

Editorial

Artritis reumatoidea

Manifestaciones extraarticulares

Jorge Escandón

Sin despreciar los múltiples misterios que aún encierra la artritis reumatoidea (AR), históricos, etiológicos, patogénicos, evolutivos, etc., debemos tener siempre presente que se trata de una enfermedad sistémica crónica y no una de simple inflamación articular, como parece sugerirlo su nombre.

Es cierto que sólo en contados casos el cuadro articular pierde su papel protagónico, pero no es menos cierta la posibilidad del compromiso de otros órganos o sistemas cuya frecuencia aumenta proporcionalmente al tiempo de evolución de la entidad, hasta tal punto que se ha propuesto sin éxito el cambio del nombre de artritis reumatoidea por el de "enfermedad reumatoidea" (1).

Las manifestaciones extraarticulares de la AR, tradicionalmente han sido enumeradas de acuerdo con los sistemas afectados y la frecuencia con que suelen presentarse. Recientemente Bacon (2), reconociendo las dificultades para realizar su clasificación, especialmente por el desconocimiento de la etiología de la AR, ha propuesto distribuir las en cinco clases: 1. Enfermedad reumatoidea sistémica esencial (serositis, vasculitis, nódulos); 2. Relacionadas con la estimulación inmune crónica (anemia, linfadenopatía, síndrome de Felty); 3. Síndromes asociados (S. sicca, alveolitis fibrosante); 4. Complicaciones de la AR (amiloidosis, osteopenia); 5. Complicaciones inducidas por drogas (éstas pueden ocasionar manifestaciones clínicas especiales o contribuir a las manifestaciones de las clases 2, 3 y 4).

Bacon considera que las vasculitis, las serositis y los nódulos, son parte integral del proceso

reumatoideo y por tanto pueden acontecer en cualquier persona que posea la susceptibilidad para padecerlo. Estos fenómenos frecuentemente se presentan después de una larga evolución de la AR, pero pueden preceder o ser simultáneos a la poliartritis simétrica y en algunos casos como sucede con la nodulosis reumatoidea, no llegar a desarrollar las manifestaciones articulares. Además aunque pueden formar parte de la enfermedad florida y grave, no siempre aparecen como epifenómenos de las sinovitis activas; por el contrario las vasculitis, por ejemplo, muestran notoria preferencia por coincidir con polisinovitis quiescentes.

Aunque existen las miocarditis y endocarditis como manifestaciones cardiológicas de la AR, las pericarditis (3) son sin lugar a dudas las más frecuentes. Las formas sintomáticas no son muy comunes, pero con los métodos diagnósticos modernos se pueden demostrar en la tercera parte de los casos o en 50% de los pacientes con AR seropositiva y nodular. Afecta con mayor frecuencia al sexo masculino y su presencia usualmente coincide con etapas de máxima actividad de la inflamación articular. El examen del líquido pericárdico revela factor reumatoideo, complejos inmunes y consumo de complemento, así como un elevado número de polimorfonucleares y mononucleares que se correlacionan con bajo contenido de glucosa. La membrana se encuentra con inflamación aguda y crónica inespecíficas, frecuentemente con vasculitis y a veces con aspecto granulomatoso semejante al nódulo reumatoideo. Su evolución habitualmente es favorable, en raras oportunidades presenta complicaciones graves como el taponamiento cardíaco o la pericarditis constrictiva.

Dr. Jorge Escandón: Profesor Asistente, Escuela Colombiana de Medicina. Santafé de Bogotá.

Solicitud de separatas al Dr. Escandón.

La pleuresía tiene una predilección mayor que la pericarditis por el sexo masculino; se asocia también a la AR seropositiva y nodular y con frecuencia es asintomática. Por lo general ocasiona pequeñas efusiones que se resuelven con el tratamiento de la AR. El examen del líquido revela la presencia de factor reumatoideo, alto contenido de proteínas y bajos niveles de complemento y glucosa, así como un recuento de 1.000 a 5.000 células por mm³, entre las cuales se encuentran raiocitos y células gigantes multinucleadas con aspecto de cometa, que son bastante características de la AR. La biopsia pleural también muestra inflamación inespecífica y a veces el aspecto de granuloma, como en el caso del pericardio.

La vasculitis reumatoidea (4) afecta por igual a hombres y mujeres, en necropsias se ha demostrado en 25% de los casos. Es habitual que aparezca después de largo tiempo de evolución de la AR, pero puede hacerlo precozmente e inclusive ser el primer síntoma de la enfermedad. Clínicamente se manifiesta por lesiones en los lechos ungueales, necrosis y úlceras cutáneas, mononeuritis múltiples, escleritis, alveolitis pulmonar y pleuresías agudas, lesiones valvulares aórticas, bloqueos e infartos del miocardio, etc. En 20% de los pacientes con vasculitis reumatoidea, se ha encontrado vasculitis renal, la cual puede conducir a insuficiencia renal crónica.

Generalmente estas vasculitis evolucionan por episodios y se acompañan de factor reumatoideo positivo (con frecuencia IgG), hipocomplementemia, anticuerpos antinucleares y crioglobulinemia, pero al contrario de lo que ocurre en la poliarteritis nudosa, las proteínas de fase aguda están poco aumentadas. Para establecer tanto el diagnóstico como el pronóstico son más útiles la biopsia sural o rectal que la cutánea; los aspectos histopatológicos son muy variados, pueden ir desde una forma no necrosante, pasando por la leucocitoclástica, hasta una forma fulminante indistinguible de la poliarteritis nudosa.

Los nódulos aunque no son patognomónicos, son considerados como la lesión más característica de la AR; aparecen en 20 a 40% de los casos, pero son raros en los pacientes de la India y de

algunas partes de Africa. Su presencia se observa en cualquier momento evolutivo de la AR, especialmente de la seropositiva y pueden ser superficiales (subcutáneos, intracutáneos, en las vainas tendinosas, oculares) o profundos, situados en órganos como el corazón o el pulmón. En este último pueden localizarse en la pleura o el parénquima; permanecer por mucho tiempo, resolverse o cavitarse. Cuando estos nódulos reumatoideos pulmonares se asocian con neumoconiosis constituyen el síndrome de Caplan.

En este número de Acta Médica Colombiana, Chalem y colaboradores (5) publican una actualización sobre la variante de la AR denominada nodulosis reumatoidea, incluyen una revisión bibliográfica muy completa y presentan sus casos, los primeros informados en Colombia.

Existen muchas otras manifestaciones extraarticulares, entre las cuales vale mencionar la bronquiolitis obliterante cuyas consecuencias pueden ser rápidamente fatales; los síndromes de atrapamiento de nervios (túneles carpiano y tarsiano), las compresiones medulares; el compromiso ocular, en especial escleritis y escleromalacia y la sintomatología laríngea por la sinovitis cricoaritenoides.

Como manifestaciones debidas a la estimulación inmunológica crónica se agrupan la anemia normocítica normocrómica que sólo desaparece al lograr suprimir la actividad de la AR. Las frecuentes linfadenopatías cuyo aspecto histopatológico descarta fácilmente cualquier posibilidad neoplásica y el síndrome de Felty (leucopenia y esplenomegalia asociada a AR).

Resulta pues fundamental reconocer a la AR como enfermedad reumatoidea sistémica con múltiples compromisos y repercusiones no sólo en la calidad y utilidad de la vida del paciente sino a su duración. Pues los estudios han demostrado aumento de la mortalidad de estos pacientes relacionada principalmente con las vasculitis y se tienen como factores de mal pronóstico la persistencia de episcleritis severas, las alteraciones del sedimento urinario en presencia de vasculitis sistémicas o la aparición de lesiones iatrogénicas gastrointestinales graves en las cuales influyen no

sólo los medicamentos sino la misma diátesis reumatoidea.

REFERENCIAS

1. **Ellman P, Ball RE.** "Rheumatoid disease" with joint and pulmonary manifestations. *Br Med J* 1948; **2**: 816-820.
2. **Bacon PA.** Extraarticular rheumatoid arthritis In: McCarty DJ, ed. Arthritis and allied conditions. Philadelphia. London: Lea & Febiger: 1989: 1967-1998.
3. **Scott DGI, Bacon PA.** Cardiac involvement in immunological diseases. *Clin Immunol Allergy* 1987;**1**: 537-575.
4. **Kinsey S, Scott DGI, Bacon PA.** Systemic vasculitis as the presenting feature of rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1986; **25**: 455-??
5. **Chalem F, Egea E, Iglesias A.** Nodulosis Reumatoidea. *Acta Med Colomb.* 1994; **19**: 77-97.