



Qué, cómo, cuándo y hasta cuándo tratar una artritis indiferenciada

Francisco Javier Narváez García

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 31 de octubre de 2008
Aceptado el 16 de diciembre de 2008
On-line el 21 de marzo de 2009

Palabras clave:

Artritis indiferenciada
Artritis reumatoide
Pronóstico
Factores predictivos
Tratamiento precoz

Keywords:

Undifferentiated arthritis
Rheumatoid arthritis
Prognosis
Predictive factors
Early treatment

RESUMEN

Con la instauración de las clínicas de artritis de reciente comienzo se valoran pacientes cada vez más precozmente en el curso de su enfermedad, por lo que un porcentaje importante de éstos aún no puede clasificarse dentro de un diagnóstico específico según los criterios de clasificación del American College of Rheumatology (ACR). En estos pacientes con artritis indiferenciada (AI) incluso más importante que establecer un diagnóstico es distinguir entre aquéllos que desarrollarán una artritis persistente y/o erosiva y, por tanto, serán candidatos a recibir tratamiento precoz con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) aunque no cumplan los criterios de clasificación del ACR, y los que tendrán un cuadro autolimitado. Los marcadores serológicos junto con las características clínicas en el momento de la presentación, integrados en modelos clínicos predictivos, son los instrumentos con los que actualmente cuenta el clínico para poder identificar a estos pacientes. Algunos estudios han demostrado las ventajas del tratamiento precoz en la AI.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Treating undifferentiated arthritis. What, when, how and how long?

ABSTRACT

With the establishment of early arthritis clinics, patients can now be increasingly attended early in the course of their disease. This means that a significant proportion of these patients cannot be classified into a specific diagnosis using the traditional American College of Rheumatology (ACR) classification criteria. In these patients with undifferentiated arthritis (UA), even more important than assigning a diagnosis is the need to distinguish between patients who will develop a persistent and/or erosive disease and will be candidates for prompt treatment with disease-modifying antirheumatic drugs (DMARD), and patients in whom the disease is self limiting. Serologic markers in combination with clinical features at presentation, integrated into predictive models, are the tools currently available to the clinician for identifying these patients. Several studies have demonstrated the advantages of early treatment in UA.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

¿Qué es una artritis indiferenciada?

Con el término de artritis indiferenciada (AI) se denomina a los pacientes con artritis que aún no pueden clasificarse dentro de un diagnóstico específico de acuerdo con los criterios de clasificación del American College of Rheumatology (ACR). Aunque esta denominación engloba también a pacientes en los que la artritis no es necesariamente de inicio, ha sido a raíz de la puesta en marcha de las clínicas de artritis de reciente comienzo cuando esta entidad ha ido adquiriendo progresivamente mayor relevancia. En la práctica clínica se ha visto que la artritis de reciente comienzo muy a menudo es indiferenciada^{1–18} y que los criterios de clasificación del ACR, en particular los criterios propuestos para la artritis reumatoide (AR), poseen poco valor discriminatorio durante los primeros meses de la enfermedad^{5,8,11,18–21}.

La artritis de reciente comienzo puede evolucionar a una AR o a otra enfermedad articular inflamatoria bien definida, resolverse espontáneamente o persistir indiferenciada. Esta variabilidad en su evolución justifica la necesidad de desarrollar instrumentos de evaluación que permitan distinguir precozmente entre aquellos pacientes con AI que desarrollarán una artritis persistente y/o erosiva y los que tendrán un cuadro autolimitado.

Prevalencia de la artritis indiferenciada

La prevalencia de la AI en las cohortes de artritis de reciente comienzo varía entre un 23 y un 56% de los casos^{2–18}. Esta variabilidad se explica en parte porque los criterios de inclusión de cada cohorte son muy heterogéneos y no hay un consenso en cuanto a la definición del tiempo de evolución. La mayoría de los autores limitan el término de artritis de reciente comienzo a los pacientes con menos de un año de evolución a partir del primer

Tabla 1
Prevalencia y pronóstico de la artritis indiferenciada en las principales cohortes de artritis de reciente comienzo

Clínicas de artritis de inicio. Localización (referencia)	Tiempo de evolución de la artritis	Prevalencia de AI, n	Seguimiento	Evolución de la AI
Austrian Early Arthritis Registry ^{5,6}	≤3 meses	108 AR: 61% AI: 29%	Un año	Resolución: 51% Evolución a otra enfermedad: 30% (AR: 27%) AI persistente: 19%
Norfolk Arthritis Register, Reino Unido ⁷⁻¹⁰	≥4 semanas y hasta 3 años	532 AR: 72% AI: 28%	2 años	Resolución: 42% Persistencia: 58% (no se especifica qué porcentaje evoluciona a otra enfermedad)
Leeds, Reino Unido ^{11,12}	<12 meses	1.051 AR: 50% AI: 23%	Un año	Resolución: 13% Evolución a otra enfermedad: 51% (AR: 14%) AI persistente: 36%
Wichita Arthritis Centre, Kansas, EE. UU. ¹³	≤2 años	1.141 AR: 44% AI: 56%	100% ≥13 meses 93% ≥2 años 87% ≥3 años	Resolución: 54% Evolución a otra enfermedad: 36% (AR: 17%) AI persistente: 10%
Filadelfia, Pennsylvania, EE. UU. ¹⁴	≤12 meses	141 AR: 40% AI: 28%	Un año	Resolución: 41% Evolución a otra enfermedad: 37% (AR: 12%) AI persistente: 22%
Dusserdolf, Alemania ²⁻⁴	≤12 meses	217 AR: 19% AI: 54%	Entre 4 y 38 meses	Resolución: 24% Evolución a otra enfermedad: 40% (AR: 7%) AI persistente: 36%
Amsterdam, Holanda ¹⁵	<3 años	280 AR: 72% AI: 27%	Un año	Resolución: 15% Evolución a otra enfermedad: 27% (AR: 17%) AI persistente: 58%
Leiden, Holanda ^{16,17}	<2 años	936 AR: 22% AI: 37%	3 años	AR: 32% al año; 40% a los 3 años

AI: artritis indiferenciada; AR: artritis reumatoide.

cuadro de inflamación articular clínicamente detectable, aunque hay trabajos que incluyen a pacientes con hasta 3 años de evolución. En la [tabla 1](#) se resumen las características demográficas y los criterios de inclusión de las principales cohortes de artritis de reciente comienzo y se especifica la prevalencia de AI.

Tanto las cohortes de artritis de reciente comienzo de Europa como las de Norteamérica ponen de manifiesto que la AI es muy frecuente y que los reumatólogos ven casi tantas AI de reciente comienzo como AR de inicio.

Cómo mejorar el diagnóstico diferencial en los pacientes con artritis de reciente comienzo: papel de las pruebas de laboratorio, de la tipificación de antígenos de histocompatibilidad y de las técnicas de imagen en la valoración de la artritis indiferenciada

El porcentaje de artritis de reciente comienzo que se clasifica como AI depende en parte de que el estudio diagnóstico realizado sea más o menos completo. Se sabe que una proporción de los enfermos con AI acabará cumpliendo criterios de una enfermedad identificable, generalmente una AR o una espondiloartropatía. Su detección precoz podría mejorarse con la introducción en la evaluación inicial de estos pacientes de algunas pruebas complementarias añadidas a los exámenes básicos habituales. Aunque no hay un consenso sobre cuál debe ser el estudio mínimo que debe realizarse antes de clasificar a una artritis como indiferenciada, éste debería incluir al menos anamnesis detallada, exploración física meticulosa, pruebas analíticas (incluido un

hemograma), parámetros bioquímicos estándares, determinación del factor reumatoide (FR) y de los anticuerpos antinucleares junto con sus especificidades, así como un estudio radiológico (incluida una radiografía de pelvis en busca de sacroilitis si se sospecha una espondiloartropatía).

Papel de las pruebas de laboratorio

Los anticuerpos contra péptidos cíclicos citrulinados (anti-CCP) deben incluirse en la evaluación inicial de los pacientes con AI. Estos anticuerpos tienen una sensibilidad para el diagnóstico de la AR similar a la del FR, aunque tienen mayor especificidad y sólo aparecen entre el uno y el 3% de las personas sanas²². Al igual que el FR, los anti-CCP pueden preceder a la aparición de la enfermedad durante varios años y su presencia se relaciona con la gravedad de ésta. Los anti-CCP y el FR coexisten en la mayoría de los pacientes, por tanto, su determinación en los pacientes con FR positivo sólo tiene una utilidad pronóstica^{22,23}. En cambio, son especialmente útiles para confirmar la sospecha diagnóstica en los enfermos con AR seronegativa, si bien cabe destacar que en este grupo sólo son positivos en alrededor de un tercio de los casos²⁴⁻²⁹.

La utilidad diagnóstica de otros anticuerpos dirigidos contra proteínas citrulinadas, como los anticuerpos antivimentina citrulinada, los anticuerpos antifilagrina citrulinada de rata o los anticuerpos dirigidos contra fibrinógeno citrulinado, de momento no parece ser muy superior a la utilidad diagnóstica que ofrecen

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3383418>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3383418>

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