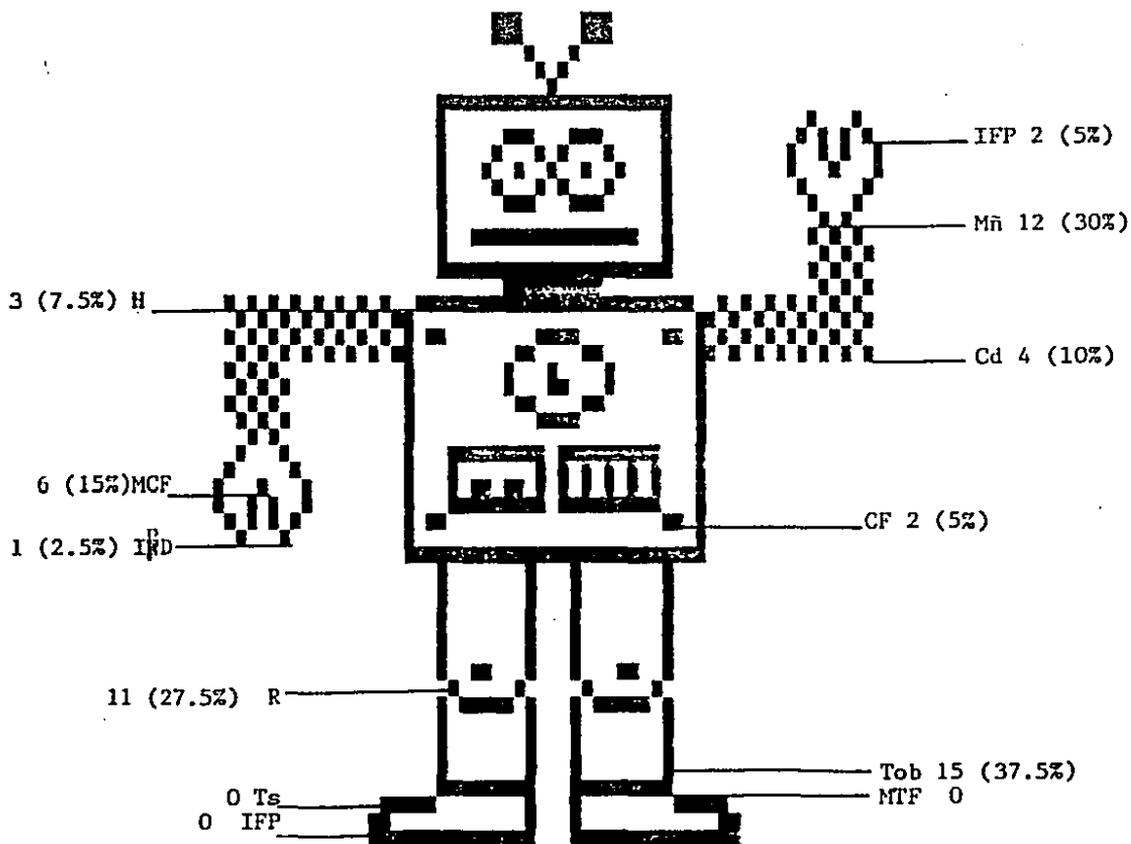


Fig No. 3: Perfil actual de flogosis en los pacientes con AR.  
 IFP: interfalángicas proximales. Mñ: muñeca. Cd: codo. H: hombro  
 MCF: metacarpofalángicas. IFD: interfalángicas distales. R: rodi  
 lla. Tob: tobillo. MTF: metatarsofalángicas. Ts: tarso.

cias importantes con lo reportado en la literatura en otros --  
países.

En los pacientes estudiados observamos una mayor proporción del sexo femenino en relación con el masculino ya que generalmente se acepta que la relación sea 3:1 (5) (15) y la encontrada fué de 9:1, esto se puede explicar de la siguiente manera: - que efectivamente esta enfermedad sea más frecuente en el sexo femenino en nuestra población o que el número de pacientes es pequeño con respecto a la frecuencia de la enfermedad en la población y no sea reflejo claro de éste resultado.

Con respecto a la edad de inicio no hubo mucha diferencia con lo publicado, ya que encontramos la mayor frecuencia en los grupos de edad de 25-34 y 35-45 con lo que corroboramos que esta es una enfermedad frecuente en los adultos jóvenes (1).

También se ha reportado ... que la forma de presentación -- más frecuente es la incidiosa y la aguda lo es menos, así como el inicio mono y oligoarticular que es de una mayor incidencia que la poliarticular, nosotros encontramos una incidencia similar. (1) (5).

El grado funcional de los pacientes con AR es muy importante para el manejo y pronóstico de los pacientes, por lo que encontramos una notable diferencia entre el inicio y estado funcional actual. El grado I (sin ningún tipo de incapacidad) disminuyó de 42.5% a 20 %, el grado II (capacidad funcional adecuada para las actividades normales a pesar de la movilidad articular disminuida) de un 32.5% a un 40%. Grado III (Capacidad funcional adecuada para minimas actividades de las labores diarias)

de un 15 a un 25% y el grado IV (incapacidad casi completa con el paciente confinado a cama o silla de ruedas) de un 10 a un 15%. Esto se puede explicar debido quizá al tiempo de evolución de la enfermedad la cual es promedio de 10 años y no de un mal tratamiento.

También observamos que la rigidez tanto matutina como post reposo es más de una hora como lo publicado en otras series.(6) Así como la fuerza de prensión que se encontró disminuida en ambas manos.

Las secuelas que encontramos y su alto porcentaje se pueden explicar por el tiempo de evolución y al manejo previo de los pacientes sin reumatólogo y a su vez explican la capacidad funcional actual de los pacientes.

Las manifestaciones extrarticulares que encontramos fué -- muy alto (7) y el porcentaje de nódulos reumatoides de un 40% -- con un 25% que se reporta (8)(9). Síndrome de Sjögren concuerda con lo publicado ya que encontramos un 17.5% contra lo reportado que es de 25%. (10)

Entre otras manifestaciones extraarticulares que con un alto porcentaje encontramos es la telerradiografiade torax anormal en 45% de los cuales solo un paciente fué asintomático, lo cual varia con respecto a lo publicado que va de un 2 a 22% (11) (12), ya que sabemos que esté tipo de manifestaciones generalmente son asintomáticas, por lo que podría corresponder a la Neumoatpia Intersticial Difusa Asintomática, aunque desconocemos si estos pacientes fumaban o no y además faltarían otras pruebas específicas para poder emitir esté diagnóstico, como --

serían pruebas de función respiratoria o biosia de ser posible.

Las demás manifestaciones extraarticulares fuerón muy bajas en porcentaje por lo que comprueba su baja incidencia.(7).

Los hallazgos de laboratorio concuerdan con lo reportado, - la anemia que es la manifestación estraarticular más común se - encontro en un 37.5% (13).

En la clasificación anatómica el grado IV fué de 50% el -- cual es alto y se debe seguramente por las secuelas que presentan y a el tiempo de evolución de la AR, la evolución progresiva se puede explicar de la misma forma.

En el perfil de dolor y flogosis observamos que las articulaciones más afectadas actualmente en las extremidades superiores son las distales y en las inferiores las rodillas y el tobillo, tampoco difieren con lo respotado (6).

Debido a el tiempo de evolución de la AR la capacidad funcional actual aumento en grado. Tambien se incremento el porcentaje de manifestaciones extraarticulares y secuelas debido a -- que anteriormente no había Reumatólogo en el Hospital. Las alteraciones radiológicas en torax se pueden relacionar con la -- Neumopatía Asintomatica Difusa reportada en otras series.

## BIBLIOGRAFIA

1. Williams Rc McCarty DJ: Clinical picture of rheumatoid ---- arthritis. En McCarty DJ Ed. Arthritis and and allied conditions. Philadelphia. 605, 1985.
2. P. Barceló: La Poliartritis Reumatoide. Etiopatogénia, Barcelona, España, 15, 1977.
3. Nathan J.Zvaifler: Etiology and Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. En McCarty DJ Ed. Arthritis. Philadelphia. 557. 1985.
4. Arnett FC., Edworthy SM., Bloch DA., y Col: The american -- rheumatism association 1987 revised criteria for the classifi- cation of rheumatoid arthritis. Arthritis and Rheumatism, Vol 31, No. 3 (March 1988).
5. P. Barceló (sr), A Santamaría y P Barceló (jr). Clínica de la Poliartritis Reumatoide SYNTEX, P. Barcelo ED. Barcelona España. 71-90, 1977.
6. Rheumatoid arthritis: Clinical feactures and pathogenetic - mecanismos. Med Cli North Am 1986 Mar; 70(2): 263-84.
7. Hurd, E.R.: Extrarticular manifestations of rheumatoid ar- -- thritis. sem. Arthritis and Rheumatism, 8: 151-176, 1979.
8. Benedek, T.G.: Subcutaneous nodules and The Differentiation of rheumatoid arthritis from rheumatic fever. Semin. Arthri- tis and Rheumatism., 13: 305-321, 1984.
9. Barile F.L., Ariza A. R. Diagnostico y Tratamiento de la -- Artritis Reumatoide. Rev. Asoc. Med Int. Vol 4, No. 2 Jun. 1988.
10. Moutsopoulos, H.M., Chused, T.M., Mann, D.L., et al.: Sjö-- gren's syndrome : Current issues. ANN. Intern. Med., 92:212 -226, 1980.
11. Shiel, W. C., Jr Prete, P.E. Pleuropulmonary manifestations of rheumatoid artritis. Arthritis and Reumatism., 13: 235- 243. 1984.
12. John L. D. and Paul H. P. Extra-articular Rheumatoid disease En McCarty DJ Ed. Arthritis Philadelphia. 624 - 627 1985.
13. John L. D. and Paul H. P. Extra-articular Rheumatoid disease En McCarty DJ Ed. Arthritis. Philadelphia. 620-621. 1985.
14. Jhon Baum and Morris Ziff.: Laboratory Finding in Rheumatoid DJ Ed Arthritis. Philadelphia. 643-653. 1985.
15. Orozco A. J., Orozco B. G. Artritis reumatoide del adulto. curso y evolución de 400 casos. . Rev. Mex. Rheumat. 1988, vol. 3: 42-45.

*[Handwritten signature]*

Dra. Fedra ~~Palazuelos~~ Palazuelos.  
Asesor del Trabajo de Investigación.  
Médico Asesor de Reumatología.

*[Handwritten signature]*

Dr. Oscar Saizá-Kumino.  
Jefe de la División de Medicina Interna.

*[Handwritten signature]*

Dr. Uria Guevara.  
Jefe de Enseñanza de el Hospital  
Regional "1º de Octubre".

  
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

*[Handwritten signature]*

1989

DEPARTAMENTO DE INVESTIGACION

I. S. S. S. T. E.  
SUBDIRECCION MEDICA

★ DIC. 15.1988 ★

HOSP. G. 10. DE OCTUBRE  
JEFATURA DE ENSEÑANZA  
E INVESTIGACION