



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE
MÉXICO

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL JUAREZ DE MÉXICO
SECRETARÍA DE SALUD



Comparación de las manifestaciones clínicas de la artritis reumatoide de inicio en la vejez contra la de inicio en la juventud.

Tesis que para obtener el diploma universitario de Especialista en:

Medicina Interna

**Pablo Fernando Covarrubias Ramos
Médico Cirujano y Partero**

**Dra. Anna Sofía Vargas Aviles
Director de tesis**

México, D.F., Mayo /2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

Firmas autorizadas

Dr. José Manuel Conde Mercado
Profesor titular del curso universitario de Medicina Interna

Dra. Anna Sofía Vargas Avilez
Director de tesis

Dr. Luis Delgado Reyes
Director de enseñanza

Agradecimientos.

Agradezco infinitamente a la Dra. Anna Sofía Vargas Avilez y al Dr. José Manuel Conde Mercado su valioso apoyo para la realización del presente trabajo, así como sus enseñanzas en Medicina Interna.

Dedicatoria.

A mi esposa por su amor y apoyo incondicional. Fuente de mi inspiración y ejemplo para seguir siempre adelante.

A mis hijos por el regalo precioso de su presencia en mi vida.

A mis padres y hermanos por su esfuerzo y sacrificio.

A mis maestros por su guía para seguir aspirando a cada día ser mejor médico.

A los pacientes que han compartido conmigo sus dolencias y experiencias regalándome con cada una de ellas enseñanzas de la medicina.

INDICE.

RESUMEN.....	1
SUMMARY	2
INTRODUCCIÓN	3
JUSTIFICACIÓN	11
HIPÓTESIS	12
OBJETIVO GENERAL	13
MATERIAL Y METODOS	14
RESULTADOS	16
DISCUSION	22
CONCLUSIONES	25
BIBLIOGRAFIA	26
ANEXOS	30

RESUMEN.

La presentación clínica de la artritis reumatoide difiere en el paciente geriátrico respecto al sujeto joven presentando una distribución por sexos más equitativa (relación hombre mujer 1:1), forma de inicio agudo, predominio de afección de articulaciones proximales, más manifestaciones sistémicas y menor frecuencia de factor reumatoide positivo.

Realizamos un estudio clínico retrospectivo, transversal para comparar las manifestaciones clínicas de la artritis reumatoide de inicio en el anciano contra la artritis reumatoide de inicio antes de dicha edad. Se dividieron a los pacientes en 2 grupos: Grupo A que incluyó 78 sujetos con rango de edad de 18 a 58 años y grupo B con 19 individuos con edades de 60 a 79 años. El análisis estadístico se realizó con Chi cuadrada con corrección de Yates.

Se registró una relación hombre mujer similar en ambos grupos. La forma de inicio de la enfermedad fue de forma aguda en los pacientes geriátricos (31.5%) contra en 1.28% de los menores de esta edad ($p < 0.001$). No hubo diferencias en relación al patrón articular afectado (84% del grupo A contra 89% del grupo B). La afectación sistémica fue más relevante en el grupo mayor de 60 años (42% contra 8.9%) con valor de $p > 0.001$. No hubo diferencias significativas en la positividad del factor reumatoide ni en la presentación de manifestaciones extra articulares.

Nuestro estudio corrobora algunas manifestaciones clínicas diferentes en la artritis reumatoide de inicio en el paciente geriátrico.

ABSTRACT.

The clinical presentation of rheumatoid in the geriatric patient is different with respect to the subject young by presenting a couple more equal gender distribution (male female ratio 1:1), form of acute onset, predominant involvement of proximal joints, more systemic symptoms and less frequently rheumatoid factor positive.

We conducted a retrospective clinical study, to compare across the clinical manifestations of rheumatoid arthritis in the elderly onset rheumatoid arthritis to start before that age. They divided the patients into 2 groups: Group A included 78 subjects with ages ranging from 18 to 58 years and group B with 19 individuals aged 60 to 79 years. Statistical analysis was performed using Chi-square with Yates correction.

There was one man woman similar in both groups. The form of onset of illness was so severe in geriatric patients (31.5%) against 1.28% in group B. ($p < 0.001$). There were no differences in relation to the employer to articulate affected (84% in group A vs. 89% in group B). Systemic involvement was more significant in the over 60 age group (42% versus 8.9%) with p value < 0.001 . There were no significant differences in the positivity of rheumatoid factor and there were no differences in extra articular manifestations.

Our study confirms some clinical manifestations in the rheumatoid arthritis starting in the geriatric patient.

INTRODUCCION.

Los cambios en la atención sanitaria suscitados en los últimos años han ocasionado una disminución en la natalidad con el incremento en la esperanza de vida y como consecuencia el aumento de la población anciana, y por ende mayor prevalencia e incidencia de enfermedades propias de este grupo de edad, lo cuál obliga a contar con medidas en el campo de la salud dirigidas al diagnóstico y tratamiento de los problemas que afectan a este grupo etareo (1).

Debido a su prevalencia y a sus efectos sobre la función física, los desordenes músculo esqueléticos son la causa más común de limitación de la actividad en los pacientes geriátricos. Los distintos tipos de procesos reumáticos que afectan a estos individuos difieren de los pacientes más jóvenes. Un ejemplo de ello lo encontramos en la artritis reumatoide (2, 3).

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica y sistémica de causa desconocida que afecta principalmente a mujeres con un pico de incidencia entre la cuarta y quinta década de la vida; el 70% de los pacientes manifiesta la enfermedad entre los 30 y 50 años de edad y el 30% restante después de los 60 años; incrementado la prevalencia en la edad avanzada hasta los 80 años (artritis reumatoide de inicio en el anciano) (4).

La presentación clínica de la artritis reumatoide difiere en el paciente geriátrico respecto al sujeto joven (5). Dichas diferencias pueden ser secundarias a las alteraciones en el sistema inmune inherentes al envejecimiento (inmunosenescencia), la genética y factores hormonales.

INMUNOSENESCENCIA

Los cambios en el sistema inmune asociados a la edad son los siguientes:

- Involución tímica
- Cambios en las características fenotípicas funcionales de las células T.
- Disminución de las respuestas específicas de anticuerpo.
- Defectos de la apoptosis relacionados a la edad.
- Desequilibrio en la producción de citoquinas.
- Deficiencias en el procesamiento de antígeno.

Algunos o todos ellos pueden afectar la respuesta a antígenos y subsecuentemente la presentación de la enfermedad en el anciano (6).

Dentro de la patogenia de la artritis reumatoide, la presencia de auto anticuerpos puede explicar el daño en las células de revestimiento sinovial y a la microcirculación (6, 7).

Con la edad, disminuye la capacidad de generar respuestas inmunes protectoras mientras se incrementa la reactividad a los auto antígenos. La eliminación de las células T auto reactivas que se unen con alta afinidad a los auto antígenos es esencial para establecer la auto tolerancia dentro del sistema inmune, dicha función se lleva principalmente en el timo y este último sufre una involución drástica con la edad.(7).

GENÉTICA.

Hay una fuerte relación entre la artritis reumatoide y ciertas clases de alelos del complejo mayor de histocompatibilidad de clase II, principalmente con DR4; dicho

marcador genético se relaciona con una evolución agresiva de la enfermedad así como una fuerte propensión a positividad en el factor reumatoide.

Se ha demostrado la misma asociación entre HLA DR4 y artritis reumatoide de inicio en el anciano, al igual que en la de inicio en la juventud (8).

HORMONAS.

Existe menor incidencia de artritis reumatoide en las mujeres menopausicas cuando los niveles de estrógenos y progesterona están disminuidos y los niveles de andrógenos están incrementados. Aparentemente la elevación de éstas últimas hormonas podría correlacionar con el aumento en la incidencia de artritis reumatoide en el varón geriátrico (9).

MANIFESTACIONES CLINICAS.

En numerosos estudios clínicos se han descrito las manifestaciones de la artritis reumatoide de inicio en el anciano (tabla 1). Algunos son prospectivos, otros transversales pero pocos comparativos con un grupo control joven.

Corrigan y colaboradores describe que el inicio agudo y la pérdida de peso son una de las características más prevalentes en los pacientes ancianos que, sin embargo no se compararon a pacientes jóvenes (10). La afectación articular sugiere que las grandes articulaciones son más afectadas en el anciano, principalmente el hombro que se afecta entre un 10 y 36% más frecuente en comparación a controles jóvenes (11). La mayor parte presentó derrames glenohumerales y recibieron esteroides interarticulares.

Los parámetros de actividad de la enfermedad como la velocidad de sedimentación globular y diversas escalas de actividad de la enfermedad fueron mayores en la artritis reumatoide de inicio en el anciano. Terkeltaub y colaboradores en un estudio de corte transversal mostraron que los pacientes ancianos tuvieron mayor pérdida de peso y mayor deterioro funcional (11). El monitoreo de la velocidad de sedimentación globular puede ser confuso ya que puede estar relacionado a otros factores como infección activa, síndrome coronario agudo, hiper o hipotiroidismo, hipercolesterolemia o malignidad (12). Otros estudios observacionales de corte transversal describen que la prevalencia de factor reumatoide disminuye en ancianos. Inoue y colaboradores encontraron que 66% de los pacientes con artritis reumatoide de inicio en el anciano presentaban positividad para dicho marcador (13). Los anticuerpos anticitrulinados (anti CCP) se han sugerido como más específicos en el cuadro del anciano (14).

En base a las investigaciones antes mencionadas se han establecido las siguientes características clínicas en la artritis reumatoide de inicio en el anciano (15):

1. Distribución por sexos más equitativa. En la artritis de inicio en la juventud la relación hombre mujer es de 3:1, mientras que en la de inicio en el anciano es de 1:1.
2. Inicio agudo: En la artritis de inicio en la juventud la forma de presentación es insidiosa. En el anciano la presentación generalmente es aguda y simula otras artropatías como infecciosa, por cristales o degenerativa.
3. Afectación más frecuente de grandes articulaciones proximales (por ejemplo hombros), semejante a la polimialgia reumática, mientras que en la de inicio en la

juventud se caracteriza por la afección de pequeñas articulaciones de manos y pies.
(16).

4. Mayor frecuencia de manifestaciones sistémicas al inicio: debilidad, pérdida de peso; así como títulos más elevados de velocidad de sedimentación globular.
5. Menor frecuencia de positividad del factor reumatoide (seropositividad): En la de inicio en la juventud, aproximadamente el 80% de los pacientes son seropositivos sin embargo en la de inicio en el anciano la frecuencia de seropositividad se reporta entre un 66 y 89% y algunas series muestran porcentajes tan bajos como 32%.
6. Evolución menos favorable: Hay mayor limitación física y severidad del daño articular en pacientes ancianos la cuál puede ser explicada por la presencia y efecto de enfermedades concomitantes y/o por cambios en el balance entre daño y reparación articular.

TABLA 1. PRESENTACION CLINICA DE LA AR EN EL ANCIANO.

	AR Clásica	AR de inicio en el anciano
Edad de inicio	30-50	> 60
Número de articulaciones afectadas	Poli articular	Puede ser oligoarticular
Lugares afectados	Pequeñas articulaciones	Grandes articulaciones
Rigidez matinal	Generalizada	Predominio de extremidades superiores
Inicio de artritis	Gradual	Más común agudo
Factor reumatoide	Positivo	Negativo
Relación hombre:mujer	3:1	1:1

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La artritis reumatoide de inicio en el anciano representa un reto diagnóstico ya que, como se ha mencionado previamente, su presentación clínica es atípica, diferente a la de inicio en la juventud y es fácil confundirla con otras artropatías como artritis por microcristales, osteoartrosis y artritis asociada a tumores (17).

Con el incremento de la edad aumenta el depósito de cristales de pirofosfato cálcico dihidratado a nivel articular. La artritis inducida por microcristales puede producir inflamación poli articular simétrica de los dedos de manos y pies así como sinovitis aguda o crónica. En el 30% de los casos el factor reumatoide es positivo y hay datos radiológicos que simulan artritis reumatoide (17).

La artropatía gotosa aumenta su prevalencia con la edad, en las mujeres el inicio de la gota ocurre después de la menopausia y las articulaciones dañadas por osteoartrosis son más susceptibles de daño posterior por gota.

Algunos pacientes con osteoartrosis erosiva tienen inflamación recurrente en las articulaciones interfalángicas y primera carpometacarpiana y radiologicamente erosiones óseas localizadas de forma central; sin embargo, el líquido sinovial no es inflamatorio y generalmente estos pacientes tienen el factor reumatoide negativo (17).

Con la edad aumenta la incidencia de neoplasias malignas. Se calcula que la mitad de todos los diagnósticos de cáncer que se realizan afectan a los pacientes de más de 70 años (18). En un anciano con poliartritis u oligoartritis, debe ser excluida la posibilidad de artritis paraneoplásica. En esta, la afección articular se encuentra principalmente en

las extremidades inferiores. Las neoplasias más frecuentemente asociadas son las de mama y próstata. (18).

PRONÓSTICO.

Son pocos los estudios en relación al pronóstico en artritis reumatoide de inicio en el anciano. Schaardenburg y colaboradores mostraron en su estudio que los pacientes con factor reumatoide positivo tenían mayor número de articulaciones afectadas, daño radiológico más severo y elevada mortalidad que los seronegativos (19). Es por eso que se puede afirmar que la presencia de factor reumatoide es un factor adverso en artritis de inicio en el anciano. Sin embargo no hay que olvidar que la positividad del factor reumatoide se incrementa uniformemente después de los 60 años de edad presentándose hasta en 30% de los casos a los 90 años (20).

En el paciente geriátrico, la actividad de la enfermedad puede persistir elevada hasta 2 a 6 años de establecido del diagnóstico de artritis reumatoide (21).

Otro factor que contribuye a la evolución y mortalidad en estos pacientes es la comorbilidad. En el anciano la artritis reumatoide coexiste con otras enfermedades médicas crónicas como las derivadas de la aterosclerosis, hipertensión, diabetes, artrosis y osteoporosis. Cada una de ellas y/o sus tratamientos pueden alterar la función articular, modificar la estructura ósea, muscular y nerviosa. Además, los ancianos presentan menor tolerancia a la inflamación sistémica, a la destrucción articular, a los efectos adversos a los tratamientos farmacológicos y mayor predisposición a las interacciones adversas entre los mismos. La depresión, el déficit sensorial auditivo y visual y el deterioro cognoscitivo pueden interferir en el apego al tratamiento de la enfermedad. La degeneración macular, la insuficiencia renal o

hepática pueden influir limitando las opciones terapéuticas en la artritis reumatoide (22, 23).

La expectativa de vida en sujetos con artritis reumatoide de inicio en el anciano es menor aunque no se puede precisar en que medida. Las causas de muerte en estos sujetos son originadas en la mayoría de los casos a enfermedades cardiovasculares, infecciones y a la propia artritis reumatoide. La enfermedad es más grave cuando inicia antes de los 80 años. Las causas de muerte no difieren mucho de la población normal. El acortamiento promedio de vida es de 4 a 5 años (24).

Se desconoce si el sexo es una variable que influye en la mortalidad (25).

JUSTIFICACION.

1.- La población anciana ha incrementado en los últimos años en nuestro país, mientras que en el 2000 se registraron 6.9 millones de personas mayores de 60 años, en el recuento de población de 2005 se cuantificaron 8.3 millones lo que representa un incremento del 20%.

2.-En la población anciana la presentación clínica de las enfermedades suele ser diferente por los cambios en el organismo asociados al envejecimiento y la artritis reumatoide no es la excepción

3.-Las alteraciones músculo esqueléticas representan la principal causa de deterioro funcional e inmovilidad en la población anciana con el subsiguiente aumento de la morbi-mortalidad por lo que es imperativo su diagnóstico y tratamiento oportuno.

HIPÓTESIS.

Las manifestaciones clínicas de la artritis reumatoide de inicio en el anciano son diferentes a la artritis de inicio en la juventud.

OBJETIVO GENERAL.

Comparar las manifestaciones clínicas de la artritis reumatoide de inicio en el anciano contra la artritis reumatoide de inicio antes de los 60 años, en los pacientes de la consulta externa de reumatología del Hospital Juárez de México.

MATERIAL Y METODOS.

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal donde se analizaron los expedientes de pacientes con diagnóstico reciente de artritis reumatoide de la consulta externa de reumatología del Hospital Juárez de México durante el periodo de enero a diciembre de 2006. Los expedientes que no reunieron la información completa acerca de las variables analizadas fueron eliminados.

En total se revisaron 96 expedientes de pacientes con artritis reumatoide, todos con historia clínica completa, estudios de laboratorio, radiografías de manos y que reunieran los criterios de clasificación para artritis reumatoide del Colegio Americano de Reumatología (Anexo1). Los pacientes incluidos tuvieron una valoración inicial, así como consultas subsecuentes por la especialidad.

La revisión se centró en las siguientes variables:

1. Distribución de la enfermedad por edad. Grupo A menores de 60 años y grupo B mayores de 60.
2. Distribución por sexo.
3. Forma de presentación de la enfermedad: a) aguda (Artritis con intensidad máxima a las dos semanas de inicio de la sintomatología) y b) progresiva.
4. Patrón articular afectado: oligoarticular y poliarticular
5. Frecuencia de manifestaciones sistémicas definidas como al menos uno de los tres criterios en los tres meses iniciales: pérdida de peso mayor o igual a 2 kilogramos, temperatura corporal mayor a 37.5oC y hospitalización para el tratamiento de artritis reumatoide.
6. Manifestaciones extra articulares.
7. Positividad del factor reumatoide.

Los expedientes que no contaban con historia clínica completa ni valoraciones subsecuentes no fueron incluidos. Los números de dichos expedientes se obtuvieron de la base de datos de la consulta externa de reumatología.

El análisis estadístico se realizó con Chi cuadrada con corrección de Yates.

RESULTADOS.

Se evaluaron 97 pacientes: 78 (80%) del grupo A con un rango de edad de 18 a 58 años, media 36.4+- 1.41; grupo B 19 pacientes (20%) con rango de edad de 60 a 79 años, media 67.5 +- 4.94.

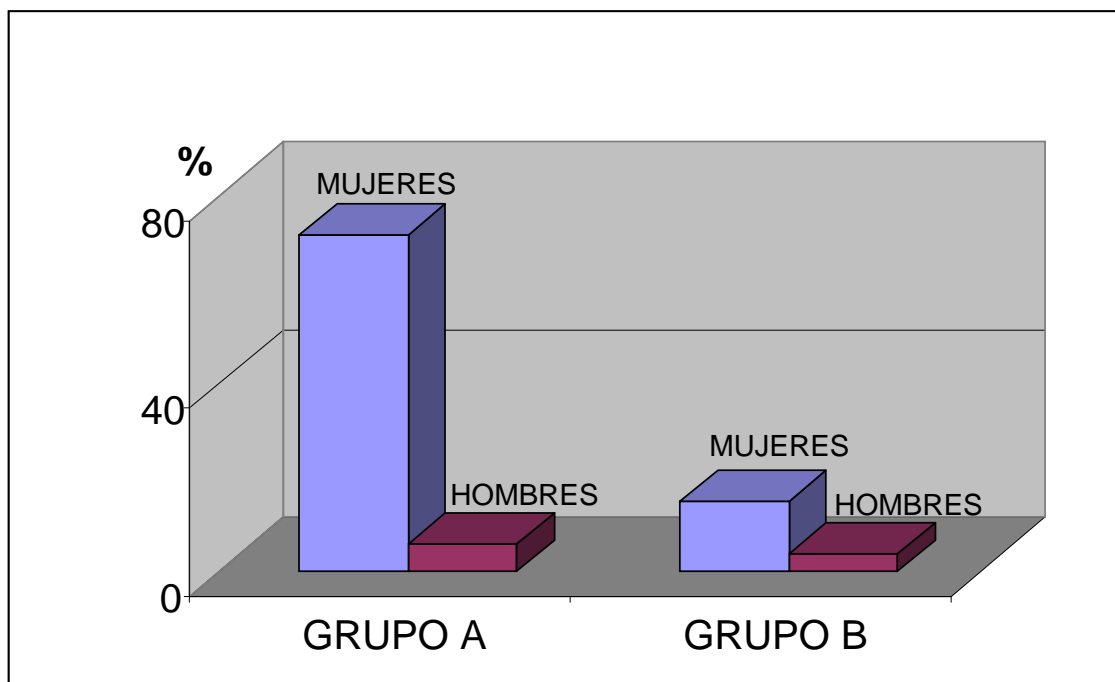
La distribución por sexos fue la siguiente:

TABLA 2.

DISTRIBUCION POR SEXO	GRUPO A	GRUPO B
Mujeres	72 (92.3%)	15 (78.9%)
Hombres	6 (7.6%)	4 (21.0%)

No se encontraron diferencias significativas en la proporción hombres/mujeres de ambos grupos: Chi cuadrada = 36 con desviación estándar de 1.41.

GRAFICA 1.

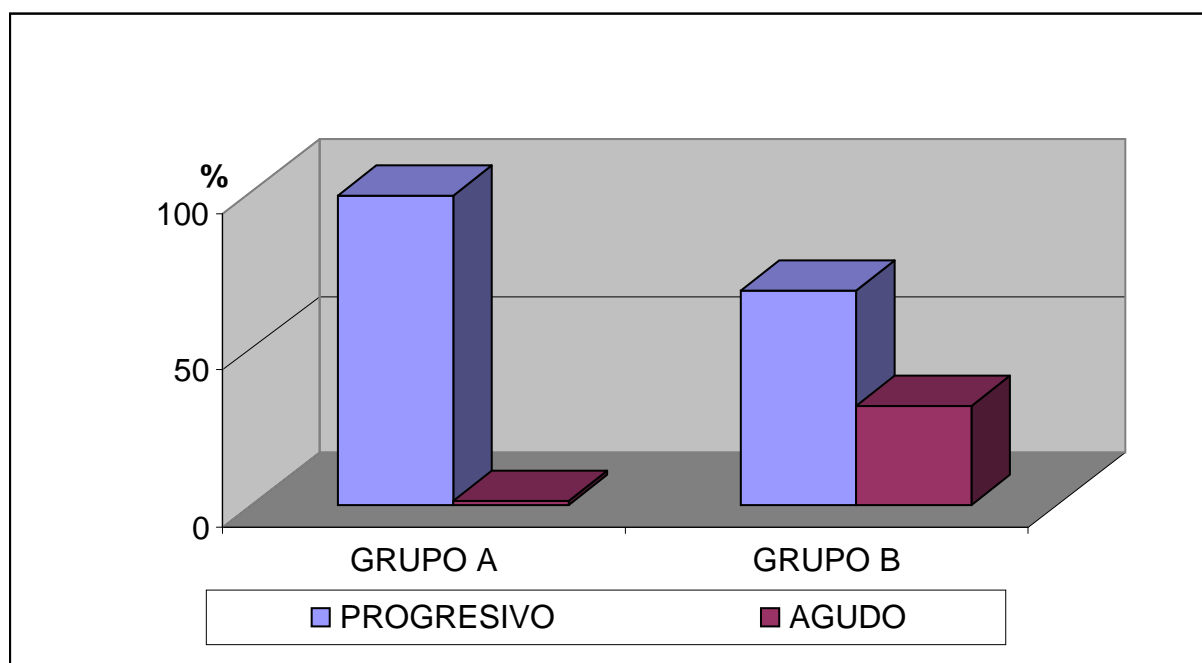


La forma de inicio agudo tuvo predominio en el grupo B (valor de $p < 0.001$):

TABLA 3.

FORMA DE INICIO	GRUPO A	GRUPO B
Progresiva	77 (98.7%)	13 (68.4%)
Agudo	1 (1.28%)	6 (31.5%)

GRAFICA 2.

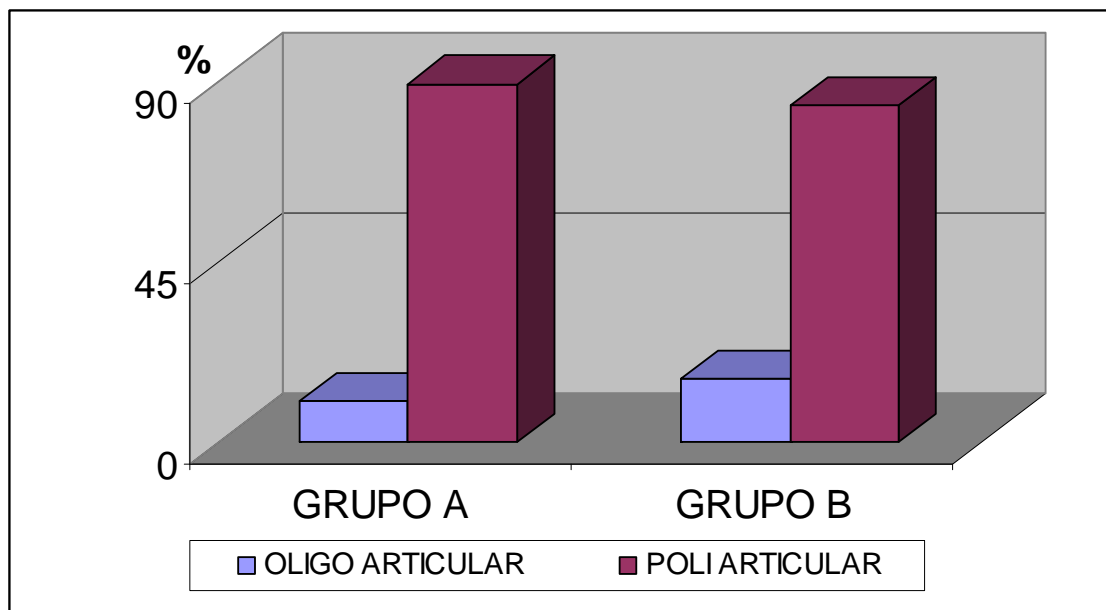


En cuanto al patrón articular afectado en ambos grupos predominó el tipo poli articular con porcentajes similares de 84% para el grupo A comparado al 89% del grupo B (valor de p mayor a 0.1, no significativo):

TABLA 4.

PATRON ARTICULAR	GRUPO A	GRUPO B
Oligo articular	8 (10.25%)	3 (15.78%)
Poli articular	70 (89.74%)	16 (84.21%)

GRAFICA 3.

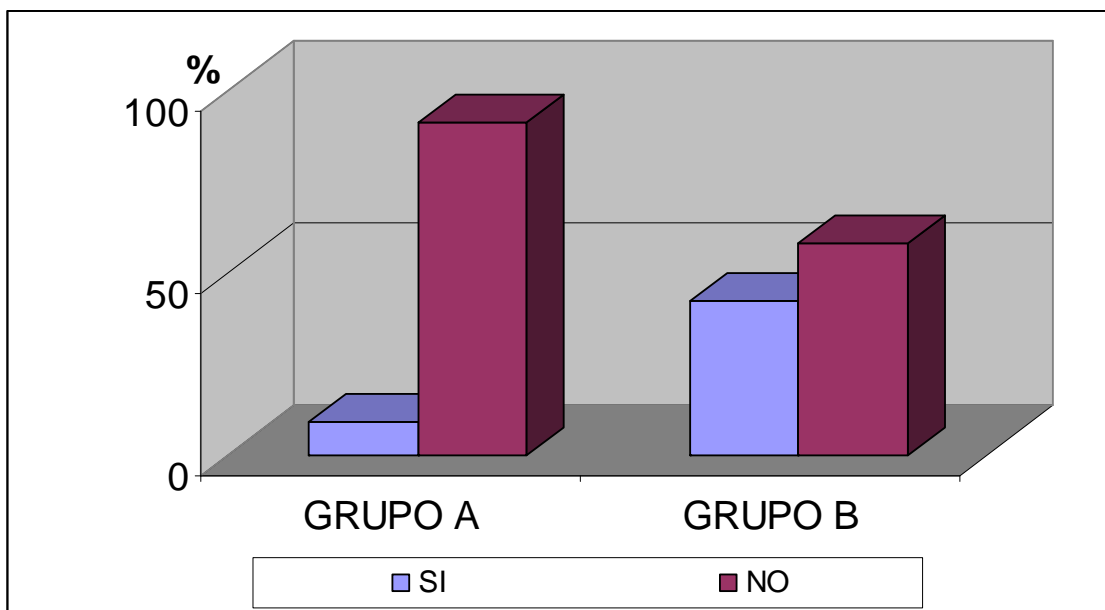


La afectación sistémica fue menos relevante en el grupo A con diferencia estadística significativa. ($p < 0.001$):

TABLA 5.

AFECTACION SISTEMICA	GRUPO A	GRUPO B
SI	7 (8.9%)	8 (42%)
NO	71 (91.02 %)	11 (58%)

GRAFICA 4.

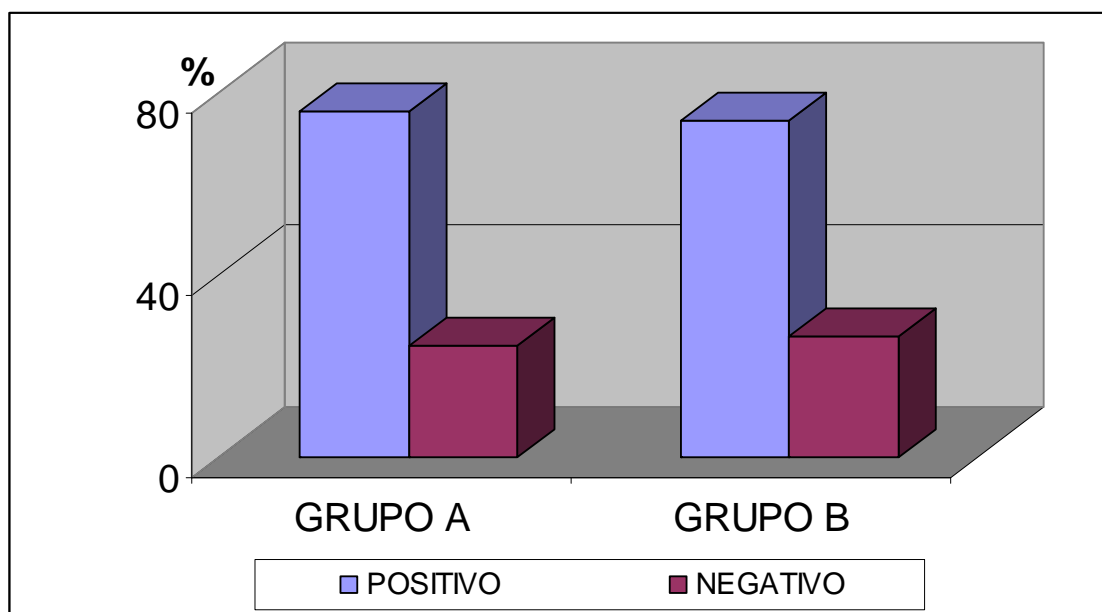


No hubo diferencias significativas en la positividad del factor reumatoide en ambos grupos ($p =$ No significativa):

TABLA 6.

POSITIVIDAD DEL FACTOR REUMATOIDE	GRUPO A	GRUPO B
Positivo	59 (75.64%)	14 (73.68%)
Negativo	19 (24.35%)	5 (26.31%)

GRAFICA 5.

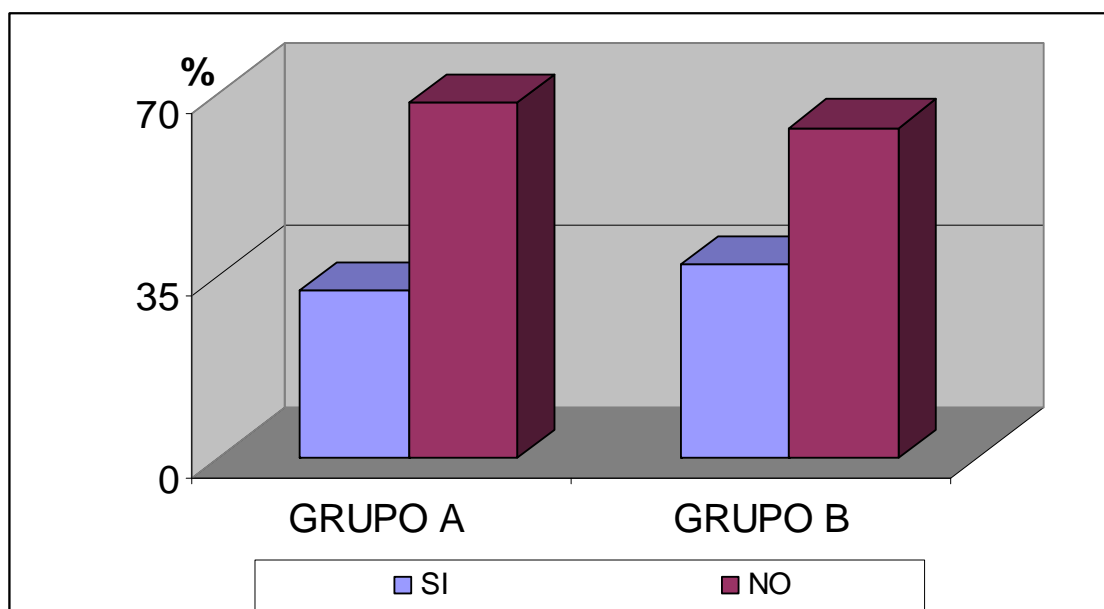


Tampoco se registraron diferencias en cuanto a las manifestaciones extra articulares:

TABLA 6.

MANIFESTACIONES EXTRARTICULARES	GRUPO A	GRUPO B
SI	25 (32.05%)	7 (36.84%)
NO	53 (67.94%)	12 (63.17%)

GRAFICA 6.



DISCUSION.

A diferencia de lo reportado en la mayoría de estudios, en el nuestro no se encontraron diferencias en la relación hombre/mujer entre la artritis de inicio en sujetos menores de 60 años contra la de inicio en la vejez. Por ejemplo: Terkeltaub y colaboradores documentaron una relación hombre/mujer de 1: 1.8 para la artritis de inicio en la juventud y de 1:1 en la artritis de inicio en la vejez similar a Inoue y colaboradores quienes reportan una relación de 1: 1.4 y de 1: 3.5 respectivamente. Quizá estas diferencias sean explicadas por que en nuestro medio la cantidad de hombres adultos mayores que acuden en busca de atención médica es poca.

Se describe que la artritis reumatoide de inicio en la vejez se presenta como una artropatía de inicio agudo. Deal y colaboradores encontraron en su estudio prospectivo, que la artritis reumatoide inició de forma aguda en el 27% de los casos en sujetos mayores de 60 años en comparación con un 14% de los pacientes menores de dicha edad. En nuestra investigación se corrobora este dato ya que en el 31.5% de los pacientes de mayores de 60 años la artritis inicia de forma aguda contra un 1.28% de menores de esta edad.

En cuanto al patrón articular afectado, en nuestros resultados encontramos que en menores de 60 años el patrón articular fue principalmente oligo articular con afectación predominante a manos y pies (articulaciones pequeñas), al igual en sujetos mayores de 60 años, no corroborando lo reportado por otros autores. Quizá estas diferencias sean

explicadas por el poco tamaño de la muestra en el grupo de artritis de inicio en la vejez de nuestra investigación.

El ataque al estado general se ha considerado elemento relevante de la artritis reumatoide en los adultos mayores. Terkeltaub y colaboradores registraron que la afectación se presentó en el 56% de los pacientes mayores de 60 años, mientras que sólo en el 12% de los menores de esta edad ($p = 0.001$). Sin embargo Deal y colaboradores en su estudio no encontraron diferencias estadísticamente significativas en dicha variable ($p = 0.185$). Nuestro estudio reportó que en los pacientes mayores de 60 años (Grupo B) el ataque al estado general se presentó en el 42% de los casos, mientras que sólo en 8.9% de los menores de esta edad con una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.001$). Este dato es relevante ya que se confundió al inicio la enfermedad en cuestión con procesos infecciosos o artropatía por microcristales.

En relación a la positividad del factor reumatoide, hay diferencias en lo reportado por la bibliografía consultada. En nuestra investigación los pacientes de artritis de inicio en la vejez presentaron la mayoría positivo el factor reumatoide (73.68%) comparado 75.64% de los pacientes con artritis de inicio de la juventud. Por el contrario Deal y colaboradores encontraron que el factor reumatoide era positivo en los pacientes adultos mayores en el 48% de los casos comparado contra el 72% de los pacientes de menor edad ($p = 0.001$). Terkeltaub reporta algo similar donde su grupo de pacientes ancianos presenta positivo el factor reumatoide en sólo el 32% de los casos contra 59%

de su grupo de comparación. Inoue y colaboradores encontraron positivo el factor reumatoide en el 66% de los adultos mayores y en el 76% de los menores de 60 años ($p = 0.06$). Por el contrario, en nuestra investigación los pacientes de artritis de inicio en la vejez presentaron la mayoría (73.68%) positivo el factor reumatoide comparado al 75.64% de los pacientes con artritis de inicio en la juventud.

En cuanto a las manifestaciones extra articulares, Terkeltaub y colaboradores no encuentran diferencias significativas entre sus grupos de estudio (26% entre el grupo de inicio en la juventud contra 29% en el grupo de inicio en la vejez. Deal y colaboradores registran cifras similares para las manifestaciones extra articulares. Estos datos se asemejan mucho a los reportados en nuestro estudio donde reportamos la presencia de manifestaciones extra articulares en el 36.84% de los pacientes viejos comparado al 32.05% de los pacientes con artritis de inicio en la juventud, sin diferencias significativas.

CONCLUSIONES.

La artritis reumatoide de inicio tardío (en la vejez) tiene características propias, diferentes a la artritis de inicio antes de los 60 años de edad. El no reconocer dichas diferencias implica un alto riesgo de no realizar un diagnóstico acertado y por ende privar a la persona del tratamiento y rehabilitación adecuados. No hay duda en que la edad modifica la presentación clínica de las enfermedades. (Presentación atípica de la enfermedad en la vejez). En la literatura diversas investigaciones lo han demostrado. En nuestro estudio se corroboraron algunas de estas aseveraciones. Las diferencias encontradas quizá sean debidas al tamaño de la muestra.

Proponemos la necesidad de establecer criterios de clasificación y de diagnóstico de artropatías inflamatorias como artritis reumatoide en pacientes geriátricos considerando las dificultades diagnósticas y terapéuticas en este grupo de la población.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Aurora García Ballesteros, María Inés Ortiz Álvarez. El envejecimiento demográfico de las poblaciones. Práctica de la Geriatria. 2ª. Edición. Editorial Mc Graw Hill. 2007; 1: 3 – 7.
- 2.- Paul E. McGann. La valoración geriátrica para el reumatólogo. Rheumatic Disease Clinics of North America (Edición Española). Reumatología geriátrica. Editorial panamericana. Año 2000. Vol 2, Número 3. Páginas 435 – 452.
- 3.- Z. Tútuncu, G. Reed, J. Kremer, A Kavanaugh. Do patients with older-onset rheumatoid arthritis receive less treatment? Ann Rheum Dis. 2006; 65: 1226-1229.
- 4.- John H. Klippel. Primer on the Rheumatic Diseases. 11a. Edición. Editorial Arthritis Foundation. 1997. Páginas 155-168.
- 5.- Désirée M.F.M. van der Heijde, Piet L.C.M. van Riel. Mielk A. van Leeuwen, Martín a: van't Hof, Martin H. van Rijswijk y colaboradores. Older versus younger onset rheumatoid arthritis: Results at onset and after 2 yeras of prospective followup study of early rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 1991, 18: 1285-1289.
- 6.- Christine K. Cassel. Geriatric Medicine. An Evidence-Based Approach. 4a. Edición. Editorial Springer. 2002. Vol. 1. Páginas 783 – 800.

7.- A. B. Corrigan, R.G. Robinson, Tanya R. Terenty, J. B. Dick-Smith, D. Walters. Benign rheumatoid arthritis of the aged. *British Medical Journal*. 1974; 1: 444-446.

8.- Koji Inoue, Kanji Shichikawa, Junichi Nishioka, Shigenaga Hirota. Older age onset rheumatoid arthritis with or without osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1987; 46: 908-911.

9.- T.D. Spector, L.A. Perry, G. Tubb, A. J. Silman, E. C. Huskisson. Low free testosterone levels in rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1998; 47: 65-68.

10.- A. B. Corrigan, R.G. Robinson, Tanya R. Terenty, J. B. Dick-Smith, D. Walters. Benign rheumatoid arthritis of the aged. *British Medical Journal*. 1974; 1: 444-446.

11.- Robert Terkeltaub, John Esdeile, Francine Décary, Hyman Tannenbaum. A clinical study of older age rheumatoid arthritis with comparison to a younger onset group. *The Journal Rheumatology*. 1983; 10: 418 – 424.

12.- Jacques Wallach. Interpretación clínica de las pruebas de laboratorio. 4ª. Edición. Editorial Masson. 2002. Páginas 104-107.

13.- Koji Inoue, Kanji Shichikawa, Junichi Nishioka, Shigenaga Hirota. Older age onset rheumatoid arthritis with or without osteoarthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*. 1987; 46: 908-911.

14.- Tara Snelgrove, Proton Rahman. Inflammatory polyarthritis in the older adult. *Geriatrics Aging*. 2006; 9: 544 - 550.

15.- Yusuf Yacizi, Stephen A. Payer. Artritis reumatoide de inicio en el anciano. *Rheumatic Disease Clinics of North America (Edición Española)*. Reumatología geriátrica. Editorial panamericana. Año 2000. Volumen 2, Número 3. Páginas 539 – 549.

16.- Chad L., Deal., Robert F. Meenan, Don L. Goldenberg, Jennifer J. Anderson y colaboradores. The clinical features of elderly-onset rheumatoid arthritis. A comparasion with younger-onset disease of similar duration. *Arthritis and Rheumatism*. 1985; 28: 987 – 994.

17.- Zuhre Tuntuncu, Arthur Kavanaugh. Rheumatic disease in the elderly: Rheumatoid arthritis. *Clinics in Geriatric Medicine*. Editorial Elsevier Saunders. 2007; 33: 57-70.

18.- Yusuf Yacizi, Stephen A. Payer. Artritis reumatoide de inicio en el anciano. *Rheumatic Disease Clinics of North America (Edición Española)*. Reumatología geriátrica. Editorial panamericana. Año 2000. Volumen 2, Número 3. Páginas 539 – 549.

19.- Dirkjan van Schaardenburg, Johanna M. W. Hazes, Anthonius de Boer, Aeilko H. Zwinderman y colaboradores. Outcome of rheumatoid arthritis in relation to age and rheumatoid factor at diagnosis. *Journal of Rheumatology*. 1993; 20: 45 – 52.

20.- Yusuf Yacizi, Stephen A. Payer. Artritis reumatoide de inicio en el anciano. Rheumatic Disease Clinics of North America (Edición Española). Reumatología geriátrica. Editorial panamericana. Año 2000. Volumen 2, Número 3. Páginas 539 – 549.

21.- Désirée M.F.M. van der Heijde, Piet L.C.M. van Riel. Mielk A. van Leeuwen, Martín a: van't Hof, Martin H. van Rijswijk y colaboradores. Older Versus Younger Onset Rheumatoid Arthritis: Results at Onset and Alter 2 yeras of Porspective Follow up Study of Early Rheumatoid Arthritis. J Rheumatol. 1991, 18: 1285-1289.

22.- Yusuf Yacizi, Stephen A. Payer. Artritis reumatoide de inicio en el anciano. Rheumatic Disease Clinics of North America (Edición Española). Reumatología geriátrica. Editorial panamericana. Año 2000. Volumen 2, Número 3. Páginas 539 – 549.

23.- David L. Scout. Artritis en el anciano. Brocklehurst's Geriatria. Editorial Marbán. 2005; volumen 2. Páginas 887 - 904.

24.- Frederick Wolfe, Donald M. Mitchell, John T. Sibley, James F. Fries y colaboradores. The mortality of rheumatoid arthritis. Arthritis and Rheumatism. 1994; 37: 481 – 494.

25.- Scott T. Anderson. Mortality in rheumatoid arthritis: Do age and gender make a difference? Seminars in Arthritis and Rheumatism. 1996; 25: 291 – 296.

A N E X O S.

Anexo 1.

Criterios para la clasificación de la artritis reumatoide del Colegio Americano de Reumatología 1987.

1.- Rigidez matutina en y alrededor de las articulaciones, de por lo menos una hora de duración antes de sentir la máxima mejoría.

2.- Artritis de tres o más áreas. Por lo menos tres segmentos articulares habrán tenido inflamación de partes blandas o hidrartosis (no solamente crecimiento óseo), según la observación de un médico. Las 14 áreas de posible localización derecha o izquierda son: interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, muñecas, codos, rodillas, tobillos y metatarsfalángicas.

3.- Artritis de articulaciones de las manos. Por lo menos un área inflamada (según se define en el criterio 2) en una articulación de la muñeca, metacarpofalángica o interfalángica proximal.

4.- Artritis simétrica. Afección simultánea de las articulaciones citadas en el párrafo número 2, con localización en ambos lados del cuerpo (ataque bilateral de las interfalángicas proximales, las metacarpofalángicas o las metatarsfalángicas, se acepta aunque no sea total, absolutamente simétrico).

5.- Nódulos reumatoides. Nódulos subcutáneos sobre las prominencias óseas, o las caras extensoras, o en las regiones yuxtaarticulares. Su observación debe estar documentada por el médico.

6.- Factor reumatoide. Demostración de cantidades anormales del factor reumatoide sérico por un método confiable.

7.- Cambios radiológicos. Cambios radiográficos típicos de artritis reumatoide en radiografías posteroanteriores simples, en articulaciones pequeñas de manos y en muñecas deben mostrar erosiones o descalcificación ósea inequívoca (osteopenia) yuxtaarticular (no se tomarán en cuenta cambios degenerativos como único hallazgo).

Diagnóstico. Para diagnosticar artritis reumatoide se requieren cuatro de los siete criterios descritos. Los criterios uno a cuatro deben estar presentes por lo menos durante seis semanas. No se excluyen pacientes con dos criterios de diagnóstico. No se hace ya la designación de la artritis reumatoide como clásica, definida o probable.