



Artritis reumatoide del adulto: epidemiología, clínica y diagnóstico

B. Combe, C. Lukas, J. Morel

La artritis reumatoide (AR) es la más frecuente de las enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas. Al igual que muchas enfermedades autoinmunitarias es multifactorial, es decir, involucra factores ambientales, genéticos, inmunológicos, psicológicos y endocrinos. El diagnóstico de AR puede ser difícil de establecer. Se basa en la confrontación entre manifestaciones clínicas y pruebas de laboratorio (autoanticuerpos, parámetros biológicos de inflamación). El American College of Rheumatology (ACR) y la Liga Europea Contra el Reumatismo (EULAR) han revisado recientemente los criterios de clasificación. La AR es la enfermedad crónica sobre la cual se han efectuado los avances más considerables en los últimos años, ya sea en el campo de la fisiopatología, del diagnóstico o de los tratamientos. Esto ha permitido mejorar mucho el tratamiento y el pronóstico, hasta el punto de que la AR se considera hoy una patología menos grave: remisiones clínicas más frecuentes, menor discapacidad, menor destrucción articular, menos cirugías ortopédicas paliativas y mejor calidad de vida. El objetivo terapéutico que goza de consenso unánime es obtener la remisión clínica o, en su defecto, un bajo nivel de actividad con el propósito de prevenir las complicaciones a medio y largo plazo: destrucción articular, discapacidad funcional y complicaciones sistémicas, sobre todo cardiovasculares, pulmonares, metabólicas u óseas. Para alcanzar este objetivo, en la práctica corriente deben aplicarse los principios siguientes: diagnóstico precoz para instaurar un tratamiento precoz y control estricto de éste para fijar lo antes posible la estrategia adecuada. Las manifestaciones graves, que en la década de 1990 eran frecuentes, siguen presentes pero de forma más esporádica. La detección y el tratamiento de las comorbilidades de la AR se consideran un problema mayor, al igual que en cualquier enfermedad crónica (diabetes, cardiopatías, insuficiencia respiratoria, etc.).

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Artritis reumatoide; Diagnóstico de la artritis reumatoide; Pronóstico de la artritis reumatoide; Erosión ósea; Progresión estructural

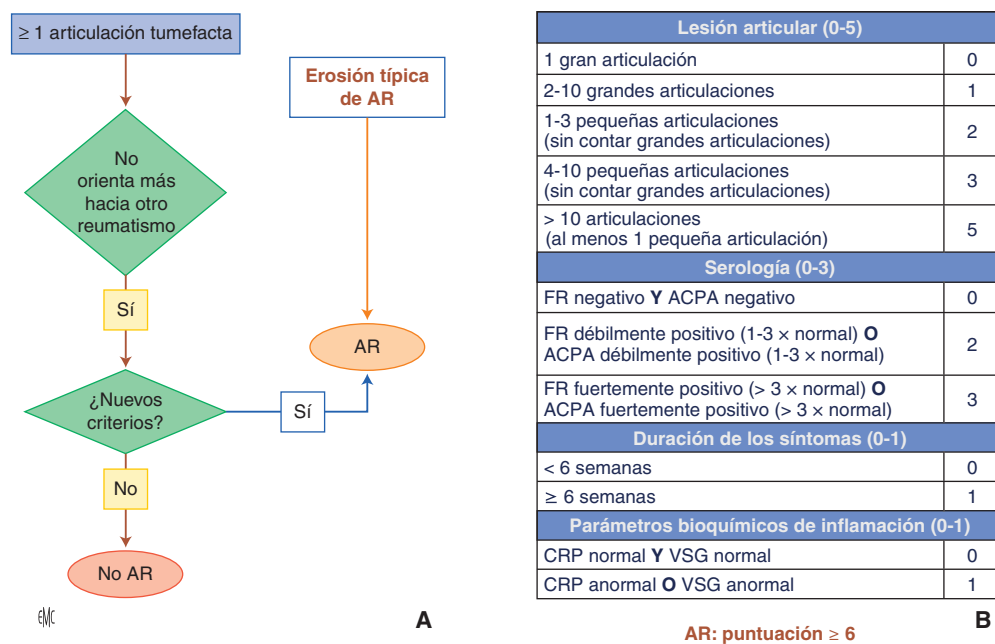
Plan

■ Introducción	1
■ Epidemiología de la artritis reumatoide	2
■ Clínica y diagnóstico de la artritis reumatoide: artritis reumatoide incipiente	3
Modos de comienzo	3
Pruebas complementarias	4
Diagnóstico de la artritis reumatoide incipiente	6
Diagnóstico diferencial	6
■ Evolución de la artritis reumatoide	8
Evolución general y heterogeneidad de la artritis reumatoide	8
Manifestaciones articulares en la fase de estado	8
Manifestaciones sistémicas y comorbilidades	10
Riesgo infeccioso y artritis reumatoide	13
Mortalidad y artritis reumatoide	13
Pronóstico y factores pronósticos	13
■ Conclusión	15

■ Introducción

La artritis reumatoide (AR) es la más frecuente de las enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas. Al igual que muchas enfermedades autoinmunitarias es multifactorial, es decir, involucra factores ambientales, genéticos, inmunológicos, psicológicos y endocrinos. Los factores genéticos sólo representan el 60% de los factores favorecedores de la AR. Esto resalta la importancia de los factores ambientales, que a su vez explicarían las diferencias de prevalencia de AR según los países. Respecto a la AR se han efectuado grandes adelantos en los últimos 10 años, no sólo fisiopatológicos, sino también diagnósticos y terapéuticos, lo que condujo a una transformación total del tratamiento y de la evolución de la enfermedad.

El diagnóstico de la AR puede ser difícil de establecer. Se basa en la confrontación entre manifestaciones clínicas y pruebas de laboratorio. El American College of Rheumatology (ACR) y la Liga Europea Contra el Reumatismo (EULAR) han revisado recientemente los criterios de clasificación^[1]. Desarrollados a partir de cohortes y de

**Figura 1.**

A. Criterios de clasificación de la artritis reumatoide (AR) del College of Rheumatology (ACR)/Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR) de 2010 [2].

B. Pacientes clasificados AR si puntuación ≥ 6. FR: factor reumatoideo; ACPA: anticuerpos antipéptidos citrulinados; CRP: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular.

casos de artritis incipientes, pueden ayudar al clínico en el diagnóstico de los casos difíciles. El tratamiento de la AR ha tenido en los últimos años grandes transformaciones, relacionadas con los adelantos en el conocimiento de los mecanismos fisiopatológicos que permiten identificar dianas terapéuticas potenciales, pero también con un mejor enfoque diagnóstico y pronóstico. En la actualidad, es una de las afecciones mejor codificadas en reumatología, con la difusión de recomendaciones internacionales sobre estrategias para el tratamiento de una AR incipiente o establecida [2-6]. Estos progresos han permitido definir objetivos terapéuticos ambiciosos que consisten, ante todo, en obtener y mantener la remisión clínica. El control de la inflamación que permite dirigirse hacia la remisión es, en este sentido, la mejor manera de prevenir las complicaciones principales de la enfermedad: lesiones estructurales, discapacidad funcional y complicaciones sistémicas, sobre todo cardiovasculares. Así, el pronóstico ha mejorado de forma considerable en 15 años. Para alcanzar estos objetivos, el diagnóstico precoz y la instauración de un tratamiento eficaz e igualmente precoz son fundamentales. Esto ilustra el concepto de «ventana de oportunidad», bien documentado en los estadios precoces de esta enfermedad.

■ Epidemiología de la artritis reumatoide

Los estudios epidemiológicos de la AR son difíciles y producen resultados variables por muchas razones: la AR es una afección heterogénea, no existe una prueba de laboratorio o un estudio radiológico que sean suficientemente sensibles y específicos para afirmar el diagnóstico de AR en su fase inicial. Los criterios de clasificación han variado con los años (criterios de la American Rheumatism Association [ARA] de 1958, criterios de Roma, criterios de Nueva York y criterios del ACR revisados en 1987). Los criterios del ACR de 1987 eran bastante satisfactorios, ya que, en su descripción inicial, Arnett et al [7] señalaban una sensibilidad del 93,5% y una especificidad del 89,3%. Sin embargo, estos datos fueron refutados por otros

estudios, en el sentido de que variarían en función del tiempo de evolución de la artritis. Estos criterios se adaptan poco a la AR incipiente y, por tanto, son relativamente ineficaces para el diagnóstico precoz de la AR [8].

El ACR y la EULAR elaboraron en 2010 nuevos criterios de clasificación, igualmente desarrollados con un objetivo diagnóstico [1]. Estos criterios fueron establecidos sobre la base de cohortes de pacientes afectados por artritis incipientes y con una metodología compleja a partir de casos-pacientes con artritis incipientes (Fig. 1).

La AR está presente en todo el mundo. En algunos estudios se ha señalado una prevalencia muy elevada, quizá debida a que incluían reumatismos inflamatorios transitorios de regresión espontánea tras algunos años y que no eran verdaderas AR. Se observan grandes variaciones en la frecuencia de esta enfermedad según los países y las etnias. Así, en Europa del Norte y en América del Norte, la prevalencia es de alrededor del 0,8% de la población adulta, mientras que en Asia es del 0,3-0,8%. En algunas etnias sudafricanas la AR es particularmente frecuente (3,3%), pero sólo en medio urbano, y resulta excepcional en medio rural. Su prevalencia es particularmente elevada en algunas poblaciones en las que el índice de consanguinidad es considerable: indios chippewa (5,3%), yakima (6%) y pima (5,3%). En China es infrecuente, tanto en medio rural como urbano. En un estudio francés se señala una prevalencia del 0,4% [9]. Puede estimarse que la prevalencia general de la AR varía según los países en el 0,3-0,8% de la población adulta de ambos sexos.

La AR puede aparecer a cualquier edad, pero su comienzo se observa sobre todo a los 40-60 años. En esta franja etaria es cuatro veces más frecuente en la mujer. Esta diferencia de proporción por sexos se atenúa de forma progresiva después de los 70 años. La AR es 2-3 veces más frecuente en los padres de las personas afectadas. Su concordancia en los gemelos monocigotos es del 15-30%, y en los dicigotos, del 5-10%.

La incidencia de la AR fue objeto de diversos estudios que, por razones metodológicas, han producido resultados sumamente variables: 20-140/100.000 [10]. En Estados Unidos se considera usualmente una incidencia de 20-40/100.000.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3349196>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3349196>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)