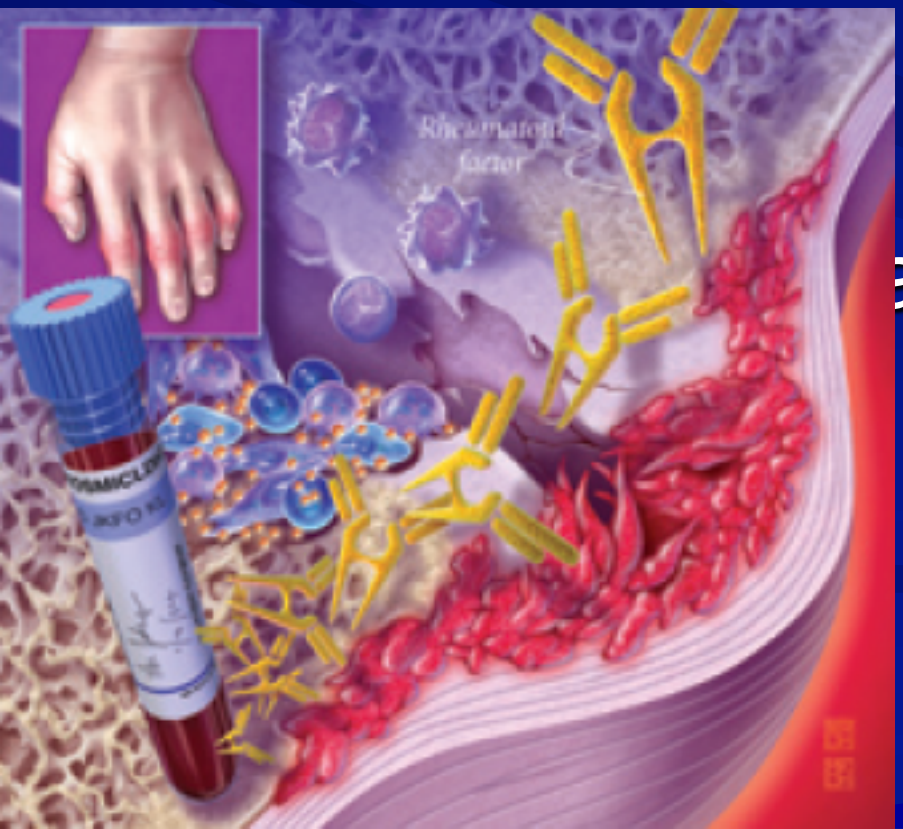
Artritis Reumatoide
Etiología, fisiopatogenia, clínica y diagnóstico



a añadir texto

Clara Molina
Reumatóloga
HGU

ARTRITIS REUMATOIDE

- Enfermedad crónica, multisistémica y autoinmune, de etiología desconocida.
- Característicamente existe sinovitis inflamatoria persistente que afecta las articulaciones periféricas.
- Capacidad de la inflamación sinovial para destruir cartílago, erosionar hueso y producir deformidad articular.
- Evolución variable, causa de discapacidad y mortalidad

Pulse para añadir texto

Epidemiología

- 0,8% de la población
- Aumenta con la edad
- 3 mujeres : 1 hombre
- 80% de los casos aparece entre la 4° y 5° década.
- Factores genéticos: producto principal de complejo de histocompatibilidad HLA-DR4, 70% lo expresa.

Epidemiología de la AR: Prevalencia en Europa

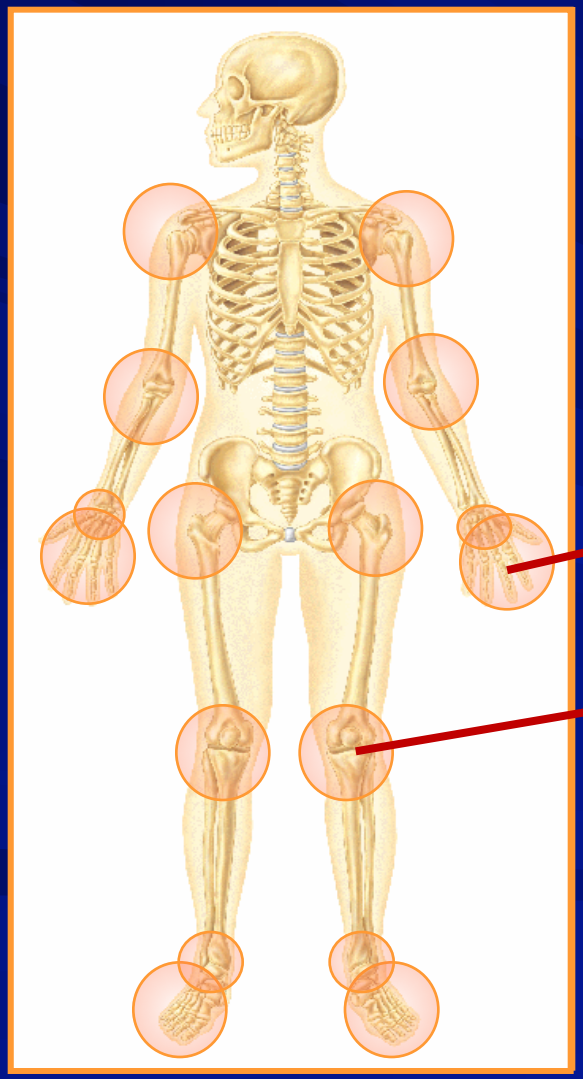
(Cimmino, 1998)

Artritis Reumatoide

Pulse para añadir texto

Clínica

Diagnóstico de la AR: Signos y síntomas



- Presentación: insidiosa, explosiva, o intermitente (palindromos)
- Articulaciones dolorosas y rígidas por la sinovitis inflamatoria
- Inflamación simétrica de pequeñas articulaciones
- A veces se afectan las articulaciones grandes
- Cansancio
- Rigidez matutina

(Lipsky, 1998; Wolfe, 1996)

Manifestaciones Articulares

- CUALQUIER ARTICULACION:
  - Manos (IFP MCFP), carpos, codos, hombros, caderas rodillas, tobillos, pies,
  - Atloidoaxoidea, cricoaritenoideas.
- Signos de inflamación de Celso
  - Dolor de la articulación afectada.
  - Tumefacción, sensibilidad y calor .
  - Limitación del movimiento.
- Rigidez generalizada (>1 hora, matutina).

Deformidades Articulares

- Tumef. IFP manos: dedos en barrilete
- Subluxaciones MCF e IFP
- Ráfaga cubital en MCF manos
- Deformidad en cuello de cisne
- Deformidad en ojal (boutonnière)
- Hiperextension 1° art MCF (pulgar en Z)
- Deformidades MTF: pies en garra

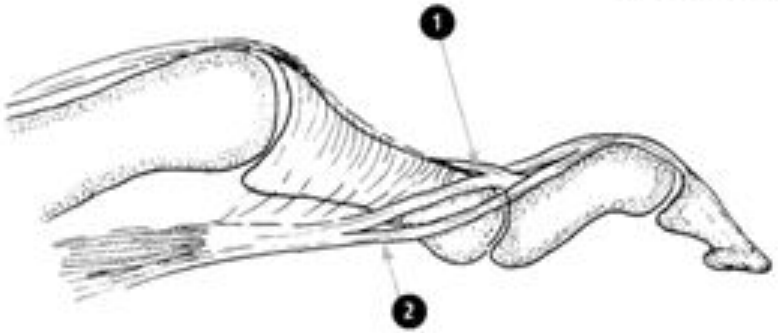
Artritis reumatoide: edema fusiforme en la mano

Artritis reumatoide: desviación cubital y atrofia muscular en las manos

Dedos en cuello de cisne

Artritis reumatoide: mano, deformación «en cuello de cisne» y «en ojal»

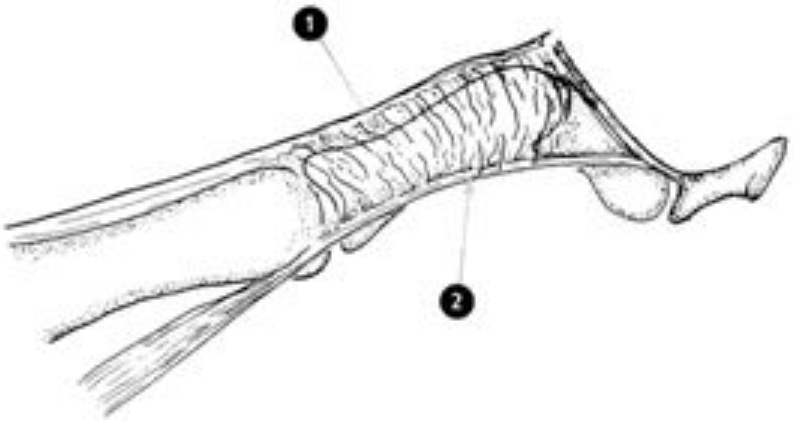
SWAN NECK DEFORMITY



1. Central tendon
2. Lateral band

- The deformity can be caused by synovitis of the flexor tendon sheath.
- Increased flexion pull on the MP joint causes an imbalance to the extensor central slip through the long extensor tendons and the intrinsic muscles.
- Stretch to the volar plate at the PIP joint causes hyperextnesion of the PIP joint.
- The lateral intrinsic tendons shift dorsally and reciprocal flexion occurs at the DIP joint.

BOUTONNIERE DEFORMITY

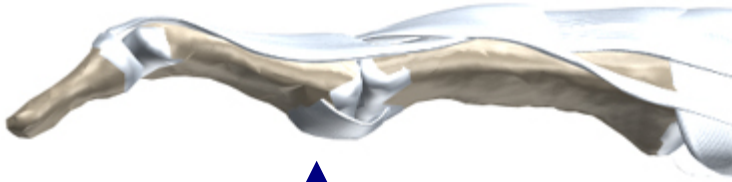


1. Central slip
2. Lateral bands

This deformity can result from an injury or disease which ruptures the central slip, subluxing the lateral bands volarly to the axis of the middle joint (PIP). This may develop over several days or many months after injury as the lateral bands drift volarly.

Normal joint

Swan neck deformity



©MMG 2003

Lesion de la placa volar IFP

Artritis reumatoide: artritis mutilante de la mano

Artritis reumatoide: cabezas de metatarsiano protuberantes

RADIOLOGIA

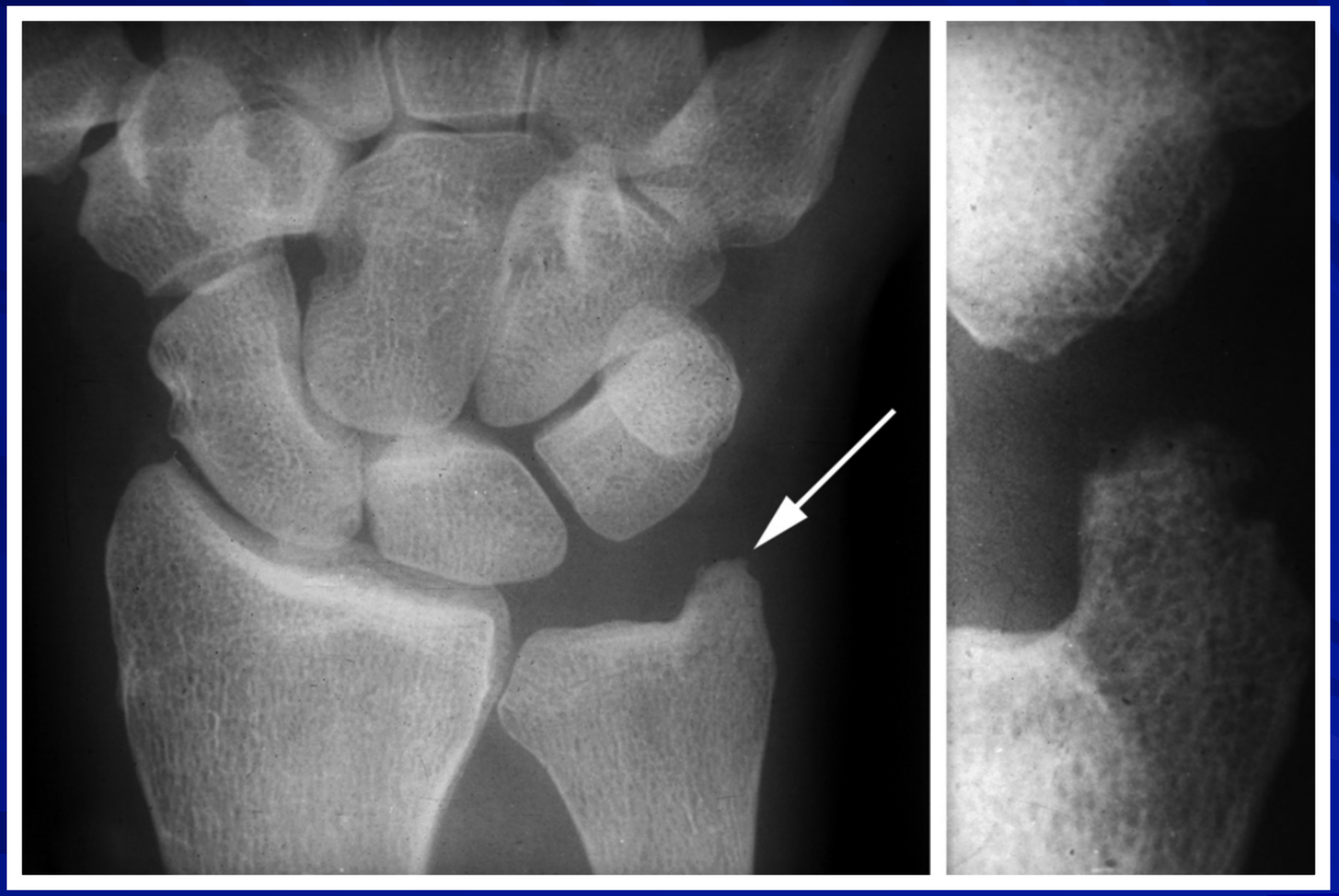
Pulse para añadir texto

Signos radiológicos de AR leve

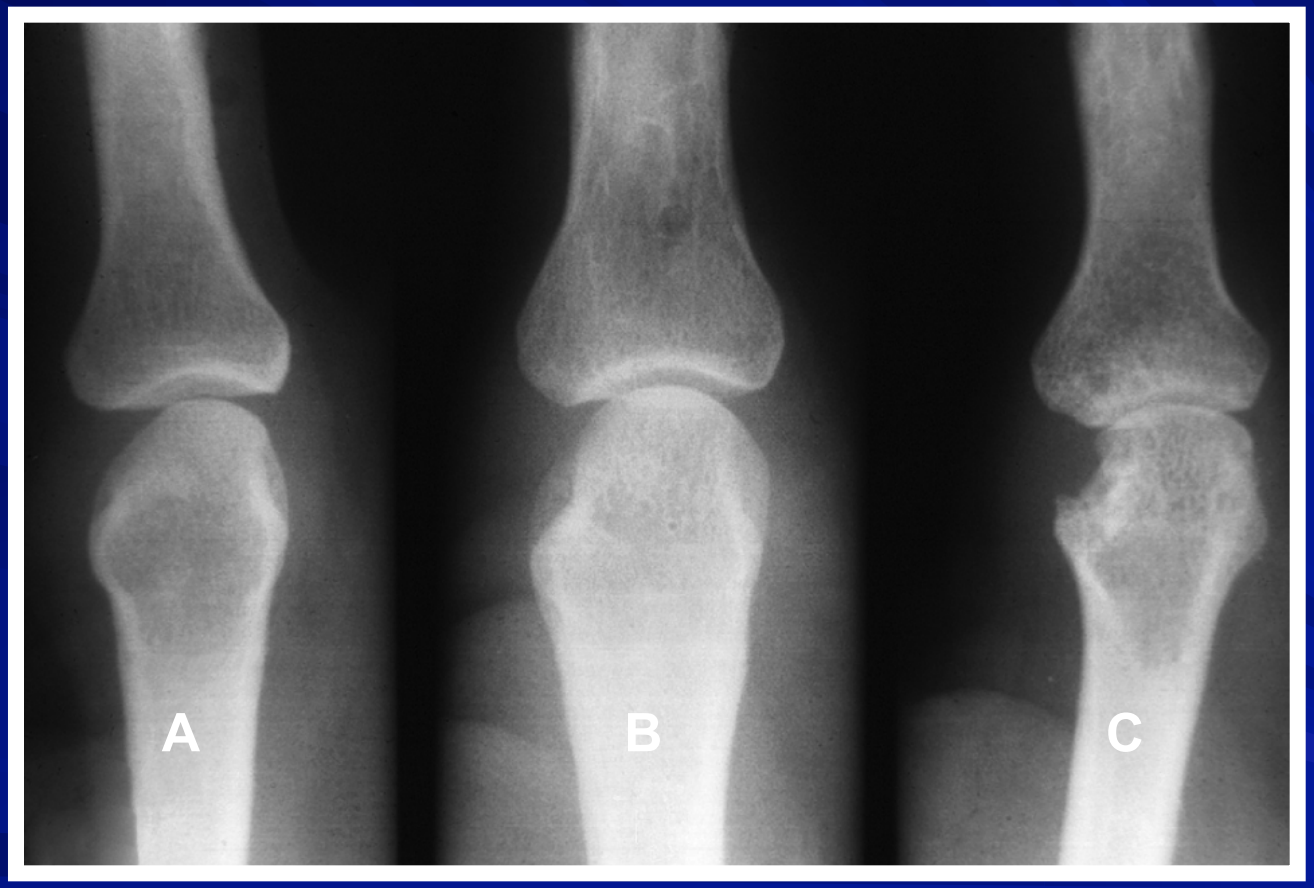
- Inflamación de tejidos blandos
- Osteopenia periarticular
- Estrechamiento del espacio articular

(Brook & Corbett, 1977; Kaarela & Kautiainen, 1997)

Artritis reumatoide: erosión de estiloides cubital

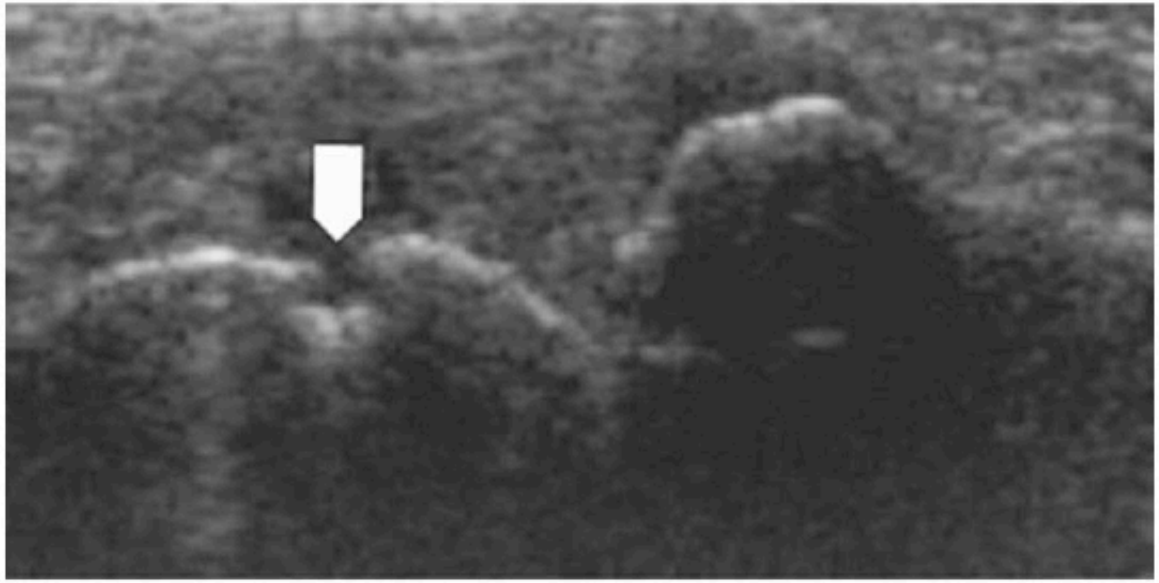


Artritis reumatoide: erosión progresiva art. metacarpofalángica de las manos

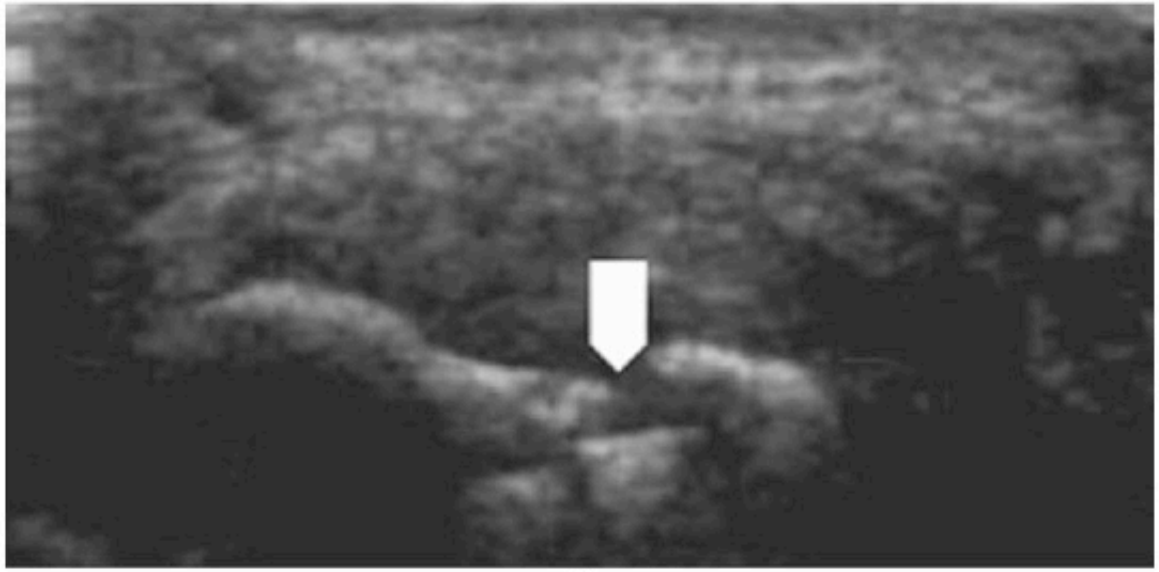


Nuevas técnicas de imagen para la detección precoz de lesiones AR

Evaluación ecográfica de erosiones

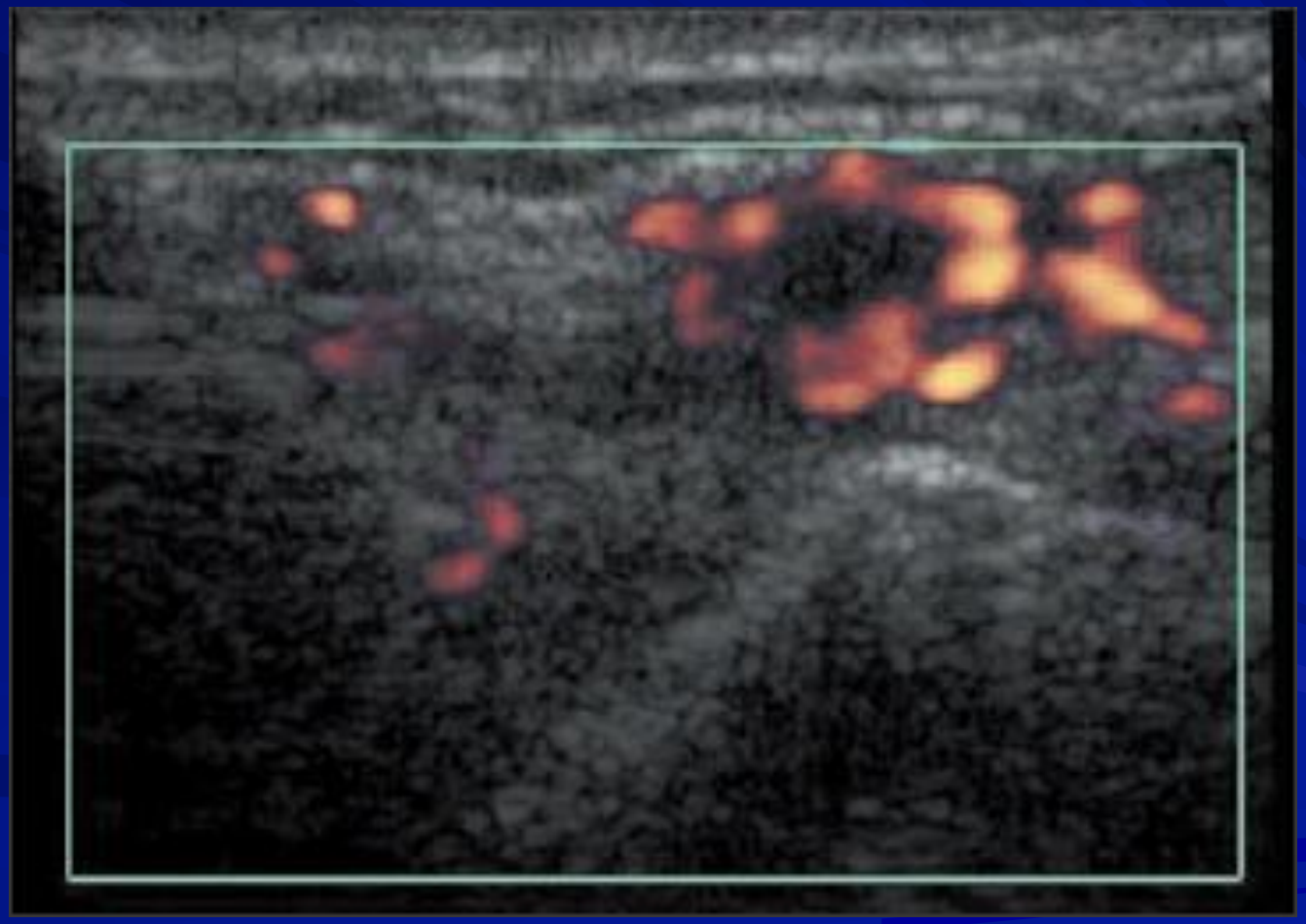


(d)



(e)

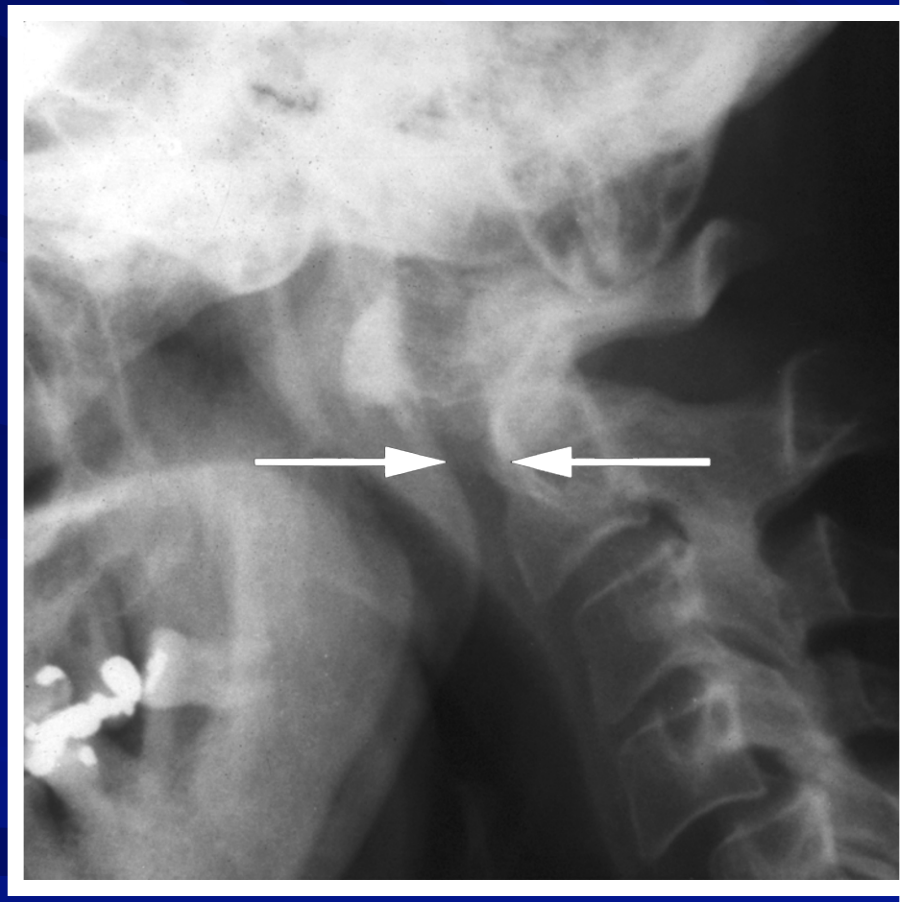
Sinovitis activa - PowerDoppler



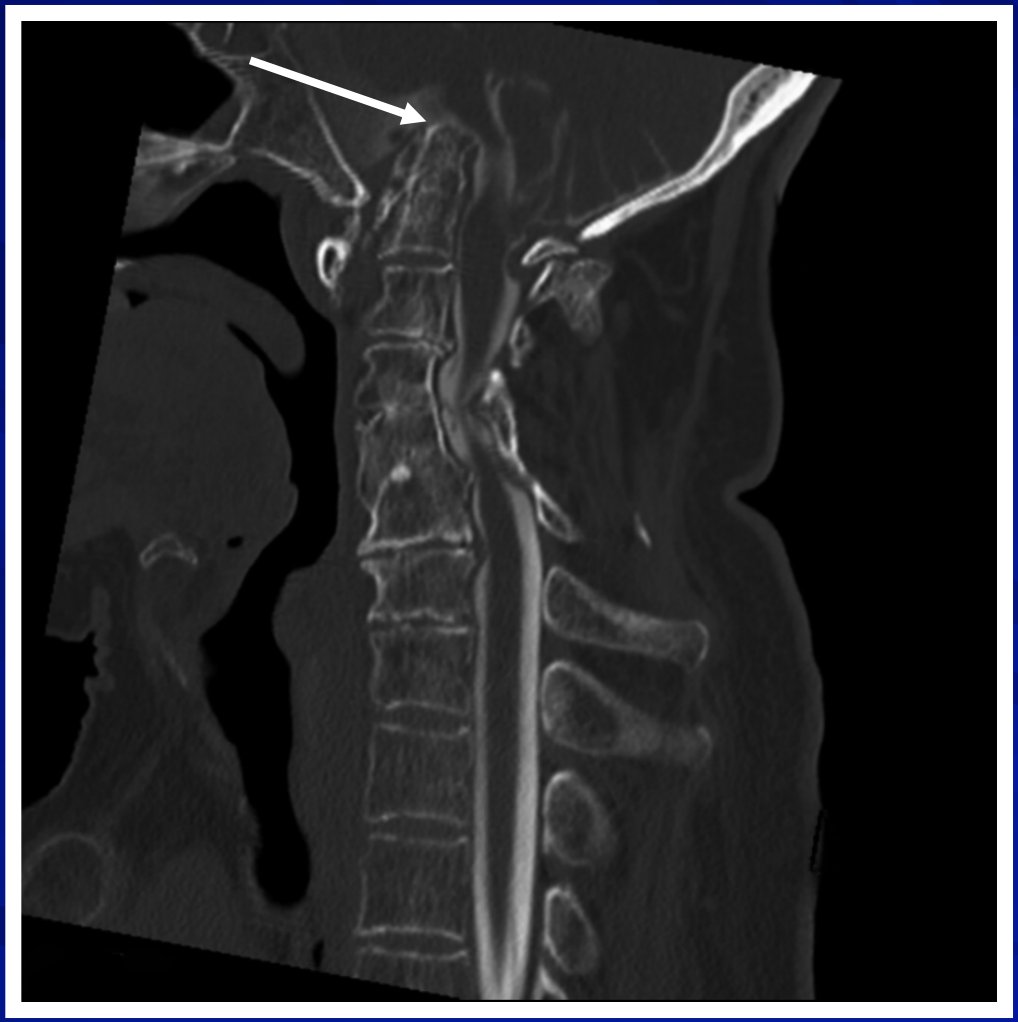
Artritis reumatoide: destrucción del carpo

Artritis reumatoide: prominencia de los cotilos de la cadera

Artritis reumatoide - subluxación atlantoaxial



Artritis reumatoide: impactación vertical de columna cervical



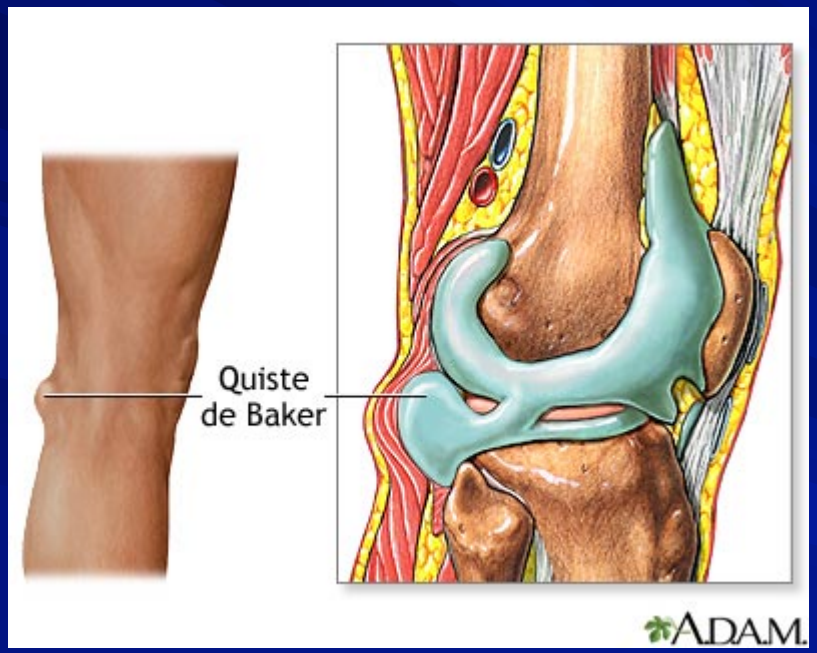
subluxación atlantoaxial vertical (mielografía con TC)

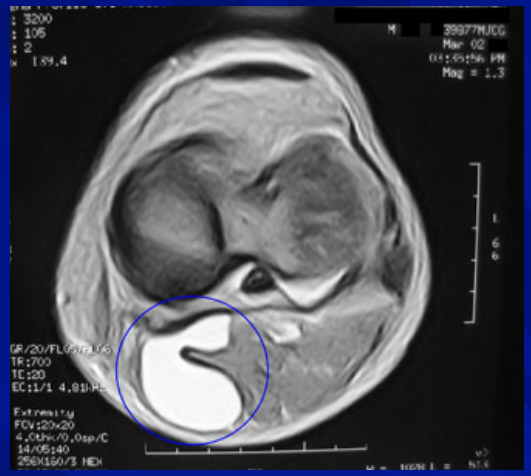
Complicaciones

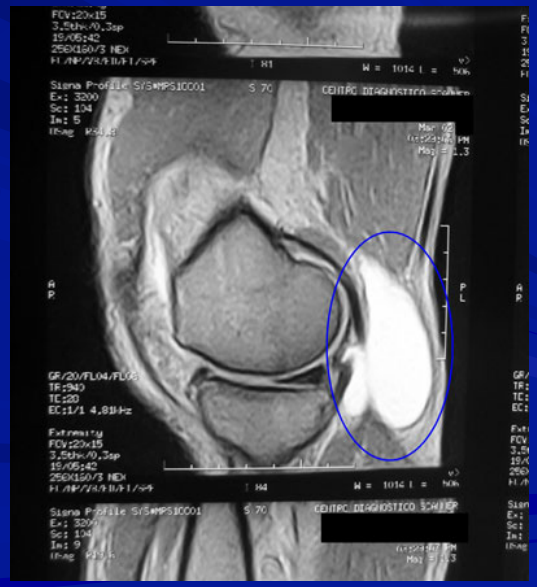
Articulares y Periarticulares

Artritis reumatoide: rotura del tendón extensor

Quiste de Baker







Artritis reumatoide: quiste poplíteo

Quiste de Baker - rotura

Artritis reumatoide: «signo de la media luna», quiste poplíteo roto

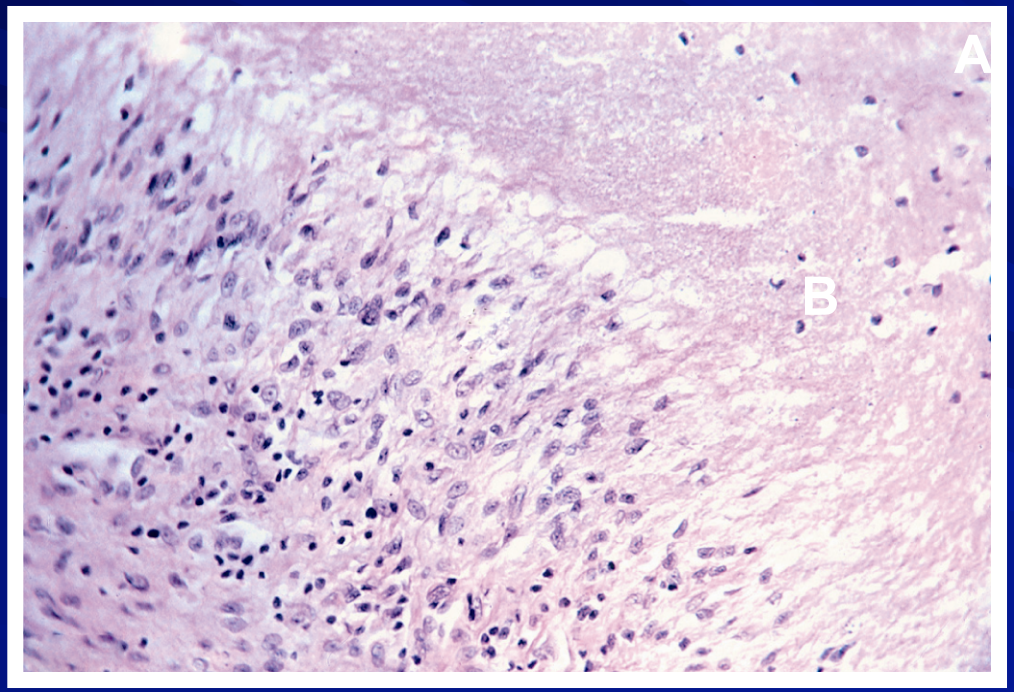
Manifestaciones extraarticulares

- Cutáneas
  - Nódulos reumatoides
- Oculares
  - Epiescleritis y escleritis
- S. de Sjögren
  - .Queratoconjuntivitis. Xerostomia
- Vascular
- Neurológica
  - .Mononeuritis múltiple.
  - .Polineuritis sensitivo- motora
  - .Polineuritis sensitiva.
- Cardiaca
  - Pericarditis
  - Miocarditis
  - Valvulopatías.
- Pulmonares
  - Pleuritis
  - EPID
- Variantes
  - S. De Still del adulto.
  - S. De Felty

Nódulos Reumatoides

Artritis reumatoide

Histología del nódulo reumatoide



- tres zonas histológicas:

a) una zona central amorfa que contiene material fibrinoide, líquido, restos celulares y células polimorfonucleares;

b) una acumulación de histiocitos elongados con disposición radial alrededor de la zona necrótica, y

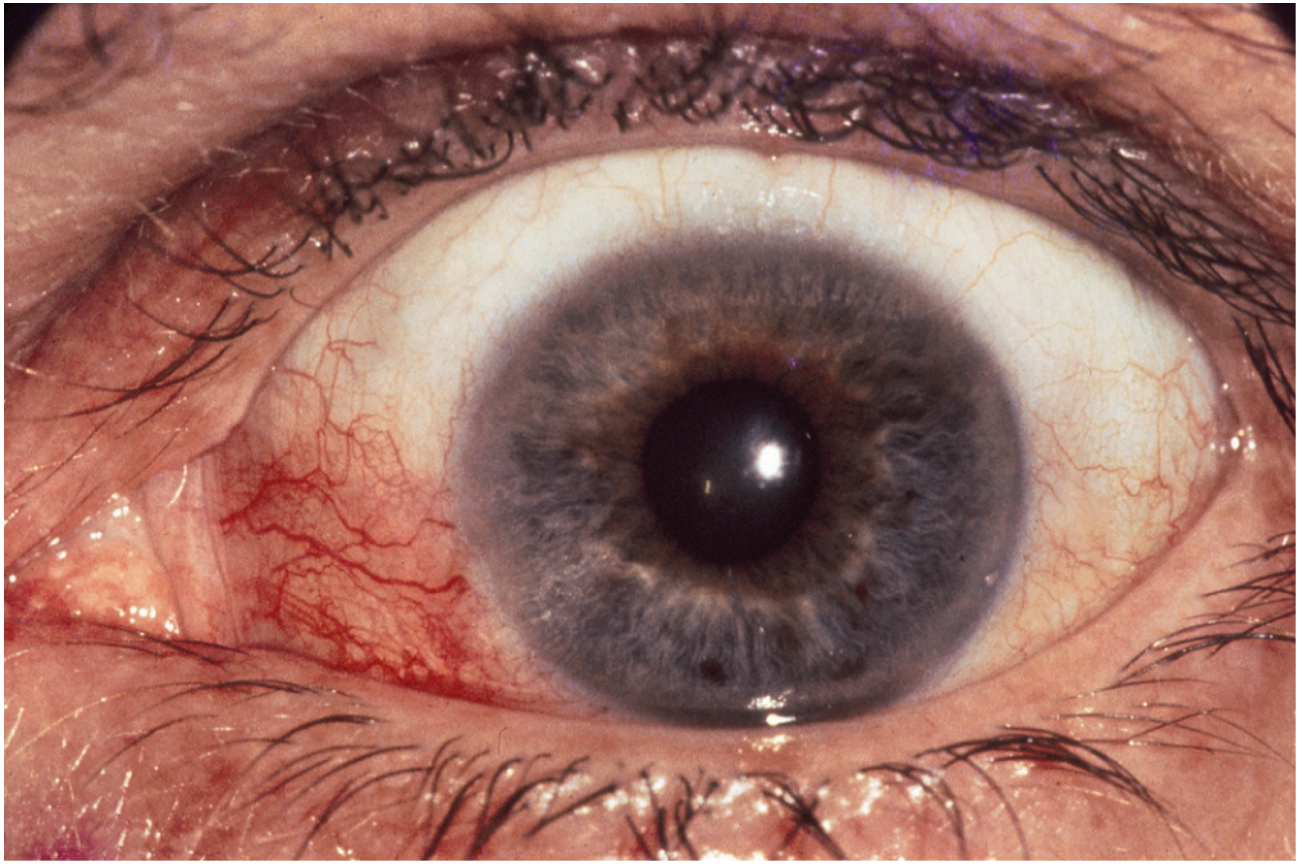
c) una capa periférica de tejido conectivo celular que contiene células inflamatorias crónicas (hematoxilina-eosina, potencia media).

Pleuro / pericarditis

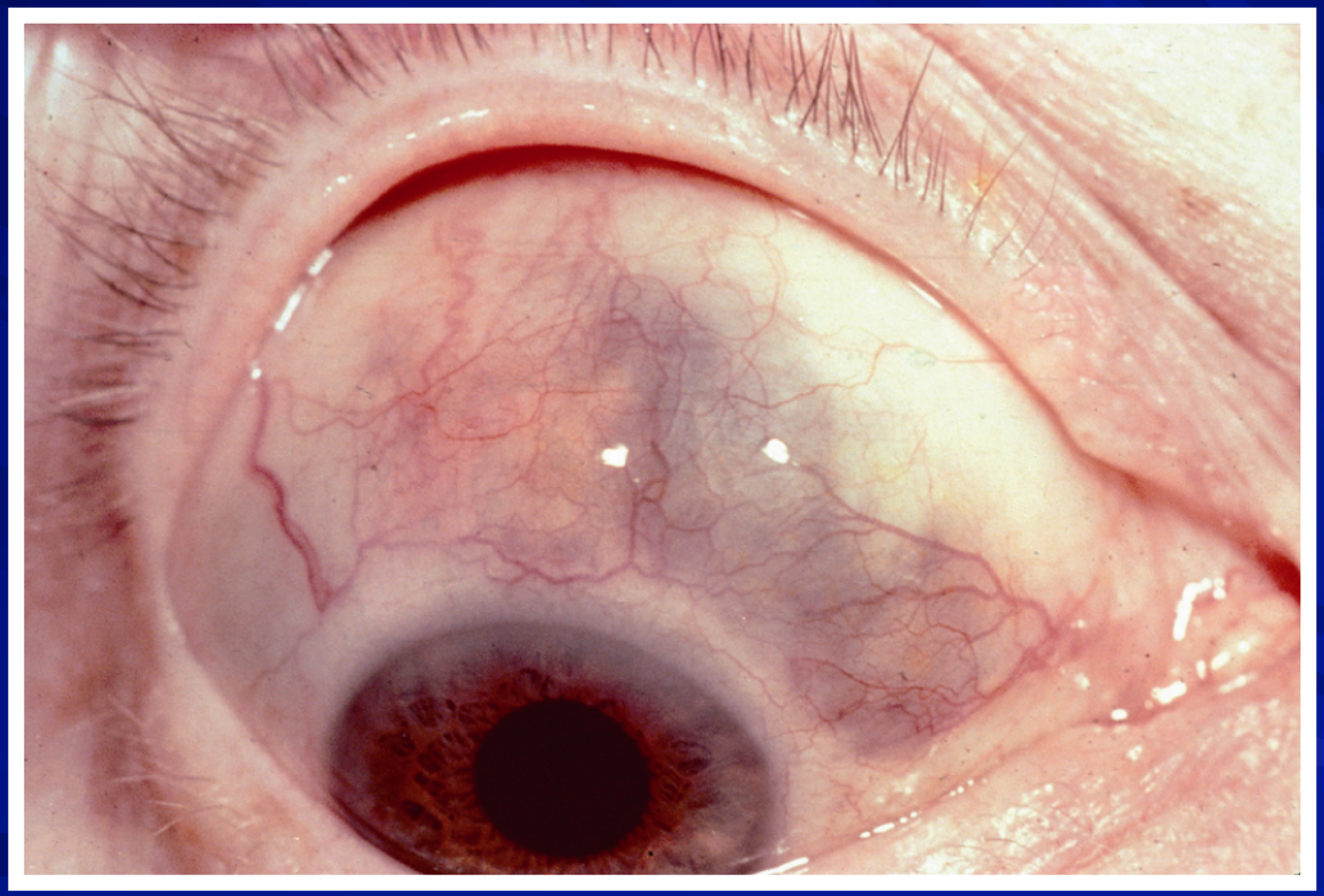
- Clínica
  - Pleuritis aguda o subaguda
  - Dolor torácico
- Liq. Pleural
  - Glucosa baja
  - Predominio linfocitario

Vasculitis reumatoide

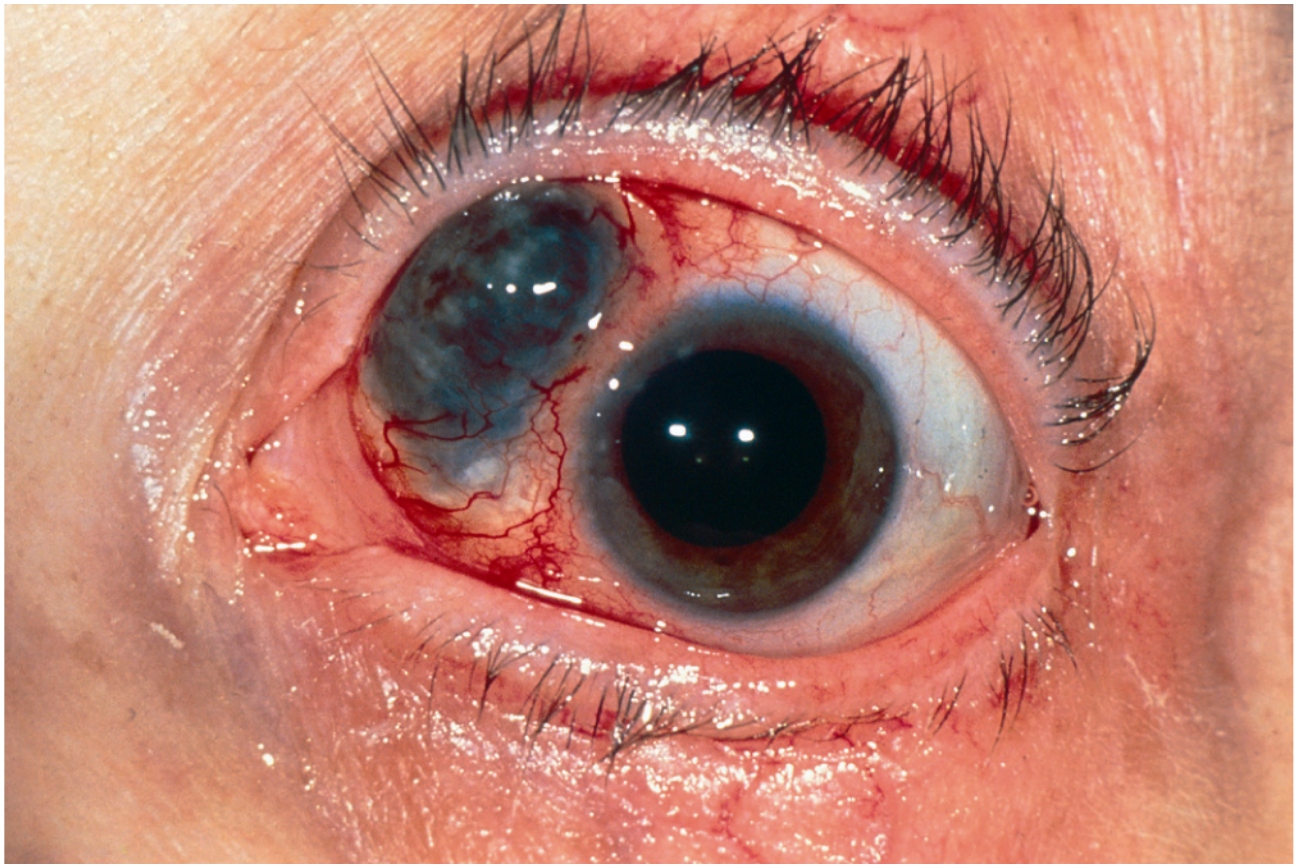
Artritis reumatoide: episcleritis



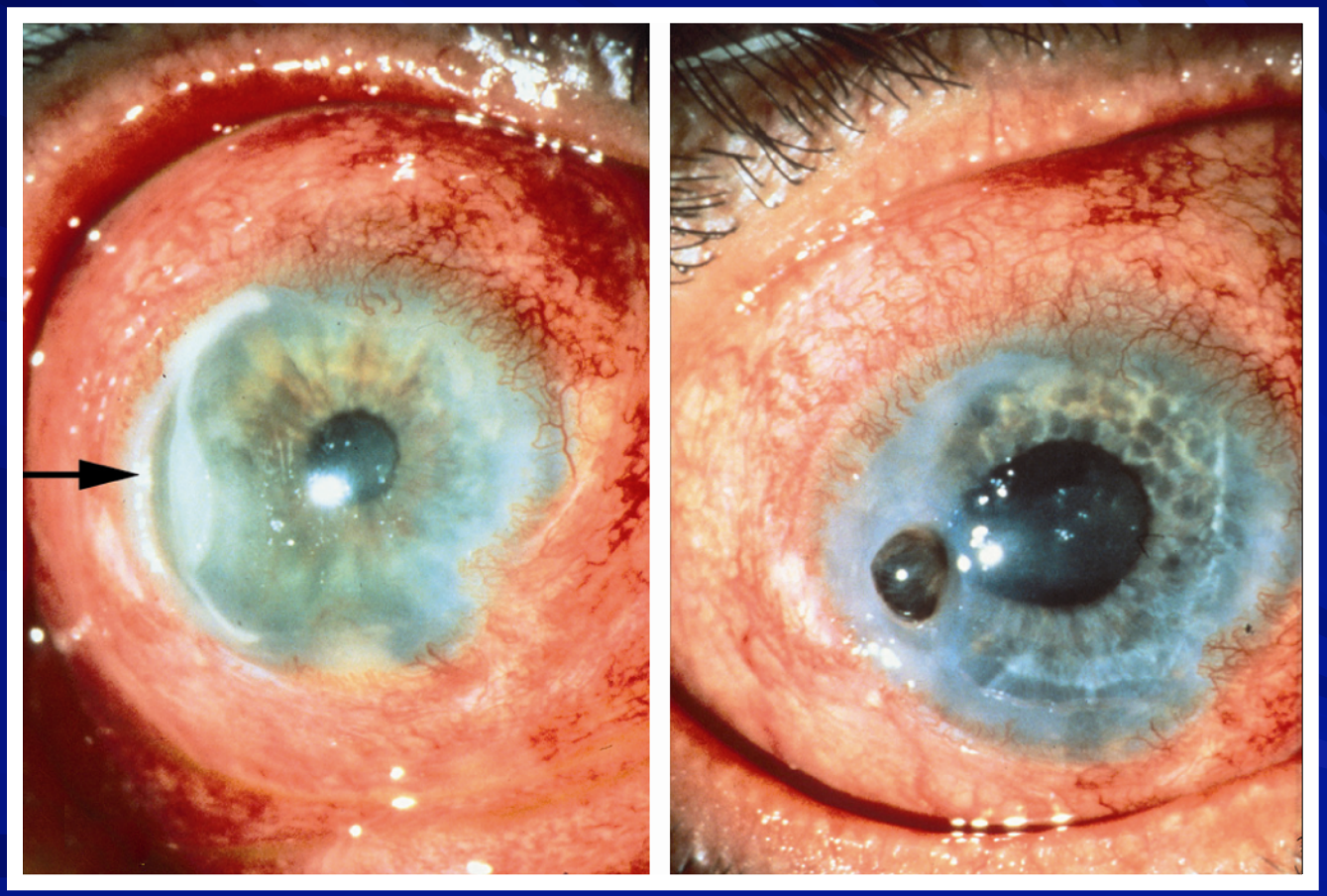
Artritis reumatoide: escleromalacia



Artritis reumatoide: herniación por escleromalacia perforante



Artritis reumatoide:
Ulceración periférica de la córnea (PUK)



Variantes Clínicas

Pulse para añadir texto

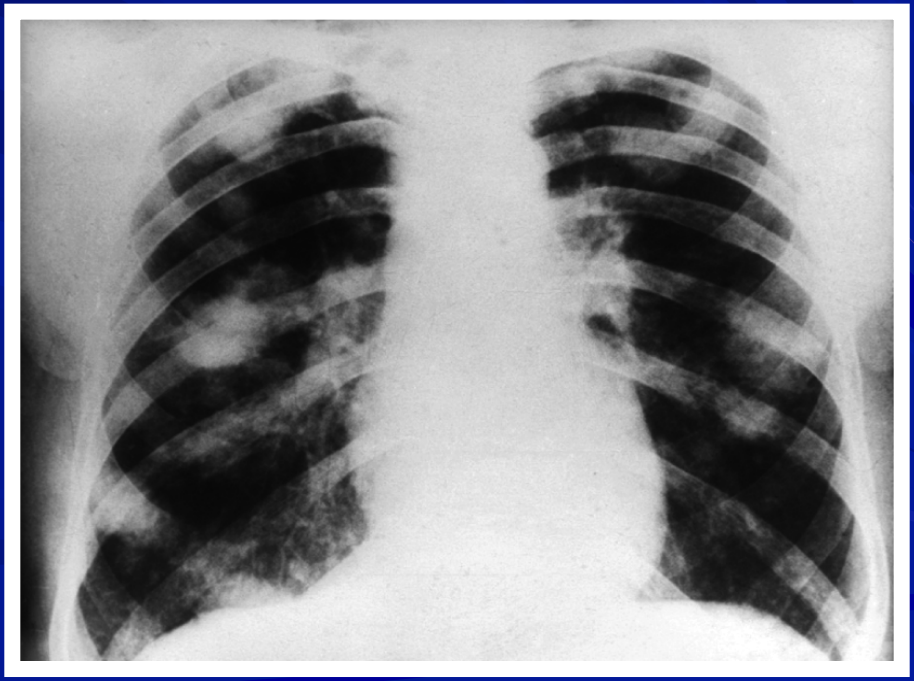
- Felty
- Caplan
- Sjögren
- Still del adulto

Síndrome de Felty

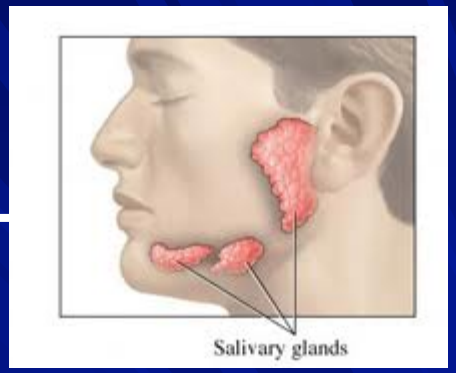
1. Artritis reumatoide seropositiva
2. Esplenomegalia
3. Leucopenia (neutropenia)
   - Infecciones recurrentes
   - Úlceras en las piernas

Síndrome de Caplan

- Artritis reumatoide seropositiva
- Neumoconiosis asociada
- Enfermedad intersticial pulmonar
- Nódulos pulmonares
- Mal pronóstico



Síndrome de Sjögren



- Artritis reumatoide seropositiva
- Sequedad de piel

y mucosas (todas)

- Hipergammagloblinemia
- AntiRo, AntiLa, ANA+
- Riesgo Linfoma tipo MALT

Criterios de clasificación de la enfermedad de Still de aparición en la edad adulta

Criterios principales:

- –Fiebre > 39 ºC (en agujas) durante más de una semana
- –Artralgias durante más de 2 semanas
- –Eritema asalmonado, a menudo coincidiendo con crisis febriles
- –Leucocitosis superior a 10.000/µl y más del 80 % de granulocitos

Criterios secundarios:

- –Odinofagia
- –Linfadenopatía y/o esplenomegalia
- –Disfunción hepática
- –FR negativo y ANA negativos

Exclusiones

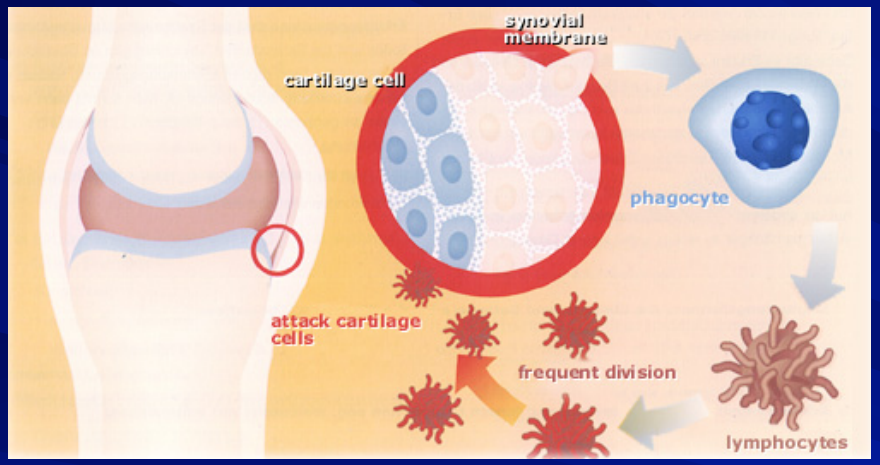
- –Infección
- –Cáncer
- –Otras enfermedades reumáticas

Se necesitan más de cinco criterios, entre ellos dos criterios principales

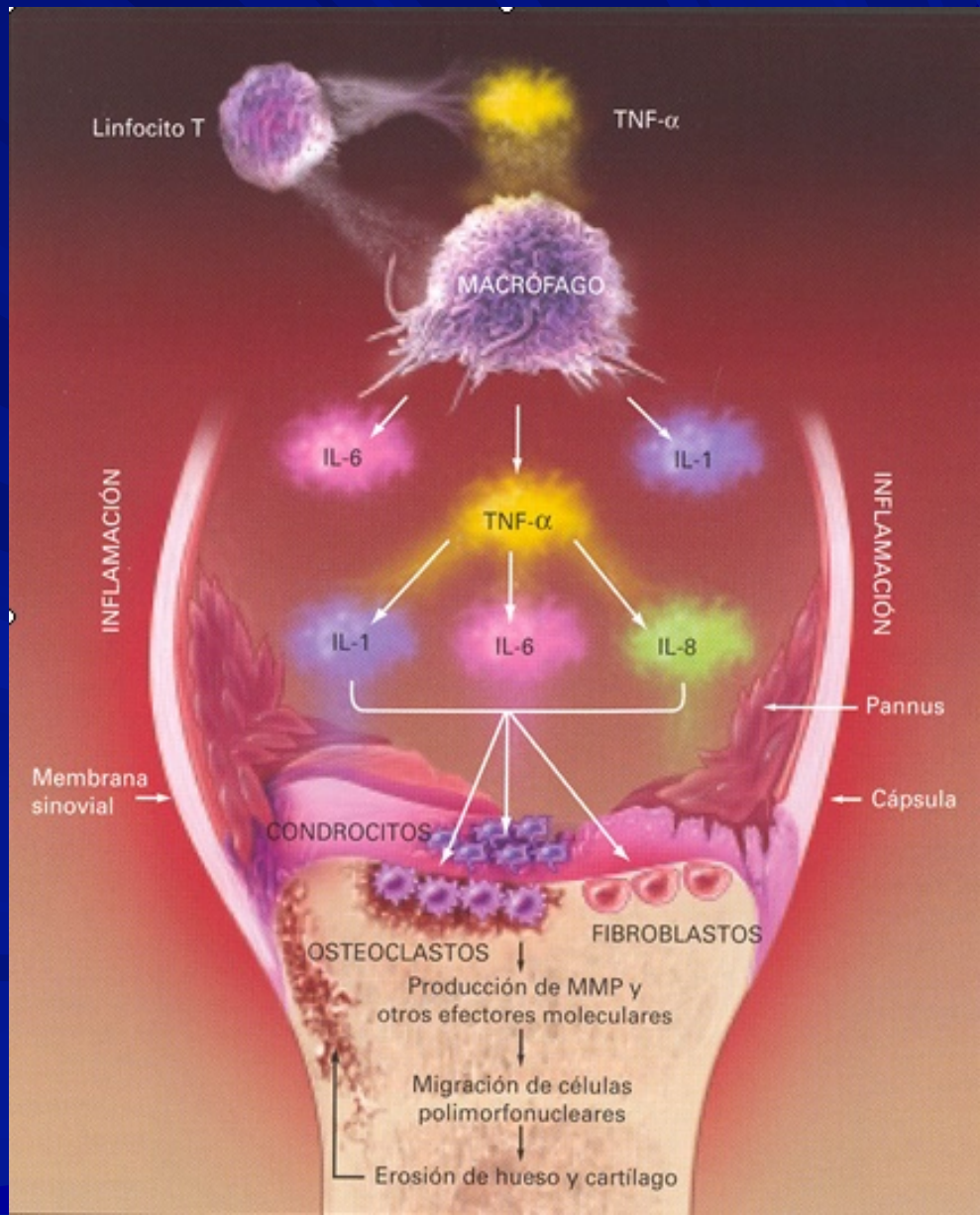
FISIOPATOLOGÍA

Pulse para añadir texto

La articulación en la artritis reumatoide



El ataque del sistema inmunitario contra la membrana sinovial libera gran cantidad de citoquinas pro-inflamatorias (IL-1, IL-6, IL-8, TNF α) que amplifican la respuesta inmune. El líquido sinovial contiene enzimas como las metaloproteasas que intervienen en la destrucción del cartílago y hueso.



LABORATORIO

Pulse para añadir texto

Laboratorio

- Anemia normocítica normocrómica.
- VSG y PCR aumentadas. ⬆
- Liquido sinovial
  - Aspecto turbio, viscosidad baja y glucosa normal o algo baja, ⬇
  - Recuento leucocitario >2000 cels./microlitro >75 % PMN

Laboratorio inmunología

- No existe prueba especifica para AR
- Factor Reumatoide (IgM)
  - Se da en 5% personas sanas.
  - 1/3 de los seropositivos tienen AR.
  - LES, sarcoidosis, mononucleosis infecciosa, hepatitis B.
- Anticuerpos anticitrulinados
  - Mas específicos, igualmente sensibles

DIAGNOSTICO

Pulsar para ver el texto

CRITERIOS DE CLASIFICACION

Criterios para la Clasificación de la Artritis Reumatoide de la ACR 1987

Criterios para la clasificación de la Artritis Reumatoide de la ACR 1987	
1.- Rigidez matutina	**Rigidez matutina** articular que dura al menos 1 hora
2.- Artritis de 3 o más grupos articulares	**Al menos 3 grupos articulares deben estar inflamados simultáneamente** y ser objetivados por un médico. Los 14 grupos articulares valorados son: interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, muñecas, codos, rodillas, tobillos y metatarsofalángicas
3.- Artritis de articulaciones de las manos	Al menos una **articulación de las manos** debe estar inflamada (carpo, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales)
4.- Artritis simétrica	**Afectación simétrica**: simultánea del mismo grupo articular (definido en el criterio 2) en ambos lados del cuerpo
5.- Nódulos reumatoides	**Nódulos subcutáneos** en prominencias óseas, superficies de extensión o en zonas yuxta-articulares observados por un médico
6.- Factor reumatoide en suero	Presencia de valores elevados de **factor reumatoide** por cualquier método con un resultado en controles inferior al 5%
7.- Alteraciones radiológicas	**Alteraciones radiológicas típicas** de artritis reumatoide en radiografías posteroanteriores de las manos. Debe existir erosión u osteoporosis yuxta-articular clara y definida en articulaciones afectadas

Criterios ACR/EULAR 2009 para Clasificación de Artritis Reumatoide

Artritis Reumatoidea: Criterios de clasificación. ACR/EULAR 2009

Dominio afectación articular: incluye articulaciones dolorosas o inflamadas al momento del examen.
-Pequeñas articulaciones: metacarpofalángicas, interfalángicas proximales de la mano, 2-5ta metatarsofalángicas, 1ra interfalángica proximal del pie y carpos.
-Medianas y grandes articulaciones: hombros, codos, caderas, rodillas y tobillos.

- **1 articulación grande-mediana (0 puntos).**
- **2-10 articulaciones grandes-medianas (1 punto).**
- **1-3 articulaciones pequeñas (2 puntos).**
- **4-10 articulaciones pequeñas (3 puntos).**
- **>10 articulaciones pequeñas (5 puntos).**

Dominio de serología: el rango normal aplicado es el informado por el laboratorio.

- **Factor Reumatoideo y anti-CCP negativos (0 puntos).**
- **Al menos uno de las pruebas positivas en bajos títulos, no superando tres veces el límite normal (2 puntos).**
- **Al menos uno de las pruebas positivas en altos títulos, definido como más de tres veces el límite normal (3 puntos).**

Dominio de duración de sinovitis: reportada por el paciente desde el comienzo de los síntomas en la articulación afectada en el momento del examen.

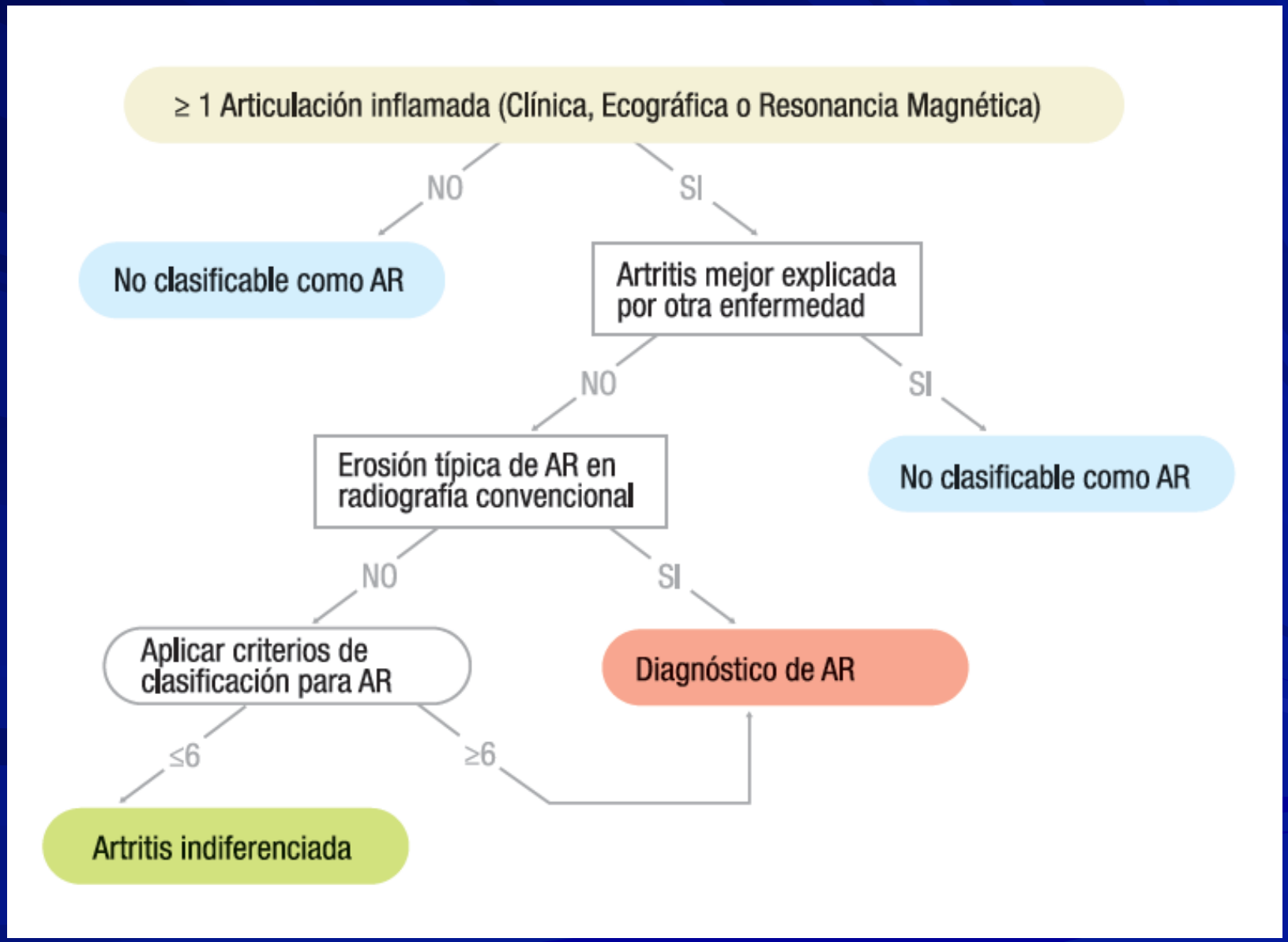
- **Menos de 6 semanas (0 puntos).**
- **6 semanas o más (1 punto).**

Dominio de reactantes de fase aguda: el rango normal aplicado es el informado por el laboratorio.

- **Proteína C reactiva y eritrosedimentación normales (0 puntos).**
- **Proteína C reactiva y/o eritrosedimentación elevados (1 punto).**

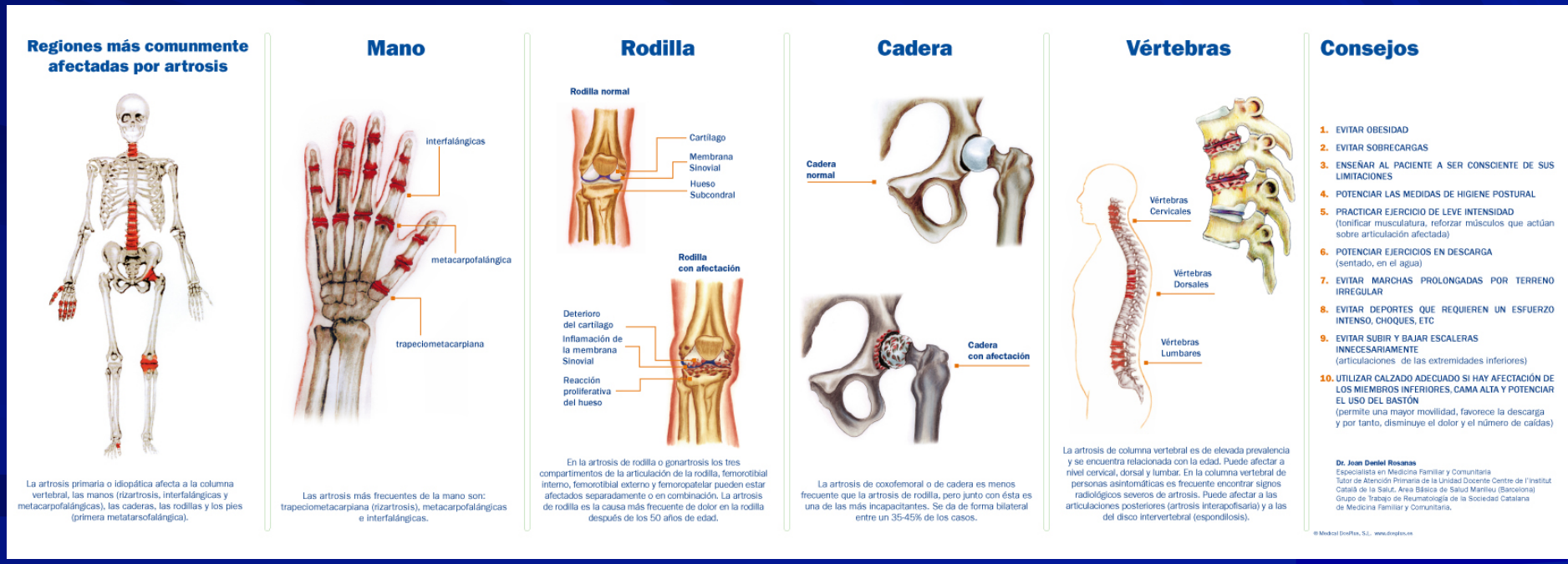
Se toma en cuenta la puntuación más alta de cada dominio. El resultado final es la suma directa de los dominios. Pacientes con ≥6 puntos presentan diagnóstico de AR definitiva.

Algoritmo Clasificación ACR/Eular 2009



ARTROSIS

Nódulo de Heberden
Nódulo de Bouchard
Rizartrosis del pulgar


Regiones más comunmente afectadas por artrosis
La artrosis primaria o idiopática afecta a la columna vertebral, las manos (rizartrosis, interfalángicas y metacarpofalángicas), las caderas, las rodillas y los pies (primera metatarsofalángica).
Mano
interfalángicas
metacarpofalángica
trapeciometacarpiana
Las artrosis más frecuentes de la mano son: trapeciometacarpiana (rizartrosis), metacarpofalángicas e interfalángicas.
Rodilla
Rodilla normal
Cartílago
Membrana Sinovial
Hueso Subcondral
Rodilla con afectación
Deterioro del cartílago
Inflamación de la membrana Sinovial
Reacción proliferativa del hueso
En la artrosis de rodilla o gonartrosis los tres compartimentos de la articulación de la rodilla, femorotibial interno, femorotibial externo y femoropatelar pueden estar afectados separadamente o en combinación. La artrosis de rodilla es la causa más frecuente de dolor en la rodilla después de los 50 años de edad.
Cadera
Cadera normal
Cadera con afectación
La artrosis de coxofemoral o de cadera es menos frecuente que la artrosis de rodilla, pero junto con ésta es una de las más incapacitantes. Se da de forma bilateral entre un 35-45% de los casos.
Vértebras
Vértebras Cervicales
Vértebras Dorsales
Vértebras Lumbares
La artrosis de columna vertebral es de elevada prevalencia y se encuentra relacionada con la edad. Puede afectar a nivel cervical, dorsal y lumbar. En la columna vertebral de personas asintomáticas es frecuente encontrar signos radiológicos severos de artrosis. Puede afectar a las articulaciones posteriores (artrosis interapofisaria) y a las del disco intervertebral (espondilosis).
Consejos
1. EVITAR OBESIDAD
2. EVITAR SOBRECARGAS
3. ENSEÑAR AL PACIENTE A SER CONSCIENTE DE SUS LIMITACIONES
4. POTENCIAR LAS MEDIDAS DE HIGIENE POSTURAL
5. PRACTICAR EJERCICIO DE LEVE INTENSIDAD (tonificar musculatura, reforzar músculos que actúan sobre articulación afectada)
6. POTENCIAR EJERCICIOS EN DESCARGA (sentado, en el agua)
7. EVITAR MARCHAS PROLONGADAS POR TERRENO IRREGULAR
8. EVITAR DEPORTES QUE REQUIEREN UN ESFUERZO INTENSO, CHOQUES, ETC
9. EVITAR SUBIR Y BAJAR ESCALERAS INNECESARIAMENTE (articulaciones de las extremidades inferiores)
10. UTILIZAR CALZADO ADECUADO SI HAY AFECTACIÓN DE LOS MIEMBROS INFERIORES, CAMA ALTA Y POTENCIAR EL USO DEL BASTÓN (permite una mayor movilidad, favorece la descarga y por tanto, disminuye el dolor y el número de caídas)
Dr. Joan Daniel Rosanas
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Tutor de Atención Primaria de la Unidad Docente Centre de l'Institut Català de la Salut. Area Básica de Salud Manlleu (Barcelona)
Grupo de Trabajo de Reumatología de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria.
© Medical DrePlus, S.L. www.dreplus.es

MUCHAS GRACIAS

Pulse para añadir texto