

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

Artritis Reumatoidea

REVISION DE 17 CASOS TRATADOS EN EL DEPARTAMENTO DE
MEDICINA DEL HOSPITAL ROOSEVELT.

TESIS

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA DE LA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS DE LA
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE
GUATEMALA,

POR

Odilia Ester Robledo Taracena

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO



Guatemala, Noviembre de 1960.

Introducción:

Este trabajo de Tesis sobre Artritis Reumatoidea, tiene por objeto revisar los conceptos actuales sobre los aspectos etiopatogénicos, clínicos y terapéuticos de la enfermedad, así como, analizar los casos que se han presentado, durante 18 meses de trabajo, en el departamento de Medicina del Hospital Roosevelt.

El análisis de estos factores es importante para la comprensión del problema y encontrar solución más favorable en nuestro medio, habiéndose comprobado que en Guatemala, igual que en otros países, las enfermedades reumáticas atacan buen porcentaje de la población y son causa de pérdidas a la economía general, por la proporción de días-trabajo perdidos por esta causa; un estudio reciente presentado al X Congreso Nacional de Medicina (1), sobre la incidencia de los diversos tipos de artropatías que han sido tratadas en el Departamento de Medicina del Hospital Roosevelt, demostró que la Artritis Reumatoidea, constituye el 35% de las diferentes causas de artritis y que ocupa después de la desnutrición el segundo lugar como causa de estancias hospitalarias.

Para lograr la solución del problema socio-económico creado por las enfermedades reumáticas, es necesaria utilizar todos los recursos disponibles: investigación, prevención, diagnóstico de los casos, tratamiento, rehabilitación y control posterior, mediante un plan coordinado y la cooperación de la profesión médica, autoridades hospitalarias, grupos voluntarios, industriales, laborales y gubernamentales. Es urgente la creación de servicios de Medicina Física y Rehabilitación en hospitales y en instituciones para pacientes crónicos, para el tratamiento integral de la enfermedad, así como, demostraciones prácticas para continuar en el hogar, por la imposibilidad de tener hospitalizado al paciente durante tiempo prolongado.

DEFINICION:

La Artritis Reumatoidea es una enfermedad crónica sistémica, que se manifiesta primordialmente por ataque de las articulaciones: tumefacción y rigidez migratoria, en la fase inicial y deformidad y anquilosis en la fase final; como ataca principalmente la substancia colágena del tejido conectivo, se considera dentro del grupo de las colágenas.

FRECUENCIA:

Aunque no se conocen cifras exactas respecto de la frecuencia de la Artritis Reumatoidea es sabido, sin embargo, que es más frecuente en climas templados y poco frecuente en los trópicos: una gran proporción de los casos aparecen en primavera, especialmente durante el mes de marzo. Es tres veces más frecuente en el sexo femenino y es enfermedad de personas jóvenes, con una edad promedio de 35 años (2). En un estudio hecho en Canadá en 1950, se encontró una incidencia de 22,500 casos (3).

ETIOLOGIA:

Aunque no se conoce la etiología de la Artritis Reumatoidea, describiremos la serie de factores que condicionan o modifican su aparición;

a) Factor hereditario: se ha afirmado que la Artritis Reumatoidea es enfermedad familiar y Cecil ha señalado la tendencia a desarrollarse en descendientes de artríticos (4); se calcula que el 1.16% de la población tiene la constitución genética de la Artritis Reumatoidea y la mitad de la misma es afectada, o sea el 0.58% (7).

b) Factor de hipersensibilidad: por la semejanza clínica entre Poliartrosis Crónica, Reumatismo Poliarticular Agudo, Lupus Eritematoso Diseminado y Periarteritis Nudosa, se agrupan estas afecciones en el grupo de las enfermedades del Colágeno; aunque éstas no tienen etiología común, las lesiones observadas son de natura-

leza inflamatoria y en el caso de la Artritis Reumatoidea podría además ser el resultado de sensibilización, aunque no se han obtenido lesiones articulares análogas en los animales de experimentación y tampoco se ha descubierto antígeno causante de tales lesiones; sin embargo, existen algunos hechos que dan valor al factor sensibilidad, tales como, el fenómeno manifestado en la prueba de aglutinación de eritrocitos sensibilizados, de ayuda en el diagnóstico clínico: la substancia o factor reumatoideo, responsable de esta reacción de aglutinación se encuentra asociada a la fracción B-globulina, Alfa-globulina y fracción III; es diferente del factor IV termoestable del complemento y puede separarse del suero de los pacientes reumatoideos por fraccionamiento con etanol.

Son indispensables más investigaciones sobre este factor reumatoideo, siendo necesario métodos más sensibles para el estudio de la química, de las proteínas y de inmuno-química.

Pruebas cutáneas practicadas en pacientes con Artritis Reumatoidea y pacientes controles, para demostrar la posible relación de antígenos bacterianos y anticuerpos, con la inyección intradérmica de varios extractos reumatoideos, no han dado reacciones definidas, tanto locales como sistémicas, llegándose a la conclusión, que las formas de Artritis Reumatoidea que sugieren infección, alergia crónica o ambas, no pueden ser determinadas por las reacciones serológicas, resultado de la reacción antígeno y anticuerpo. La respuesta eosinopénica con la histamina no presenta diferencia significativa en pacientes de Artritis Reumatoidea y pacientes controles.

c) Factor Metabólico: el hallazgo de manifestaciones nutricionales en algunos pacientes de Artritis Reumatoidea, indujo a pensar en un factor nutricional, a pesar de no haberse comprobado deficiencias manifiestas en la dieta o alergias alimenticias; el metabolismo de la vitamina "C", así como el equilibrio electrolítico de estos pacientes no presenta alteraciones.

La eliminación más rápida de la circulación de proteínas inyectadas, marcadas con material radioactivo, es una prueba evidente del metabolismo alterado, sin em-

bargo, no se conoce bien la significación de este hallazgo.

El estudio de enzimas forforilizantes, empleando P-32 demostró nivel más alto de P en el tejido conectivo de pacientes con Artritis Reumatoidea, lo que sugiere un trastorno en el proceso de fosforilización del metabolismo de los carbohidratos y la posible patogénesis de la Artritis Reumatoidea por un error intrínseco en la biogénesis y metabolismo de los ésteres sulfúricos de las hexosas-polisacáridos.

d) Factor de Desequilibrio Endocrino: como la Artritis Reumatoidea afecta en mayor proporción el sexo femenino, indujo a pensar que la enfermedad está relacionada con la función hormonal genital, pero los estudios han desechado este supuesto. Selye, ha producido artritis en ratas administrándoles acetato de DOCA, combinada con diferentes traumatismos, como exposición al frío, nefrectomía, etc.; pero las lesiones así provocadas no son de tipo proliferativo y semejan más bien el Reumatismo Poliarticular Agudo. Ha despertado interés la posible relación entre la Artritis Reumatoidea y la disfunción de la corteza adrenal, sin embargo, los estudios efectuados, no demuestran defecto metabólico específico, cualitativo o cuantitativo, en la producción de esteroides endógenos adrenocorticales.

En un estudio de 28 pacientes tiroidectomizados, 18 desarrollaron o tuvieron recaída de la enfermedad, después de la intervención quirúrgica; también se comprobó recaída en 8 de 97 reumáticos, sometidos a otros procedimientos quirúrgicos mayores (8).

Hench y sus colaboradores, han señalado la relación entre Artritis Reumatoidea y Embarazo y de 134 pacientes reumáticas embarazadas, 130 se aliviaron o no tuvieron molestias articulares durante el embarazo. El mismo autor señala el alivio pasajero de pacientes que padecieron de ictericia (4).

e) Factor de Desequilibrio del Sistema Nervioso Vegetativo: por el hallazgo de nódulos perineurales y linforragias en las vainas de sarcolema de los músculos, se supone que la enfermedad puede ser a causa del desequi-

librio del Sistema Nervioso Autónomo, así como a la posible diseminación de la enfermedad al Sistema Nervioso.

Algunos trabajos señalan la tendencia de los artríticos a desarrollar hipotensión y el hecho que ciertos agentes hipotensores como la hidralizina y el hexametonio, pueden causar síndromes semejantes a algunas de las enfermedades reumáticas. Por estas observaciones ha surgido la hipótesis que el factor precipitante puede ser un desequilibrio hipotalámico que produjera descargas eferentes anormales, que en los pacientes hipertensos con bloqueo autonómico producido por medicamentos toman vías anormales, las que producen "una enfermedad colágena" (2).

f) Factor Psicogénico: aunque no existen pruebas concluyentes que el factor emocional por sí solo, sea la causa de la enfermedad, es evidente que frecuentemente guarda alguna relación con las fases de iniciación y exacerbación del proceso. Se han discutido las características de la personalidad, conflictos, factores sociales y mecanismos psicológicos, en enfermos con Artritis Reumatoidea, así como, la similitud entre la personalidad de los esquizofrénicos y la de los artríticos. Se ha descrito un estado de neurosis pre-reumática, que principia algunos años antes del desarrollo del cuadro clínico.

En un estudio de 264 pacientes de Artritis Reumatoidea, se comprobó que el médico general, puede encontrar alguna anomalía psicológica en el 68% de los pacientes (9).

g) Factor Infeccioso: aunque la enfermedad presenta las características de un proceso infeccioso; fiebre, sedimentación elevada, etc., los hallazgos físicos corresponden a reacción inflamatoria; los estudios bacteriológicos practicados en sangre, sinovial, nódulos subcutáneos, no han revelado agente infeccioso alguno y no se ha logrado transmitir la enfermedad por inyección intraarticular de líquido sinovial. Se ha considerado como coincidencia sin ninguna relación etiológica, el hallazgo en el 20% de los pacientes de antecedentes de infección respiratoria superior y cifra elevada de anti-

estreptolisinas. Bilings y sus colaboradores (4), fueron los primeros en señalar la importancia de las infecciones focales como causa de artritis y durante cierto tiempo se consideró la presencia de focos sépticos como la causa de la enfermedad; los estudios actuales demuestran que la infección focal no tiene el valor etiológico que se le atribuye y pueden encontrarse focos sépticos en Artritis Reumatoidea con la misma frecuencia que en otras enfermedades o aún en personas sanas.

ANATOMIA PATOLOGICA:

Estudios cada día más numerosos apoyan el concepto que la Artritis Reumatoidea, es enfermedad generalizada del tejido conectivo, encontrándose lesiones en las articulaciones, tendones, vainas tendinosas, músculos, nervios, tejido celular subcutáneo, vasos sanguíneos, membranas serosas, corazón, pulmón, riñón y aorta.

Lesiones Articulares: han sido descritos tres tipos principales de reacción:

a) Sinovitis generalizada proliferativa, en las capas superficiales durante las etapas iniciales. Es más marcada en las porciones de sinovial adyacentes al cartilago articular.

b) Depósito de fibrina o una substancia análoga a la fibrina y necrobiosis acompañando a una lesión tisular localizada más intensa.

c) Lesiones vasculares, focales, o segmentales con infiltración de células inflamatorias, y engrosamiento hiperplástico de las paredes.

Huesos: se observa reabsorción masiva de los huesos que puede simular quistes y neoplasias. Trayectos con erosión en forma de "panus" formado por tejido de granulación con comunicación directa entre la sinovial y el quiste.

Nódulos: se forman por un proceso celular activo, degenerativo y necrotizante; estas lesiones pueden progresar, hasta formar espacios que semejan grandes quistes,

lentos, llenos de material degenerativo grumoso parecido al pus. Estos nódulos han sido encontrados en el pericardio, endocardio, válvulas cardíacas, pleura visceral y duramadre.

Sistema Cardiovascular: se ha demostrado patología cardíaca importante en pacientes con Artritis Reumatoidea: lesiones granulomatosas que semejan nódulos reumatoideos, miocarditis, pericarditis no específica, cambios valvulares con predominio aórtico y angeítis coronaria. En pacientes hombres, con Espondilitis Reumatoidea se observa aortitis que exhibe cuadros estructurales que sugieren un origen reumatoideo; esta lesión limitada al nacimiento del vaso, se caracteriza por engrosamiento de la íntima y deformidad de las valvas, asociado a un proceso inflamatorio destructivo de la pared aórtica.

También se han comprobado todos los estados de evolución y regresión de vasculitis necrotizante, en las que la lesión básica es la necrosis fibrinoidea de la pared de los pequeños vasos; arteritis subaguda diseminada, que afecta pequeñas arterias de tipo muscular, caracterizada por poca o ninguna necrosis de la pared vascular infiltración linfocitaria de la adventicia, edema e infiltración histiocitaria de las otras capas, con fibrosis consecutiva y raramente trombosis. Estas lesiones se han encontrado en el corazón, nervios periféricos, músculos esqueléticos y sinoviales, pero no en otras vísceras.

Lesiones Pulmonares: fibrosis pleural, de tipo difuso y nodular, áreas localizadas de neumonía fibrinosa, cicatrices de hialinización y necrosis colágena en el tejido intersticial del parénquima pulmonar, han sido descritas.

Otras Lesiones: se ha descubierto la amiloidosis renal en algunos pacientes de Artritis Reumatoidea, habiéndose confirmado en algunos casos como la causa de muerte.

CUADRO CLINICO:

La Artritis Reumatoidea es más frecuente en el sexo femenino y la relación con el masculino, varía de acuerdo con la edad de la iniciación, así, es de 3:2 para los casos comprendidos entre 15 y 30 años; 7:1, en la sexta década y 1:1, después de los 60 años.

El principio de la enfermedad puede ser súbito e insidioso; las manifestaciones articulares pueden ser precipitadas por: traumatismos, en aproximadamente 7% de los casos, hipersensibilidad aguda en 4%; infección aguda en 11.5% y stress emocional severo en 14.5%. El inicio y las exacerbaciones de la enfermedad presentan una distribución estacional, con mayor frecuencia en el invierno y al principio de la primavera, coincidiendo con más incidencia de infección respiratoria superior. Cuando el comienzo es súbito, el dolor y la turgencia de las articulaciones aparecen con rapidez y se acompañan de escalofríos, fiebre, postración y en general el cuadro de una infección aguda; otras veces, el dolor y la rigidez se localizan en una sola articulación durante tiempo prolongado, antes que sean invadidas otras articulaciones. En ocasiones se presentan algunos prodromos: debilidad, fatiga, pérdida de peso, anemia, trastornos vasomotores, entumecimiento en manos y pies etc.

Existen formas de iniciación atípica que impiden el diagnóstico precoz, la rigidez matutina que aumenta gradualmente con la actividad física del día, ha sido descrita como uno de los más precoces y constantes síntomas de la enfermedad.

Manifestaciones articulares: las manifestaciones articulares típicas se caracterizan por la aparición gradual de dolor, calor, rigidez y tumefacción, generalmente en las articulaciones interfalángicas proximales de los dedos de las manos, pero pueden presentarse en otras articulaciones e incluso una sola, pero al final ataca a todas las articulaciones, observándose la distribución poliarticular simétrica característica de la enfermedad.

Durante la primera fase, la tumefacción puede remitir parcialmente y reaparecer al cabo de semanas o

meses, aunque en general una vez aparecida puede persistir o aumentar hasta que la enfermedad deje de evolucionar o entre en fase de remisión.

A menudo la distribución es simétrica y tiende a progresar de las articulaciones periféricas hacia el tronco, es de notar que mientras las articulaciones interfalángicas proximales son atacadas con más frecuencia, muy raras veces existen alteraciones en las distales excepto en presencia de psoriasis de las uñas. El orden de frecuencia de las articulaciones afectadas es el siguiente: interfalángicas proximales de las manos, metacarpo-falángicas, rodillas, muñecas, metatarsiano, tobillos, hombros, codos y caderas; sin embargo, todas las articulaciones pueden participar del proceso. Existe un informe que relata casos en los cuales los pacientes no han experimentado dolor por varios años, a pesar de la progresión clara de la enfermedad y en ausencia de cualquier desorden neurológico; estos casos se han visto en pacientes con marcada reabsorción ósea y con deformidades avanzadas de la mano; se cree que la ausencia del dolor puede ser a causa de la destrucción inflamatoria de las fibras tróficas y dolorosas de la articulación y del periostio, (10).

La participación de la articulación temporomaxilar se ha observado asociada con trismo, dolor severo a la masticación y subluxación de la superficie articular del cóndilo; un aparente retroceso de la mandíbula es una deformidad característica y como factores que contribuyen a esta deformidad, se incluyen la participación del centro de crecimiento del cóndilo y la hiperactividad de los músculos depresores de la mandíbula.

Ha sido descrita en la fase aguda de la enfermedad, lesión de las articulaciones cricoaritenoideas que se manifiesta por llenura o tensión de la garganta, deglución dolorosa, propagación ocasional del dolor o los oídos, ronquera, sensación de sequedad o de cuerpo extraño y disnea. En el estado crónico de la artritis cricoaritenoidea, se observa anquilosis completa que produce disnea tan marcada que requiere traqueostomía.

El dolor de hombro, no es manifestación rara de la enfermedad, 75% de los casos y probablemente la cau-

sa es la asociación de enfermedad articular con tendinitis y tenosinovitis.

En aproximadamente la mitad de los casos, se ha observado que la articulación esternoclavicular se encuentra afectada y el examen sistemático de la misma descubre hipersensibilidad dolorosa, lo que sugiere que dicha articulación participa del proceso con mayor frecuencia lo que usualmente se la reconoce clínicamente.

Manifestaciones Extraarticulares: Fiebre: La fiebre generalmente es moderada, suele mantenerse por debajo de 38° C., sin embargo, han sido observadas fiebres recurrentes, hasta de 40° C., especialmente en los niños; febrícula puede persistir durante meses y reaparecer después de un período de remisión; la taquicardia es frecuente en el inicio de la enfermedad aún en ausencia de fiebre.

Pérdida de peso: aproximadamente en la mitad de casos hay pérdida moderada de peso, aunque algunos pacientes pueden tener pérdida acentuada, salvo que se mantenga la ingestión calórica a un nivel elevado.

Nódulos Subcutáneos: se observan en el 5 a 25% de los casos, su tamaño es muy variable, desde partículas diminutas hasta 20 milímetros, persisten en ocasiones durante meses o años y generalmente la piel que los recubre se desplaza libremente, sin embargo, pueden estar adheridos a las vainas tendinosas o a las bolsas sinoviales, son indolorosos, a menos que estén expuestos a presiones intensas; se localizan con mayor frecuencia en la cara de extensión del antebrazo, aunque también pueden verse a nivel de la rótula, escápula, apófisis espinosas, tendones de los dedos de las manos y de los pies; se les considera como signo de mal pronóstico.

Piel: se han informado diversos tipos de alteraciones cutáneas, no características de la enfermedad, tales como pigmentación bronceada de la piel, placas de vitiligo, manos húmedas y calientes, nódulos cutáneos, acompañados de ulceración; una o varias de estas úlceras generalmente son precedidas por edema local, son tórpidas y resistentes al tratamiento, especialmente durante la fase de actividad de la enfermedad.

Uñas: las uñas pueden presentarse secas y quebradizas y desarrollar estriaciones longitudinales, con o sin formación de fisuras.

Lesiones Viscerales: es frecuente observar alteraciones funcionales o estructurales de órganos extraarticulares, ya que la enfermedad se considera una afección sistémica de la cual la artritis es la manifestación predominante:

a) **Manifestaciones Cardiovasculares:** tal como se expresa al revisar los hallazgos patológicos de la enfermedad, pueden encontrarse varias lesiones en el sistema cardiovascular, sin embargo, es bastante difícil relacionarlas con las manifestaciones clínicas. Algunos casos de enfermedad valvular cardíaca, diagnosticada como de origen reumático, ha sido comunicada en pacientes con Artritis Reumatoidea (12). Datos auscultatorios, fonocardiográficos, radiográficos y electrocardiográficos, no descubren mayor incidencia de anormalidades en pacientes artríticos que en individuos controles.

b) **Manifestaciones Pulmonares:** han sido publicados informes de lesiones pulmonares que simulan Neumonía Atípica Aguda, Neumonía Reumática Aguda y Fibrosis Pulmonar Aguda, difusa intersticial (14).

La incidencia de varias lesiones pulmonares no específica, parece ser más elevada en pacientes con Artritis Reumatoidea, que en las series de pacientes controles, sin embargo, no se ha observado lesión pulmonar específica o correlación temporal entre la enfermedad pulmonar y exacerbación de Artritis Reumatoidea. Además se ha observado que la coincidencia de Enfermedad Quística Pulmonar Difusa y Artritis Reumatoidea, es casual (2).

Otras Manifestaciones: la Uveítis que puede observarse en pacientes con Artritis Reumatoidea, ha sido clasificada comúnmente como no granulomatosa, en contraste con el tipo granulomatoso, que se asocia con Sarcoidosis y algunas infecciones crónicas, como Tuberculosis y Toxoplasmosis. Además pueden presentarse afecciones

ciones de la Esclerótica: Escleritis, Nódulos Esclerales y Escleromalacia Perforante.

Además se ha descubierto atrofia del primer músculo interóseo, con acción potencial de contracción menor de lo normal, probablemente, por causa de la Amiotropía Reumatoidea (18).

Curso de la enfermedad: la enfermedad puede seguir un curso relativamente corto, seguido de la desaparición de la sintomatología durante meses y años, sin embargo, en la mayoría de los casos reaparece en forma de brotes con carácter cada vez más crónico; pueden haber períodos de relativo bienestar, con fases de progresión, presentándose cada vez más rigidez articular, atrofia muscular y deformidades en flexión, especialmente de los dedos, de los codos y de las rodillas. La mayoría de los pacientes permanecen con la enfermedad manifiesta y sólo un bajo porcentaje presentan remisiones; estos datos son estadísticos y han variado con los tratamientos actuales.

Las deformidades se desarrollan generalmente en las manos y se caracterizan por flexión de las articulaciones interfalángicas proximales, engrosamiento de las mismas y atrofia de los músculos interóseos; luego se presenta la característica desviación cubital de las manos y por último puede sobrevenir anquilosis fibrosa u ósea, o ambas a la vez; otra deformidad es la fijación de las rodillas en flexión parcial. En el 10% de los casos la enfermedad evoluciona de manera progresiva, a pesar de la terapéutica.

FORMAS CLINICAS:

a) La Artritis Reumatoidea Juvenil o enfermedad de Still, fué descrita por Still, en 1897, como una artropatía crónica con fiebre, esplenomegalia y adenopatía. En una revisión reciente, (16), se encontró 1% de incidencia con variaciones en el principio, hallazgos clínicos y curso de la enfermedad.

El principio de la enfermedad generalmente es insidioso y aparece con más frecuencia antes de la segunda dentición, siendo el caso más precoz de 15 meses y

con una incidencia mayor en niños. Es frecuente la aparición en el tronco y extremidades de eritema máculo papular o erupción morbiliforme de carácter migratorio y de corta duración; en algunos casos la erupción cutánea precede en varios meses a los síntomas articulares; además se ha observado eritema marginado, (aunque esto sugiere Fiebre Reumática) y lesiones oculares bilaterales opacidades de la córnea en forma de banda, que algunos autores consideran patognomónicas, iridociclitis crónica y cataratas.

Las grandes articulaciones, (tobillos, rodillas), son inicialmente atacadas, pero más tarde toda articulación puede estar afectada, con excepción de la unión dorso-lumbar de la columna y articulaciones sacroilíacas, sin embargo, existen informes de evidencia clínica de espondilitis en dicha localización. La interferencia del proceso artrítico sobre el crecimiento normal de la columna, frecuentemente causa acortamiento de la estatura y deformidad en flexión de la columna cervical, acortamiento de uno o más dedos, (Bradidactilia, y retraso en el crecimiento mandibular. La duración de la enfermedad varía desde algunos meses hasta varios años y las recurrencias son frecuentes.

El diagnóstico diferencial de esta enfermedad es difícil y debe hacerse con Fiebre Reumática, Tuberculosis, Leucemia, Periartritis Nudosa y Lupus Eritematoso Diseminado.

El pronóstico de recuperación funcional es favorable en el 40-65% de los casos, pero la prolongada actividad del proceso, su principio súbito y las manifestaciones severas sistémicas, influyen desfavorablemente en el mismo.

El tratamiento es igual que en los pacientes adultos.

b) Síndrome de Felty; en 1925. Felty describió un cuadro caracterizado por fiebre, artritis, leucopenia, esplenomegalia y en algunos casos adenopatía generalizada.

El cuadro clínico es semejante a la enfermedad de Still, excepto que aparece en adultos. Bauer y sus colaboradores, indican que este cuadro no es más que una

variante de Artritis Reumatidea, aunque se continúa empleando la denominación primitiva.

El tratamiento es el mismo que se emplea en la forma clásica de la enfermedad.

c) Enfermedad de Reiter: es un síndrome caracterizado por Poliartitis subaguda, Uretritis y Conjuntivitis, puede observarse fiebre moderada y síntomas gastrointestinales.

Fué descrita por Reiter, en 1916, y presenta Uretritis caracterizada por supuración sin gonococos; la participación articular suele ser múltiple y afecta los dedos de las manos, pies y tobillos; la Conjuntivitis es supurativa y puede complicarse con Queratitis o Iritis. En ocasiones no se presenta uno de los síntomas de la enfermedad, la que tiende a seguir un curso cíclico, con una o más recidivas.

d) Espondilitis Anquilosante: aunque algunos reumatólogos adoptan el criterio de que la Espondilitis Anquilosante y la Artritis Reumatoidea son entidades distintas, la mayoría de autores piensan que hasta que se conozca la causa de estas afecciones, es mejor agruparlas en una misma entidad, como variante clínica una de la otra.

La Espondilitis Reumatoidea, se presenta principalmente en adultos jóvenes y la frecuencia por sexos, es de 9 a 10 hombres por 1 mujer; se ha encontrado elevada incidencia familiar y parece ser hereditaria.

Aunque se consideró que la infección genitourinaria desempeña un factor etiológico en la enfermedad, las investigaciones realizadas no apoyan esta suposición, estableciendo solamente, que existe la relación entre infección fenitourinaria y la enfermedad, sin poderse comprobar definitivamente que sea la etiología de la misma.

Los síntomas en el inicio de la enfermedad son intermitentes y a veces atribuidos a un traumatismo; el dolor se desarrolla insidiosamente en más del 75% de los casos y aparece bruscamente en menos del 25%; se localiza en la porción baja de la espalda, (sacro), en

las regiones glúteas, con o sin propagación a los muslos; es más intenso por la mañana, después del reposo, frecuentemente se asocia a rigidez y ocasionalmente a espasmos musculares. También puede existir dolor propagado al pecho o abdomen; ciática bilateral ó alternamente puede ser el síntoma inicial en el 10% de los casos.

Las lesiones histológicas son semejantes a las observadas en la Artritis Reumatoidea, pero con tendencia a la calcificación de los ligamentos longitudinales.

Los signos característicos de la enfermedad comprenden: limitación de la motilidad de la columna, especialmente la hiperextensión, pérdida de la lordosis lumbar normal, fijación del tórax en expiración tendencia a la deformidad en flexión de la columna dorsal y proyección hacia adelante de la cabeza. Se puede encontrar hipersensibilidad en las prominencias óseas: tuberosidades isquiáticas, crestas ilíacas, trocánter mayor, calcáneos y ocasionalmente en el sacro y apófisis espinosas. Conforme evoluciona la enfermedad la anquilosis de la columna termina por ser completa. La participación de las articulaciones periféricas se presenta en el 25 a 30% de los casos y en el 10% de los mismos preceden a los síntomas espinales.

La expansión torácica disminuye durante el curso de la enfermedad, la respiración es predominantemente de tipo diafragmático; la capacidad pulmonar total y la capacidad vital, generalmente están disminuídas, pero el volumen residual permanece normal (18).

e) Enfermedad de Sjogren parece ser otra variante de la enfermedad que se presenta asociada con queratoconjuntivitis seca y generalmente en mujeres de 40-65 años. Los síntomas consisten en: sequedad de los ojos y de las mucosas nasal, bucal y faríngea, a causa de hiposecreción de las mismas; la córnea presenta ulceraciones punteadas y las glándulas salivares aparecen engrosadas a la palpación; las articulaciones presentan, en el 80% de los casos, las alteraciones características de la Artritis Reumatoidea; también, se han descrito como ha-

hallazgos asociados: tos, aclorhidria, sequedad de la piel, atrofia y sequedad de la mucosa vaginal, alopecia e incluso, alteraciones de las extremidades del tipo de la esclerodermia.

El tratamiento más favorable es a base de córticoesteroides; además estos pacientes se benefician con el empleo de extracto tiroideo, aunque no presentan evidencia clínica o de laboratorio, de disfunción tiroidea (19)

Relación entre Artritis Reumatoidea y otras Enfermedades.

Enfermedades del Tejido Conectivo. Artritis Reumatoidea, Periartritis Nudosa, Dermatomiositis, Esclerodermia, Lupus Eritematoso Diseminado y Fiebre Reumática, son agrupados conjuntamente porque presentan cambios comunes del tejido conectivo: edema, infiltración celular y fibrinoidea y proliferación vascular y fibroblástica.

Mucha similitud clínica y patológica existe dentro de este grupo de enfermedades; si esta similitud es por capacidad limitada del tejido conectivo, para responder a varios estímulos o a un agente patogénico común, es algo que no puede contestarse y mientras no se establezca claramente, todas estas enfermedades deben considerarse como entidades distintas.

Es un hecho interesante, el hallazgo en pacientes con Artritis Reumatoidea, de: Arteritis Diseminada, células L. E. y Reacciones Serológicas falsas positivas para Lues, que coincide con el uso terapéutico de Cortisona, lo que ha sugerido la probable relación entre la administración de Corticoides y la evolución de una reacción panmesenquimatosa y panangéptica.

Freiberg y sus colaboradores, han encontrado 25% de células L. E. en paciente con Artritis Reumatoidea; este hallazgo requiere investigación adecuada, porque si el hecho de encontrar células L. E., indica que el paciente tiene Lupus Eritematoso Diseminado, entonces, algunos conceptos ya establecidos acerca de esta enfermedad deben ser cambiados (2)

Otras Enfermedades: la asociación de Psoriasis y Artritis Reumatoidea parece estar bien establecida, la incidencia es la misma en hombres y mujeres y la enfermedad articular en estos pacientes no puede distinguirse de la Artritis Reumatoidea clásica.

Los hallazgos clínicos más característicos son: más frecuencia de destrucción ósea, psoriasis de la uñas y ataque de las articulaciones interfalángias terminales de las manos y pies, lo que es raro en la forma común; las exacerbaciones y remisiones de los síntomas articulares tienden a producirse simultáneamente con el proceso cutáneo.

DATOS DE LABORATORIO:

Sangre: puede observarse anemia sobre todo cuando la enfermedad es grave, el defecto primario en la mayoría de los casos, es disminución de la capacidad de la médula ósea para producir el número normal de las células rojas y además, en algunos casos, acortamiento de la vida de los eritrocitos.

Se ha observado disminución de hierro en la sangre, mientras que su absorción por el intestino es normal; la anemia producida por esta causa es rebelde al tratamiento con hierro y las transfusiones pueden ayudar, pero no son de mayor beneficio, siendo los corticoesteroides la terapéutica más efectiva.

Al principio de la enfermedad puede haber leucocitosis, posteriormente cifras normales o aún bajas; en los niños puede encontrarse leucocitosis pronunciada en la fase aguda. En casos graves se presenta eosinofilia.

La velocidad de sedimentación está aumentada en el 95% de los casos y en la fase activa de la enfermedad es 3-4 veces más elevada que la normal. Se ha observado una correlación directa entre la gravedad específica del plasma, la sedimentación y el nivel de fibrinógeno plasmático.

Electrolitos: los valores medios de potasio del suero, parecen ser más elevados en pacientes con Artritis Reu-

matoidea que en grupos controles. La diferencia en el sodio del suero no es significativa.

La presencia de osteoporosis asociada a la enfermedad, ha originado estudios de las concentraciones de fósforo y calcio séricos y excreción de estas sustancias, observándose que no hay conexión entre esta enfermedad y la función paratiroidea.

Pruebas Serológicas: en 1931, Nichols, informó que el suero de muchos pacientes con Artritis Reumatoidea era capaz de aglutinar ciertas cepas de estreptococos; posteriormente se demostró que ésta no era reacción específica y que en determinadas condiciones la aglutinación podía producirse por ciertas partículas sensibilizadas; más tarde, se descubrió que el factor responsable de este fenómeno es el llamado Factor Reumatoideo.

La naturaleza de dicho factor y sus características están en estudio; parece ser que se encuentra en la fracción euglobulina del suero y por electroforesis de desplaza con las gama-globulinas. Se ha demostrado que es una macroglobulina, combinada con un complejo proteínico de peso molecular elevado.

La primera prueba usada fué la aglutinación de eritrocitos de carnero sensibilizados o prueba de Waalex-Rose, después se han ideado otras, usando diferentes sensibilizantes; los tres tipos básicos de pruebas son: el método de Waalex-Rose o variantes del mismo, en los cuales se emplea hemáties de oveja, suero de conejo, suero antioveja como sensibilizador y suero humano inactivado y absorbido; la prueba de la fracción II de Heller, en que se usan eritrocitos de carnero, tratados con tanino y recubiertos de gama-globulina de la fracción II de Cohn, y por último, la prueba de fijación del Látex de Singer y Plotz, en la cual las partículas de Latex, de 0.81 micras de diámetro están cubiertas de gama-globulina humana. Existen, además, métodos de fraccionamiento que aumentan la sensibilidad y que emplean la euglobulina como sustancia de prueba, como en la prueba de Ziff. Existe, así mismo, la prueba de floculación de la Bentonita.

Con la mayor parte de las técnicas enumeradas se

obtienen resultados positivos, en más del 70% de sueros de pacientes con Artritis Reumatoidea y Ziff, reporta 98% de positividad con el uso de su prueba.

Es de suma importancia notar que las pruebas son negativas en las fases precoces o dudosas de la enfermedad, cuando la evolución de la misma es de menos de 6 meses, lo cual disminuye el valor de las pruebas para el diagnóstico sistemático, ya que es en el período precoz cuando las dificultades diagnósticas son mayores.

Se ha visto que las pruebas negativas tienden a hacerse positivas con el progreso de la enfermedad y que el título de la aglutinación puede disminuir al ceder la actividad de la misma o elevarse cuando la actividad es creciente. En presencia de enfermedad grave, se encuentra abundante material reumatoideo en el suero.

En la Espondilitis Anquilosante la frecuencia de pruebas positivas en menos del 4% y en la Artritis con Psoriasis tiende a ser negativa.

En un estudio para comparar la efectividad de las más recientes pruebas serológicas en la Artritis Reumatoidea, los resultados positivos variaron desde el 65 hasta el 81%, con predominio de positividad en los pacientes con nódulos subcutáneos (74-94%), ocasionalmente se presentaron reacciones falsas positivas (23).

Se han encontrado reacciones positivas en enfermedades diferentes de las reumatoideas y colágenas, que a menudo están asociadas a macroglobulinemia o hipergamaglobulinemia; estas no producen una prueba positiva con seguridad, pero influyen quizás en la síntesis de la globulina, o produce un estímulo o proceso metabólico que no se encuentra en la Artritis Reumatoidea (24).

Proteínas Séricas: se ha confirmado aumento de las gama-globulinas en la Artritis Reumatoidea activa y se cree que al mismo tiempo aumentan las alfa-globulinas. El aumento de las globulinas y carbohidratos asociados, medido por electroforesis parece ser proporcional a la magnitud de la respuesta inflamatoria y se ha sugerido que la respuesta al tratamiento, puede ser evaluada por el retorno de estas fracciones a lo normal.

Líquido Sinovial: los estudios electroforéticos del líquido sinovial, revelan un componente que emigra entre la albúmina y el ácido hialurónico, al que se le ha dado el nombre de componente PI. Las comparaciones del líquido sinovial de pacientes con Artritis Reumatoidea, sugieren que la membrana sinovial pierde su permeabilidad selectiva en una magnitud paralela a la actividad del proceso. Se han hecho estudios con un método rápido para la determinación de Proteína C reactiva, en pacientes con Artritis Reumatoidea, Espondilitis Reumatoidea, Artritis Genocócica, derrames por osteoartritis y artritis traumática, encontrándose, que la fase proteínica aguda está ausente en derrames de origen traumático, mientras que se encuentra presente en las otras condiciones, a lo que se le ha dado importancia diagnóstica y de pronóstico.

La desaparición de la fase proteínica aguda y el retorno a la normalidad del líquido sinovial, se observa después de la administración de corticosteroides.

Rayos X.: en general, los signos radiológicos son poco característicos, especialmente en los casos iniciales; como hallazgos generales se describen: decalcificación ósea de hueso recién formado, con estrechamiento progresivo del espacio articular; acompañando a estos signos, hay infiltración de los tejidos blandos periarticulares, áreas irregulares en sacabocado de hueso subcondral e irregularidad de las superficies articulares. En casos avanzados puede presentarse fibrosis o anquilosis ósea engrosamiento de la cápsula articular y aspecto fusiforme de la articulación. La subluación no es rara y ordinariamente es el resultado de espasmo muscular, contractura en flexión y ablandamiento de los tejidos articulares.

En la columna vertebral, las primeras manifestaciones se presentan en las articulaciones sacroilíacas, puede haber fibrosis o anquilosis de estas articulaciones o en las apófisis articulares de la región lumbar baja, antes que otras articulaciones estén afectadas. Las márgenes articulares se vuelven irregulares y el hueso adyacente muestra áreas de aumento de la densidad, con pequeñas zonas de osteoporosis. Con la progresión de

la enfermedad a menudo se encuentra calcificación de los ligamentos vertebrales anterior y laterales, que en los casos avanzados, conduce hacia la llamada "columna en bambú" o columna rígida.

Biopsia Sinovial: es procedimiento de fácil realización y que proporciona datos de mucho valor para el diagnóstico; se encuentran las lesiones ya descritas en el capítulo sobre Anatomía Patológica.

DIAGNOSTICO:

El diagnóstico de un caso típico de Artritis Reumatoidea presenta pocas dificultades, debiendo recordarse los siguientes datos:

1)—tendencia a presentarse en adultos jóvenes, aunque puede presentarse en cualquier edad.

2)—el carácter migratorio de los síntomas articulares es típico, especialmente en las fases iniciales y después adquiere el carácter crónico y simétrico.

3)—las articulaciones afectadas suelen encontrarse aumentadas de tamaño e hipersensibles en la mayoría de los casos.

4)—la propensión a localizarse en las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales.

5)—la deformidad y anquilosis, en mayor o menor grado, en los casos avanzados.

El diagnóstico precoz en los casos iniciales presenta mayores problemas, sobre todo en la diferenciación con otras artritis; debe obtenerse una historia cuidadosa y considerar algunos detalles físicos, que caracterizan ciertas artritis agudas y además seleccionar pruebas de laboratorio adecuadas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL:

El diagnóstico diferencial comprende crecido número de enfermedades con manifestaciones articulares, sobre todo en los casos atípicos y en las fases iniciales de la enfermedad, en las cuales, a veces es necesario espe-

rar el desarrollo de nuevas manifestaciones.

Por lo extenso que resultaría hacer el diagnóstico diferencial con cada una de las enfermedades que producen artralgiás, solo se enumeran algunas entidades que pueden simular la Artritis Reumatoidea.

Artritis Degenerativa	Artritis Gotosa
Fiebre Reumática	Artritis Tuberculosa
Reumatismo Psicógeno	Artritis Luética
Fibrosis Periartricular Crónica	Artritis Traumática
Lupus Eritematoso Diseminado	Artritis Infecciosa
Reumatismo Palindrómico	Periarteritis Nudosa.

Otras enfermedades, que en determinadas circunstancias pueden confundirse con la Artritis Reumatoidea son:

Bursitis (subdeltoidea, trocanterea, etc.) Tendonitis (supraespinosa).

Neuritis Periférica Reacciones alérgicas
Enfermedad del Suero Idiosincrasia Medicamentosa
Osteoartropatía Primaria.

Trastornos endocrinos: Mixedema, Acromegalia, Hiperparatiroidismo.

Afecciones circulatorias: Enfermedad de Raynaud, Enfermedad de Buerger.

Deficiencias vitamínicas: Escorbuto, Beri-beri, Raquitismo.

Trastornos mecánicos del esqueleto: Enfermedad de Paget, Síndrome del Escaleno Anterior y Costilla Cervical, Neoplasias, primarias y secundarias, Neuralgias, Radiculitis por Artrosis de la Columna Vertebral.

Otros estados: Leucemia, Policitemia, Hemofilia, Sarcoidosis, Escleroderma, Dermatomiositis, Síndrome de Milkman. Araenodactilia, Parkinsonismo Osteocondritis Disccante. Osteomielitis. Ocronosis. Síndrome hombromano. Histerismo. Simulación.

PRONOSTICO

Está influido por el estado físico y psíquico del paciente y depende de varios factores: el más importante es la aplicación precoz de un tratamiento racional. No se conoce el número exacto de pacientes que curan total y permanentemente; en ocasiones, la enfermedad se detiene y sólo se observan agudizaciones, en circunstancias en que disminuye la resistencia orgánica. La enfermedad en sí, no es un peligro para la vida; sin embargo, en los casos avanzados existe la amenaza de que constituya una causa coadyuvante con otra afección, como causa de muerte.

TRATAMIENTO:

Principios Generales: difícilmente se encuentra otra enfermedad en la que sea necesario un diagnóstico seguro y una cuidadosa evaluación de las medidas terapéuticas, como en el caso de la Artritis Reumatoidea; la dificultad para diagnosticar esta enfermedad tan compleja, en la que no existen pruebas diagnósticas específicas, que puedan diferenciarla de otras enfermedades definidas, es la causa por la cual la evaluación de las medidas terapéuticas es muy problemática.

Con los avances en el conocimiento de la enfermedad, ha surgido el concepto de "manejo" más que "curo o tratamiento" de la enfermedad; se analizan a continuación, los diferentes medios con que se cuenta para el manejo del paciente reumatoideo:

Orientación del paciente: es necesario obtener la recuperación del paciente; para ello es indispensable la explicación detallada de la naturaleza y curso de la enfermedad, asegurándole, que si bien no tiene curación segura mucho puede hacerse para prevenir la invalidez y detener el curso de la enfermedad.

Reposo: como es una enfermedad constitucional, el reposo completo es muy importante; el tipo y la duración pueden modificarse de acuerdo con cada caso; en los severos e iniciales, es necesario el reposo absoluto en cama y para reanudar las actividades, es necesario tomar en consideración, la evolución de las manifestaciones constitucionales, descenso de la sedimentación, mejoría

de la anemia y de las articulaciones afectadas; en los casos moderados o en estado de convalecencia deben establecerse períodos de reposo durante el día y reposo adecuado durante la noche.

Es importante mantener una buena postura, la cual se consigue mediante el uso de un colchón duro y prestar mucha atención a la posición de las extremidades, adoptando una posición que prevenga las deformidades o las disminuya; la cama debe ser plana y las rodillas permanecerán extendidas y rectas; puede sentarse solo una vez durante el día por períodos que se determinarán para cada caso en particular. Los pies deberán estar en buena posición no en rotación externa y en caso necesario, se colocará una tabla o sacos de arena para evitarla y aún férulas con antirrotación; por las noches se colocarán férulas en las manos para evitar la deformidad cubital.

Analgésicos: Salicilatos y derivados: continúan siendo los medicamentos analgésicos de elección, por su fácil manejo, baja toxicidad y su moderada, pero definida acción anti-inflamatoria. Pueden administrarse hasta la tolerancia, es decir la dosis necesaria para producir síntomas tóxicos; la dosis usual es de 3 a 6 gramos diarios. El producto más usado es el ácido acetilsalicílico, el nivel sanguíneo aceptable es de 15 miligramos%; las complicaciones que puede causar son Salicilismo, Gastritis Erosiva, Úlcera Gástrica, Hematemesis etc; respecto de las molestias gastrointestinales, Baragan y sus colaboradores, creen que el riesgo de la aspirina como causa de Úlcera Péptica y Hemorragia Gástrica, ha sido exagerado; el mismo autor insiste en que este fármaco no aumenta la anemia que se encuentra en pacientes de Artritis Reumatoidea (28).

Por su mayor tolerancia se ha ensayado un nuevo medicamento en varios estados reumáticos: el salicilato de colina, llegándose a la conclusión, que en el 72% de los casos, los efectos terapéuticos son iguales o mejores que los obtenidos con la aspirina, con muy pocos efectos secundarios (29).

Fenilbutazona: ha sido empleada por sus efectos analgésicos y anti-inflamatorios, aunque el mecanismo de acción no se conoce, produce alivio subjetivo y también

objetivo en algunos días o una semana. Este producto puede causar retención de sodio y agua, por lo que debe emplearse con precaución en pacientes cardíacos y renales; se ha comunicado que tiene actividad antitiroidea y que produce aumento de la acidez gástrica. El valor exacto de la Fenilbutazona en la Artritis Reumatoidea, no está establecido y no hay evidencia de que retarde el proceso patológico, sin embargo, el alivio del dolor se produce en aproximadamente el 85% de los casos y las remisiones completas no son raras. Las reacciones tóxicas continúan siendo elevadas, 25 a 60%; las más frecuentes son: Trastornos Gastrointestinales, 30%; Retención de líquidos, 19%; Dermatitis, 14%; Trastornos Hematológicos, 11% y Hemorragia por exacerbación de Úlcera Péptica, 3%. La dosis usual es de 400 miligramos diarios, por vía oral, que debe disminuirse en cuanto aparece el alivio; no debe usarse en combinación con las sales de oro, porque los efectos tóxicos son comunes a ambos medicamentos. Está contraindicada en pacientes cardíacos, hepáticos y renales o con una predisposición alérgica, así mismo, en caso de Úlcera Péptica, Hipertensión y Discrasias Hematológicas.

También se han usado como analgésicos la amidopirina, la codeína, el paracetamol, la dipirone, derivado de la fenilbutazona combinada con vitamina C, los dos últimos aún en estudio (30).

Antimaláricos: los estudios preliminares sugieren que son de valor, especialmente en pacientes con derrames abundantes y engrosamiento sinovial; el efecto de estos medicamentos se produce pasadas 4 semanas de iniciada su administración; el modo de acción es desconocido; los productos más usados son: la Cloroquina, a dosis de 250 miligramos, una o dos veces durante el día y la Hidroxicloroquina, a dosis de 400 miligramos, en la misma forma. Pueden presentarse las siguientes reacciones tóxicas: leucopenia, anemia, emblanquecimiento del cabello, caída del cabello, atarantamiento, sensación de quemadura severa en la boca o en el epigastro, a menudo acompañada de Úlcera Péptica, alteraciones de la visión: nubes visuales a causa de la acumulación de la cloroquina en el cristalino, dificultad en la acomodación, efectos que generalmente son reversibles si el medicamento es omitido.

Crisoterapia: las sales de oro comenzaron a usarse en el año de 1927, durante mucho tiempo se han empleado bajo diferentes formas, comprobándose que son efectivas en el tratamiento de la Artritis Reumatoidea, su modo de acción no ha sido probado.

Las preparaciones más usadas son el tiomalato sódico (Miochiscine) y la aurotioglucosa (Solganal); el método de administración es variable para cada paciente y la cantidad inyectada depende de la que el organismo elimine diariamente; el promedio de eliminación urinaria es de 0.7 miligramos diarios, de manera que debe tratarse de mantener cierta cantidad en el organismo, habiéndose comprobado que los pacientes que aceptan dosis mayores, sin fenómenos tóxicos, son los que eliminan mayor cantidad de oro por la orina. En esta forma debe comenzarse con la inyección de 10 miligramos por semana, aumentando la dosis cada vez, hasta encontrar la cantidad óptima.

Las reacciones tóxicas son causadas por excesiva retención del producto y son indicación que el nivel de tolerancia se ha excedido; consisten en orden de frecuencia: Prurito, Dermatitis, Estomatitis y Cambios Renales; así mismo, se ha informado Trombopenia, Leucopenia, Hepatitis Tóxica y Trastornos Gastrointestinales; antes de cada inyección el paciente debe interrogarse sobre la presencia de prurito, erupción cutánea, ardor en la boca y deben hacerse exámenes periódicos de leucocitos en la sangre y examen de orina, investigando albúmina, eritrocitos y cilindros.

Corticoesteroides: cuando en 1949 Hench, demostró el efecto de la Cortizona en la Artritis Reumatoidea, se pensó que el verdadero medicamento antireumático había sido encontrado; pronto se demostró que esta nueva substancia no era curativa y que la recaída ocurría tan pronto era suprimida, haciéndose ver que únicamente desaparecía el proceso inflamatorio y algunas otras características del cuadro. El modo de acción permanece obscuro; se ha supuesto que la Cortizona y compuestos afines, protegen parcialmente los tejidos contra el daño resultante de la unión de un anticuerpo, es decir que su actividad es antialérgica. Investigaciones en el metabolismo de los Corticoesteroides inyectados dentro de una

articulación, sugieren que el efecto anti-inflamatorio podría ser a causa de un metabolito específico; sea como fuere, ejercen su acción aumentando la estabilidad vascular, disminuyendo el exudado inflamatorio, reduciendo así la hinchazón, rigidez y malestar y aumentando la capacidad de movimiento articular. Hay sensación de bienestar y en muchos casos aumento del apetito y energía, excepto cuando se usa triamcinolona en que el apetito disminuye y el paciente pierde peso; la sedimentación desciende a los límites normales y el cuadro hemático mejora; las proteínas séricas tienden a normalizarse; el fibrinógeno y las globulinas descienden mientras que la albúmina aumenta; el líquido sinovial muestra un aumento de la viscosidad y disminuyen los leucocitos polimorfonucleares; los nódulos reumatoideos se vuelven más suaves y pequeños, pero no cambian en sus características histológicas.

Actualmente se dispone de los siguientes preparados:

Corticotrofina, (para uso hospitalario).

Cortisona	Tabletas de 25 mgrs.
Hidrocortisona	" de 20 "
Prednisona	" de 5 "
Prednisolona	" de 5 "
Metilprednisolona	" de 4 "
Triamcinolona	" de 4 "
Dexametasona	" de 0.5 "

Con excepción de la Corticotrofina que se da por vía parenteral, la vía usual de administración es la oral; la ventaja práctica de la Prednisona, Prednisolona, Triamcinolona, Metilprednisolona y Dexametasona, es producir menor retención de sodio y agua, a pesar que los otros efectos secundarios sean los mismos.

Peligros y complicaciones de los Corticoesteroides: se ha calculado que las complicaciones serias se presentan en el 5 al 10% de los pacientes tratados; los efectos secundarios más frecuentes son las clásicas manifestaciones somáticas de hipercorticismo: obesidad, cara de luna, hirsutismo y acné. Además pueden presentarse mialgias difusas y artralgias y en ocasiones edema, cuando se usa Hidrocortisona, Cortisona o Corticotrofina y menos fre-

cuentemente con Prednisona o Prednisolona. Complicaciones cardiovasculares pueden presentarse con el uso de cualquier preparado e incluyen: Hipertensión, Arritmias, Cardiomegalia, Anormalidades Electrocardiográficas, insuficiencia cardíaca Congestiva, Angina de Pecho y Accidentes Cerebrovasculares. Ocasionalmente se presenta agravación de diabetes ya existente, curva de tolerancia a la glucosa aumentada, hiperglucemia y glucosuria. Además hay trastornos gastrointestinales moderados hasta complicaciones serias es decir, desde malestar epigástrico hasta hemorragia y perforación fatal; se sabe que las hormonas adrenales predisponen a la ulceración péptica y la incidencia de esta complicación durante el tratamiento es aproximadamente de 25%. La úlcera gástrica es más común que la duodenal, lo que sugiere una acción local de la tableta sobre la mucosa gástrica y en muchos pacientes los síntomas dispépsicos disminuyen cuando las tabletas son masticadas e ingeridas juntamente con los alimentos.

Además serias infecciones se han observado como complicaciones de la terapéutica hormonal: Tuberculosis, Neumonía Fulminante, Moniliasis y Aspergilosis. Observaciones e hipótesis referente a los efectos de la terapéutica hormonal y resistencia a la infección, incluyen las siguientes:

- 1)—disminución de la resistencia del huésped.
- 2)—bloqueo en la formación de anticuerpos.
- 3)—interferencia con las reacciones locales de los anticuerpos.
- 4)—prevención del reflejo de vasoconstricción.
- 5)—alteraciones de la permeabilidad de los vasos sanguíneos.

Debido a que los corticoesteroides al igual que la Artritis Reumatoidea causan osteoporosis, la incidencia de este cuadro y de fracturas es más elevado mientras mayores sean las dosis usadas; es por esta razón que tratamientos prolongados no deben administrarse a pacientes en cama. Sweetnam (34), publicó el informe de 4 casos, en los que encontró destrucción de la cabeza del

fémur, llamándole al cuadro, "artropatía esteroidea de la cadera".

Síndrome de supresión: con la dosis media de corticoesteroides, las suprarrenales del paciente se deprimen funcionalmente y un cuadro de insuficiencia cortical puede desencadenarse si se suprimen las hormonas bruscamente y por la misma razón, en presencia de un stress, las dosis deben ser aumentadas, nunca disminuidas. La terminación de un tratamiento debe hacerse en forma progresiva, ya que la supresión no solo puede inducir una crisis suprarrenal aguda, sino causar una exacerbación severa de la enfermedad.

Un problema relacionado con la supresión gradual es la llamada "Reacción panmesenquimatosa", la cual puede aparentar una exacerbación de la enfermedad o bien simular un Lupus Eritematoso Sistémico, Periarteritis Nudosa y puede asociarse con fiebre, pericarditis, pleuresía, consolidación pulmonar, tromboflebitis, neuritis periférica e iritis.

Otras reacciones que se han observado, son fenómenos tromboembólicos, a veces complicados con infarto pulmonar; irregularidades menstruales, retardo en la cicatrización de heridas, parestesias, enfermedad renal, frecuencia urinaria e hipokalemia.

Las indicaciones para el uso de estas hormonas, son relativas para cada individuo; la mayoría de autores están de acuerdo en no usar los corticoesteroides en forma sistemática y prefieren un manejo conservador en todos los casos (35), que generalmente es satisfactorio.

Se consideran como indicaciones las siguientes:

- 1)—Pacientes con iritis u otras complicaciones oculares, en las cuales la cirugía del ojo se contempla.
- 2)—Pacientes que serán sometidos a cirugía o que desarrollan una infección severa, si han recibido tratamiento previo con corticoesteroides en el año anterior.
- 3)—Pacientes en los que la enfermedad permanece activa, a pesar de tratamiento activo óptimo y conservador de 4 a 6 meses de duración.

Dosis: la dosis diaria, debe ser la mas pequeña que mantenga al paciente con el mínimo de molestias durante el día. La dosis ocasionalmente, puede reducirse con el objeto de ver si la enfermedad ha remitido o se ha vuelto menos activa o bien observar si una dosis más pequeña puede ser aplicada con éxito. Esta reducción debe ser lenta y gradual, por ejemplo 1/2 tableta cada vez y la siguiente reducción no debe hacerse hasta pasadas 3 semanas o más.

Vía intraarticular: el tratamiento local por inyección intraarticular de corticosteroides, tiene la ventaja de reducir los peligros de la administración sistémica; al mismo tiempo, produce resultados locales comparables o superiores a los obtenidos por la vía oral o parenteral. El beneficio básico deriva de la acción de la antihialuronidasa; cuando la hialuronidasa es liberada en los tejidos, produce reacción inflamatoria a nivel del tejido conectivo, con proliferación de fibroblastos, aumento en la permeabilidad capilar y edema; la supresión de la acción de la hialuronidasa previene los cambios inflamatorios; aparentemente los corticosteroides alteran los componentes polisacáridos del ácido hialurónico, volviendo a sus caracteres normales el líquido sinovial, juntamente con la mejoría del cuadro clínico.

El primer producto usado fué el Acetato de Hidrocortisona, posteriormente, los estudios se dirigieron a perfeccionar un medicamento más efectivo, que no sólo produzca una respuesta favorable, sino que tuviere actividad prolongada. En ese sentido, se ensayaron el Butil-acetato terciario de Prednisolona, el Trimetil-acetato de Prednisolona y el Acetato de Triamcinolona. Con el uso de este último producto, Hausser (36), comunicó respuesta excelente en el 98%, manifestada por disminución de la rigidez, sensibilidad y dolor, disminución de la hinchazón y aumento de la movilidad articular.

Rosal, ('41), en un estudio efectuado en 19 pacientes, usando Triamcinolona intraarticular, obtuvo una respuesta excelente en el 62%, buena en el 2.8%, mediana en el 12.5% y ninguna en el 4.5% de los casos. Las dosis usadas fueron de 50 mgrs, por articulación, excepto en la cadera en que se usaron 75 mgrs.

Frecuencia de la inyección: en términos generales, puede decirse que la frecuencia de la inyección debe ajustarse a la articulación afectada, agudeza o cronicidad de la lesión y grado de respuesta a las inyecciones previas, para determinar el intervalo de tiempo entre cada inyección, así, si la respuesta favorable se mantiene, debe posponerse indefinidamente. Hay articulaciones que no se benefician con inyecciones repetidas a cortos intervalos (38).—

Respecto del número de articulaciones a inyectar, debe tomarse como una regla, que las articulaciones más dolorosas o agudamente afectadas son las que necesitan del alivio ofrecido por la inyección. Cuando varias articulaciones están afectadas simultáneamente, se pueden inyectar al mismo tiempo, sin embargo, la mayoría de autores están de acuerdo que la inyección articular debe reservarse para no más de 2-3 articulaciones al mismo tiempo y que las inyecciones múltiples deben abandonarse.

Indicaciones y contraindicaciones: se indica, cuando una articulación presenta actividad localizada o es resistente al tratamiento con medios sistémicos, para limitar la deformidad o permitir el uso de Fisioterapia y así aumentar la respuesta del tratamiento. Puede ser el método de elección cuando el tratamiento sistémico esté contraindicado.

Contraindicaciones absolutas son dos: infección activa en o contigua a la articulación e idiosincrasia a los productos que se inyectarán. Contraindicaciones relativas que tienen una respuesta pobre a la inyección intraarticular son: inflamación activa que afecta numerosas articulaciones, enfermedad de las articulaciones de la columna, articulaciones sin revestimiento sinovial, fracaso en conseguir alivio local después de múltiples intentos de inyección.

Complicaciones: con excepción de la rodilla y ocasionalmente el hombro y codo, la inyección se acompaña de alguna reacción local; después de la absorción de la procaina inyectada, la presión de la zona de inyección produce dolor, que varía desde una leve molestia hasta dolor agudo; estas molestias usualmente duran de 4 a 8

horas, ocasionalmente 24 a 36 horas. Es conveniente preparar al paciente para esta eventualidad y darle analgésicos, antes de que el efecto anestésico de la procaína desaparezca. Se recomienda aplicar compresión local en el sitio de la inyección durante 24 horas. Usando técnica aséptica adecuada, la infección es una complicación muy rara. Hollander, comprobó 4 infecciones en más de 17,000 articulaciones inyectadas (6).

Radioterapia: hay pocas publicaciones sobre los resultados obtenidos con el uso de la Radioterapia en el tratamiento de la Artritis Reumatoidea. El alivio del dolor es el principal efecto que puede encontrarse y es de carácter subjetivo, no impide las exacerbaciones posteriores y no se observa correlación entre los resultados clínicos y la eritrosedimentación. La mayoría de los radioterapeutas están de acuerdo que el beneficio, si lo hay, es muy poco y no recomiendan este método para el tratamiento de la enfermedad.

En la Espondilitis Anquilosante pueden conseguirse buenos resultados subjetivos en el 72% de los casos y mejorías apreciables en el 50%. Ultimamente no se usa, porque las estadísticas dignas de crédito han señalado mayor incidencia de Leucemia en los casos tratados por Rayos X.

Psicoterapia: en algunos pacientes, los factores emocionales parecen ser determinantes sobre el curso de la enfermedad; es en estos casos cuando el médico debe prestar atención a los problemas personales del enfermo, a su reacción a la enfermedad y al beneficio que pudiera derivarse de la misma; sin embargo, el papel exacto de la psicoterapia aún no está claro y la aplicación de psicoterapia profunda, no se considera efectiva.

Fisioterapia: la importancia de la fisioterapia en el tratamiento de la Artritis Reumatoidea, es cada vez más evidente y a pesar de los medios para el control del proceso reumatoideo y los buenos resultados que pueden obtenerse, cada paciente reumatoideo debe ser considerado un inválido potencial, complicación que se encuentra en el 10 a 15% de los casos.

Un programa coordinado entre el médico fisiatra y el paciente debe formularse, desde que la enfermedad se

diagnostica, luego se orienta y modifica con los cambios del proceso y de acuerdo con los otros aspectos de tratamiento.

Una adecuada prescripción de tratamiento físico, debe basarse en la condición general del paciente, así como, en los hallazgos del examen de las articulaciones afectadas, incluyendo intensidad del dolor, sensibilidad, amplitud de movimientos, clase de movimientos y fuerza muscular.

Antes de iniciarse un tratamiento, se medirá cuidadosamente el grado de movimiento de cada articulación afectada y anotado en cuadros especiales, para así tener un registro gráfico que luego ayudará a interpretar el progreso del tratamiento.

Los objetivos de la fisioterapia en la Artritis Reumatoidea son:

- 1)—Analgésia, para aliviar el dolor de articulaciones y músculos.
- 2)—Mantenimiento de la motilidad normal de las articulaciones.
- 3)—Mantenimiento de la fuerza muscular normal.
- 4)—Protección de las articulaciones al cansancio innecesario.
- 5)—Prevención de deformidades.

La analgesia se obtiene mediante la aplicación de calor, que para el paciente es de gran importancia, sin embargo, desde el punto de vista objetivo, es una simple medida preliminar para aliviar el espasmo muscular y que el paciente tolere un programa de ejercicio definitivo. La fuente de calor debe seleccionarse por su simpleza, economía y depende de la extensión y número de articulaciones afectadas por la enfermedad; pueden usarse lámparas de calor, hornos, lámparas infra-rojas, baños de parafina, baños de contraste, baños calientes de inmersión, duchas de contraste y empaques calientes.

Después del período preliminar de calor, debe eje-

cutarse el ejercicio terapéutico para mantener la movilidad articular y mantener o restaurar la fuerza en los músculos que mueven esas articulaciones. Mientras se aplica el calor se hacen los ejercicios, uno cada día, aumentando la frecuencia y número, de acuerdo con la severidad del proceso y tolerancia del paciente.

Antes de iniciar un programa de ejercicios, se le dice al paciente que puede sentir aumento del dolor y rigidez en los períodos iniciales y que el tratamiento físico depende del balance entre reposo y ejercicio; así mismo, aprenderá dos reglas básicas que condicionan el ejercicio:

- 1)—que se permite cualquier ejercicio o actividad, que se acompañe o es seguido de aumento de dolor de pocas horas de duración.
- 2)—que se suprime o se modifique cualquier ejercicio o actividad, que cause aumento de dolor, rigidez o hinchazón, que persiste por 24 horas.

Las especificaciones para la prescripción del ejercicio son:

- 1)—propósitos del ejercicio.
- 2)—tipos que serán usados.
- 3)—partes específicas que serán ejercitadas.
- 4)—aparatos que se usarán.
- 5)—indicaciones para la progresión del ejercicio.
- 6)—duración de los períodos de ejercicio.
- 7)—números de períodos diariamente.

Los tipos de ejercicio usados son clasificados así: estáticos, pasivos, activos-asistidos, activos y de resistencia.

Durante los períodos iniciales de la enfermedad, cuando la motilidad es buena, se prescribirán ejercicio activos que se harán lentamente, en forma progresiva, con el fin de obtener todo el campo de movimiento de la articulación; el terapeuta enseñará al paciente el uso de los múscu-

los propios de cada movimiento y al mismo tiempo modelos correctos de amplitud articular.

Cuando existe moderada limitación de la motilidad en las articulaciones afectadas, considerable participación muscular y movimientos sustitutivos ineficaces, se indicarán ejercicios activo-asistidos. Se puede usar en este tipo de ejercicios, el efecto del agua, en una tina o tanque de Hubbard, ya que dentro del agua el paciente ejecuta más fácilmente los movimientos.

Los ejercicios resistivos están indicados cuando se necesita desarrollar o mantener la fuerza muscular; este tipo de ejercicio se emplea con precaución en la Artritis Reumatoidea y no siempre debe considerarse esencial, que la amplitud máxima de motilidad conseguida sea superior a la encontrada antes de usar estos ejercicios.

Cuando la condición del paciente lo mantiene en cama o silla de ruedas, se enseñarán ejercicios estáticos o contracciones insométricas de los cuádriceps y glúteos principalmente; se instruirá al paciente en el uso y localización de sus músculos, así como, su importancia en las diferentes actitudes, (posición de pié, andar, etc.) y se ejecutarán un mínimo de 4 veces al día.

Los ejercicios pasivos son ejecutados por el terapeuta y su valor reside en conservar lo más posible la motilidad articular, durante los períodos de inflamación aguda. Este tipo de ejercicios puede combinarse con un moderado grado de contracción, para tratar de recobrar la motilidad normal, cuando hay restricción de la misma. La fuerza muscular para ser efectiva debe adaptarse a la intensidad del dolor, procurando porque no se provoque más dolor, que puede persistir durante varias horas.

Causas de fracaso de un programa de ejercicio terapéutico.

- 1)—período de ejercicio muy cortos y poco frecuentes.
- 2)—programa prescrito inadecuadamente.
- 3)—incompleta supervisión por parte del terapeuta.
- 4)—falta de cooperación del paciente.

CLASE I: Capacidad funcional completa sin impedimento.

CLASE II: Capacidad funcional adecuada para llevar a cabo actividades normales, a pesar del impedimento de las molestias o movilidad limitada de una o más articulaciones.

CLASE III. Capacidad funcional adecuada para hacer únicamente algunos o ninguno de los deberes de su ocupación habitual o cuidados personales.

CLASE IV: Incapacidad larga y completa con el paciente en la cama o en silla de ruedas permitiéndose muy pocos o ninguno de sus cuidados personales.

RESULTADOS

Se estudiaron 17 casos: quince eran del sexo masculino (88.23%) y 2 del sexo femenino (11.77%). Las edades oscilan entre 20 y 59 años con una edad promedio de 34 años. La distribución por décadas a la iniciación del proceso es la siguiente:

1a. década	0	casos	0%
2a. década	2	casos	11.7%
3a. década	5	casos	29.5%
4a. década	3	casos	17.6%
5a. década	5	casos	29.5%
6a. década	2	casos	11.7%

Trece de los pacientes estudiados eran de procedencia urbana y cuatro eran de procedencia rural, con ocupaciones variables predominantemente obreros. En total, los 15 pacientes hospitalizados suman 989 días de estancia hospitalaria, con un promedio de 65 días por paciente.

La enfermedad presentó una iniciación súbita en 11 de los casos (64.7%) y en forma gradual en 6 casos

(35.3%); 3 pacientes fueron vistos durante el inicio de la enfermedad, los demás tenían evoluciones que variaban entre 45 y 18 años. Los síntomas predominantes fueron: dolor, aumento de volumen de las articulaciones y limitación de movimientos; el análisis de los síntomas se detalla en el cuadro 1.

	Presente	%	Ausente	%
DOLOR	17	100	0	0
AUM. DE VOLUMEN	16	94.2	1	5.8
LIMIT. DE MOVIMIENTO	16	94.2	1	5.8
DEBILIDAD MUSCULAR	7	41.2	10	58.8
ANOREXIA	7	41.2	10	58.8
SUDORES NOCTURNOS	5	29.5	12	70.5
CEFALEA	5	29.5	12	70.5
FIEBRE	3	17.6	14	82.4
PALPITACIONES	2	11.7	15	88.3

CUADRO 1. ANALISIS DE LOS SINTOMAS

El Examen físico demostró que se trataba de pacientes de peso, estatura y presión arterial dentro de límites normales; tres presentaban taquicardia y en cuatro de ellos se auscultó soplo sistólico grado I en el apex, probablemente de origen funcional. Los signos restantes encontrados fueron los siguientes (cuadro N° 2).

	No. de Casos	%
FIEBRE	3	17.6
DEFORMIDAD	9	53.5
LIMITACION DE MOVIMIENTOS	16	94.2
ANQUILOSIS	1	5.8
NODULOS	2	11.7
ATROFIAS MUSCULARES	3	17.6
HIPERTERMIA LOCAL	8	46.5

CUADRO No. 2 SIGNOS FISICOS

Llama la atención que la enfermedad se manifestó inicialmente en el hombro derecho en 12 de los casos (70.5%). La columna vertebral presentaba signos físicos en el 46.5% de los casos encontrándose mayor incidencia en la región lumbar, luego en la cervical y por último en la región dorsal (Cuadro No. 3).

	Número de Casos	%
Rodilla	17	100
Hombro	13	76.5
Radiocarpiana	12	70.5
Codo	11	64.7
Tibiotarsiana	10	58.8
Interfalangicas proximales (mano)	8	46.5
Columna Vertebral	8	46.5
Coxofemoral	7	41.2
Metatarsofalángicas	5	29.5
Temporamaxiliar	4	23.5
Interfalángicas del pie	3	17.6
Metacarpofalángicas	2	11.7
Condrocostales	1	5.8

CUADRO No. 3 ARTICULACIONES AFECTADAS

Antecedentes reumáticos se encontraban presentes en el 29.5% de los casos; antecedentes infecciosos en el 58.8%; antecedentes traumáticos sólo se encontraron en 2 casos. La nutrición era adecuada en todos los casos y sólo dos pacientes no referían pérdida apreciable de peso. El paciente que presentaba Espondilitis Anquilosante, refirió antecedente claro de la enfermedad en uno de sus antecesores por la línea paterna.

La evolución de la enfermedad en todos los casos, fue progresiva con carácter migratorio y simétrico. Todos

los pacientes exceptuando los que consultaron durante el inicio de la enfermedad, habían recibido tratamientos diversos, sobresaliendo por su frecuencia los Corticoesteroides y todos los que habían recibido hormonas suprarrenales presentaban trastornos gastrointestinales.

Como patología asociada a la enfermedad, se encontró: Colecistitis, 1 caso; Úlcera Péptica, 3 casos; Cólon Irritable, 1 caso; Pie Equino congénito, 1 caso; Diabetes Mellitus, 1 caso; Enfermedad Pulmonar no identificada, 1 caso.

Laboratorio: los valores de hematócrito se encontraban entre 31% y 45% con un valor promedio 39.9%; no se incluyó un caso que ingresó con anemia aguda por hemorragia gastrointestinal ni otro que presentaba policitemia secundaria a enfermedad pulmonar. Esta salvedad se hace también al estudio de las cantidades de hemoglobina que variaban entre 11 y 15 gramos % con un promedio de 13 gramos %. La cifra de leucocitos fué normal en el 82.4% de los casos, únicamente tres casos presentaron leucocitos. La fórmula diferencial presentó eosinofilia en el 53.5% de los casos y linfocitosis en 5.8%. La velocidad de sedimentación de los eritrocitos se encontró elevada en 14 casos (82.4%) y normal en 3 casos (17.6%). Cuadro N° 4.

Las determinaciones de ácido úrico se encontraron por debajo de 5 miligramos %, en todos los casos. La presencia de proteína C reactiva fué negativa en los casos en que se investigó. En seis de los casos (35.2%) fueron determinadas las proteínas del suero encontrándose el total proteico normal en 66.66% y bajo en 33.33%; la relación A/G se encontró invertida en todos los casos por aumento de la fracción globulina. Los estudios electroféticos en papel de las proteínas séricas revelaron un total proteico bajo en todos los casos; las albúminas elevadas en el 50% de los casos; las alteraciones de la fracción globulina pueden apreciarse en el cuadro N° 5.

Los exámenes de orina fueron normales en todos los casos, salvo el del paciente diabético que presentaba glucosuria. Los exámenes de heces revelaron ascariasis en un caso y tricocefaliasis en otro; el resto fué normal.

La prueba del Látex-globulina sólo se practicó en dos casos, siendo una de ellas positiva y la otra negativa.

Caso No.	Vel. de Sedimentación		Capacidad funcional	
	Al Ingreso	Al Egreso	Al Ingreso	Al Egreso
1	80 mm.	14 mm.	grado IV	grado II
2	40 mm.	11 mm.	grado IV	grado II
3	62 mm.	10 mm.	grado IV	grado II
4	2 mm.	—	grado II	grado I
5	100 mm.	—	grado IV	grado II
6	25 mm.	3 mm.	grado II	grado I
7	27 mm.	—	grado III	grado I
8	8 mm.	17 mm.	grado IV	grado II
9	100 mm.	52 mm.	grado IV	grado III
10	55 mm.	25 mm.	grado II	grado II
11	59 mm.	7 mm.	grado III	grado II
12	74 mm.	44 mm.	grado III	grado II
13	43 mm.	16 mm.	grado III	grado II
14	24 mm.	13 mm.	grado III	grado II-I
15	10 mm.	—	grado II	grado I
16	30 mm.	—	grado III	grado I
17	45 mm.	10 mm.	grado I	grado I

—no determinada.

CUADRO No. 4 VELOCIDAD DE SEDIMENTACION Y CAPACIDAD FUNCIONAL

	Normales	Elevadas	Bajas
ALBUMINAS	—	2 casos	2 casos
alfa-1 globulina	1 caso	1 caso	2 casos
alfa-2 globulina	—	—	4 casos
beta-globulina	—	3 casos	1 caso
gama-globulina	—	3 casos	1 caso

CUADRO No. 5 ELECTROFORESIS DE LAS PROTEINAS

El resultado de los estudios radiológicos se resume en el cuadro N° 6 y el de los hallazgos histopatológicos de la membrana sinovial, obtenida por biopsia articular en el Cuadro N° 7.

Hallazgo Radiológico	No. de casos	%
Disminución del Cartilago articular	5	29.5
Desmineralización	3	17.5
Atrofia de la corteza articular	1	5.8
Engrosamiento sinovial	6	35.2
Destrucción de la superficie articular	5	29.4
Deformidad articular	2	11.6
Cambios osteoartíticos	4	23.5
Distención de fondos de saco rotulianos	3	17.6
Separación del espacio articular	1	5.8
Infiltración Periarticular	4	23.5
Anquilosis	1	5.8
Formación osteofítica	2	11.6
Retracción fondos de saco rotulianos	2	11.6

CUADRO No. 6 HALLAZGOS RADIOLOGICOS

Hallazgo Histológico	No. de casos	%
Proliferación de vellosidades sinoviales	1	5.2
Reacción inflamatoria crónica	6	35.2
Proliferación vascular y fibrosis	1	5.8
Ninguna patología evidente	2	11.6
Tejido Fibroso (biopsia fallida)	1	5.8

CUADRO No. 7 HALLAZGO HISTOLOGICO
EN LA SINOVIAL

Tratamiento: Reposo fué ordenado en todos los casos; estricto al principio del tratamiento, posteriormente se permitió la movilización según la evolución del cuadro clínico. Fisioterapia fué empleada en 11 pacientes de acuerdo con las necesidades de cada caso; inicialmente se empleó calor en la forma de baño de inmersión seguido de masaje, en algunos, casos, luego ejercicios pasivos y al ceder el dolor, ejercicios activos. Ejercicios activos resistivos se usaron en un caso y se suspendieron por causar aumento del dolor.

Entre los medicamentos empleados, ocupó el primer lugar el ácido acetilsalicílico administrado en el 100% de los casos, con buen resultado en lo que se refiere a la disminución del dolor. Se presentaron trastornos secundarios en el sistema gastrointestinal, en 5 pacientes (29.5%) y en un caso mareos y trastornos auditivos.

Cloroquina fué empleado en 11 pacientes (64.7%), con resultados variables presentándose reacciones secundarias en 45.4% y consistieron en: diarrea, trastornos visuales erupción cutánea y diplopía.

Aurotioglucosa se usó en 4 casos, (23.5%) administrándose en la forma de dosis progresivas, comenzando con 10 mgrs. y aumentando la cantidad semanalmente hasta obtener una respuesta satisfactoria, llegándose en dos casos hasta la cantidad de 80 mgrs., por vez sin presentarse reacciones tóxicas. En ninguno de los casos se demostró lesión hematológica o renal de las causadas por

esta droga. En un caso hubo aumento del dolor después de la 1a. inyección y en otro se presentó diarrea, dolor lumbar y tinitus. Los resultados con el empleo de este medicamento fueron bastante satisfactorios, observándose recaída en un paciente, al suspender el medicamento.

Corticoesteroides se emplearon en 12 casos (70.5%); en orden de frecuencia: Prednisona, Prednisolona, Triamcinolona y Metil-prednisolona. Los resultados con este tratamiento fueron favorables, sin embargo se encontraron trastornos gástricos en tres casos (25%) sobresaliendo un caso de reactivación de úlcera péptica.

Corticoesteroides por vía intraarticulares fueron administrados en 7 casos (41.2%), habiendo recibido estos pacientes un total de 21 inyecciones intraarticulares; en dos ocasiones se empleó hidrocortisona y en 19 Acetato de Triamcinolona a dosis de 50 a 75 mgrs. Los resultados fueron satisfactorios, no encontrándose ninguna complicación únicamente dolor después de la inyección. Las articulaciones inyectadas fueron: rodilla 12; cadera: 2, tibiotalar: 4; escapulohumeral: 3. En las articulaciones inyectadas se apreció disminución marcada o desaparición del dolor así como aumento de la motilidad. Esta mejoría general en la mayoría de los casos fué sostenida durante un período de tiempo aceptable y únicamente tres articulaciones necesitaron una nueva inyección.

Evolución: con el tratamiento aplicado, todos los pacientes presentaron una evolución favorable, observándose alivio del dolor, recuperación de la movilidad y capacidad funcional (cuadro No. 4) así como, aumento de peso mejoría en los niveles hemáticos, y sedimentación.

DISCUSION

En el estudio de los pacientes puede observarse franco predominio del sexo masculino sobre el femenino; este dato carece de valor ya que los casos han sido seleccionados de un Departamento de Medicina de Hombres siendo incluidos dos casos femeninos que se estudiaron como casos especiales. La edad predominante de iniciación de la enfermedad fué en la tercera y quinta década

CASOS Resultados REAC Zarias

Medicamento	No.	%	B	%	M	%	R.	%	Nº	%
Acido acetil salicílico	17	100	17	100	0	0	0	0	6	35.2
Cloroquina	11	64.7	5	29.5	3	17.6	3	17.6	5	45.4
Sales de Oro	4	23.5	3	75	0	0	1	25	2	50
Corticoesteroides	12	70.5	12	100	0	0	0	0	3	25

CUADRO No. 8 RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

de la vida, encontrándose dos casos que se iniciaron en la sexta, estos resultados concuerdan con los obtenidos por la mayoría de autores, sobresaliendo el hecho de encontrar dos casos que se iniciaron después de los cincuenta años.

La mayoría de los pacientes eran de procedencia urbana (76.5%) de lo cual se deduce que la enfermedad se presenta poco en los habitantes de las áreas rurales, lo que podría explicarse por el menor grado de Strees psicogénico a que están sometidos estos individuos ya que se piensa que los estímulos psíquicos tienen alguna influencia en el desarrollo de la enfermedad; sin embargo son necesarios mayores estudios antes de poder obtener conclusiones en nuestro medio.

La enfermedad tuvo iniciación súbita con mayor frecuencia que en forma insidiosa, predominando las manifestaciones articulares y entre éstas el dolor como síntoma común, siguiendo aumento de volumen y limitación de la movilidad. Es importante señalar que la primera articulación afectada haya sido, en la mayoría de los casos el hombro derecho (76.5%), ya que las descripciones clásicas de la enfermedad señalan a las articulaciones interfalángicas proximales de las manos como las primeramente atacadas; en nuestro estudio estas articulaciones presentaron manifestaciones de la enfermedad en el 46.5% d los casos. Las grandes articulaciones fueron las más comunmente afectadas, en orden de frecuencia: rodillas, hombros, radiocarpianas, codos, tibiotarsianas, coxofemorales. La articulación temporomaxilar se encontró afectada en 23.5% de los casos y la acromioclavicular en ningún caso, porcentajes inferiores a los encontrados en estudios efectuados en otros lugares. Es interesante no-

tar que las articulaciones condrocostales estaban dolorosas en una caso, ya que la participación de estas articulaciones no se encontró reportada en la literatura revisada; sin embargo dado que la enfermedad es un proceso sistémico, no debe considerarse como rara dicha localización. Taquicardia, que se describe como un signo frecuente de la enfermedad, únicamente estaba presente en 3 casos, así mismo la tendencia hacia la hipotensión arterial, señalada por algunos autores, no se encontró en ningún caso. (13).

Nódulos subcutáneos estaban presentes en el 11.7% en pacientes que referían una larga evolución de la enfermedad, este porcentaje se encuentra dentro de los límites descritos en otros trabajos.

Pérdida de peso, que suele encontrarse en el 50% de los casos, en nuestro estudio fué una de los síntomas predominantes (88.3%), a pesar de una ingesta calórica considerada como suficiente para el standar de la población en general, pero quizá insuficiente para una persona con esta enfermedad que requiere un aporte calórico elevado.

Manifestaciones de la enfermedad en los diferentes sistemas, no se encontraron en ningún caso, si bien varios pacientes presentaban manifestaciones gastrointestinales, éstas, no pueden atribuirse a la enfermedad sino que fueron causados por tratamientos previos a base de corticoesteroides. En uno de los casos se presentó poliuria, polidipsia y polifagia pudiendo demostrarse un trastorno metabólico asociado (diabetes). La presencia de esplenomegalia, linfadenopatía, iritis y uveitis relacionadas con la enfermedad, no fueron observadas.

En los pacientes con antecedentes reumáticos, no pudo precisarse si éstas manifestaciones se relacionaban con la enfermedad o bien constituían el inicio de la misma. Respecto a los antecedentes infecciosos, éstos eran generalmente de tipo Infección Respiratoria Superior y en 3 casos determinaron el inicio o una exacerbación de la enfermedad. Otros procesos infecciosos, se encontraron como antecedentes con una frecuencia similar a la encontrada en la generalidad de los pacientes. Antecedentes

tes traumáticos no pudieron relacionarse con la enfermedad.

En el caso que presentaba Espondilitis Anquilosante, la enfermedad se inició por las articulaciones periféricas antes de que apareciera la sintomatología vertebral, hecho que puede presentarse en el 10% de los casos y se encontró que uno de sus antecesores había padecido de la misma afección, lo que concuerda con la opinión de que esta entidad es hereditaria. Al examen de la columna se encontró xifosis dorsal y disminución de la movilidad en la región lumbar; no había evidencia clínica ni radiológica de participación de las articulaciones sacroilíacas, sitio en que generalmente se inicia la afección. Tampoco se encontró antecedente de infección urinaria, que algunos autores piensan que tiene papel etiológico en esta forma clínica de la enfermedad. La expansión torácica se encontraba disminuida como consecuencia de las alteraciones de la columna; no se pudo practicar mediciones de la capacidad vital y capacidad pulmonar que generalmente están disminuidas. (18).

La anemia descrita en los casos graves no se observó en ningún caso, aún en los de larga evolución. La eosinofilia encontrada en el 53.3% puede explicarse por el parasitismo intestinal concomitante en el 11.7% el resto, probablemente sea debido a la eosinofilia observada en las enfermedades colágenas.

La diferencia encontrada entre el porcentaje de casos con eritrosedimentación elevada en el presente trabajo (82.4%) y el encontrado por otros autores (95%) no tiene gran valor estadístico por el número reducido de casos estudiados. Lo que sí pudo observarse fué una correlación entre la evolución clínica y la velocidad de sedimentación.

No se analizan las pruebas serológicas de aglutinación debido al escaso número de pacientes en los que se practicaron. Los resultados de las biopsias de sinovial articular concuerdan con las lesiones descritas en los estudios anatomopatológicos; los dos casos reportados como "sin patología" se debieron probablemente a que el material obtenido no fué satisfactorio.

La revisión del tratamiento revela, que de todos los casos con larga evolución, únicamente tres no habían recibido tratamiento previo con corticoesteroides, que habían sido administradas en períodos iniciales de la enfermedad lo cual no concuerda con las opiniones actuales acerca del uso de estas hormonas en Artritis, sino que más bien recomiendan un manejo conservador (33, 35, 37).

Como puede verse en el cuadro N° 8, el ácido Acetil salicílico ocupó el primer lugar entre los medicamentos usados, lo que demuestra el lugar importante que aún ocupa en el tratamiento de las enfermedades reumáticas. Es difícil, evaluar los resultados obtenidos con el uso de Cloroquina ya que el tiempo de administración no fué suficiente para apreciar el efecto sobre la enfermedad y también, porque se empleó simultáneamente con otros medicamentos, especialmente corticoesteroides.

La dosis de aurotioglucosa empleada (hasta 80 gms. semanales) ya no se considera excepcional desde los trabajos de Smith y sus colaboradores, llegándose a la conclusión que la tolerancia a las sales de oro está en relación directa con la eliminación urinaria.

Los resultados obtenidos con el uso de Corticoesteroides intraarticulares, fueron similares a los obtenidos por otros autores. (36, 38, 41).

La aplicación de Fisioterapia fué bastante irregular en la mayoría de casos, por no contarse con material adecuado ni personal adiestrado en la misma; sin embargo, en los casos en que fué posible su empleo en forma correcta y constante, los resultados fueron satisfactorios lo que pone de manifiesto la necesidad de local, elementos y personal adiestrado, para el establecimiento de un servicio de Fisioterapia.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

- I. Se revisaron los conceptos actuales sobre Etiología, Anatomía Patología y Cuadro clínico de la Artritis Reumatoidea.
- II Se expusieron las diferentes formas clínicas de la Artritis Reumatoidea.
- III Se describieron los exámenes de Laboratorio que incluyen: Sangre, Líquido Sinovial, Rayos X y Biopsia Sinovial.
- IV Se enumeraron las enfermedades, con las cuales debe hacerse el diagnóstico diferencial.
- V Se revisaron las medidas terapéuticas para el tratamiento de la enfermedad, con hincapié en la Fisioterapia como parte esencial en el tratamiento de la Artritis Rumatoidea.
- VI Por la revisión estadística de los casos estudiados llegamos a las siguientes conclusiones:
 - 1) La edad promedio de aparición de la enfermedad es de 34 años.
 - 2) Los síntomas principales se iniciaron en forma súbita, con predominio de las manifestaciones articulares: dolor, aumento de volumen, limitación de movimientos en las articulaciones de las rodilas, hombros, radiocarpianas, codos, tibiotalarianas y coxofemorales. La articulación temporomaxilar se encontró afectada en cuatro casos.
 - 3) Antecedentes etiológicos importantes: Infecciones, especialmente de tipo Infección Respiratoria, Supe-

rior y Traumatismo. En el caso de Espondilitis Anquilosante se comprobó antecedentes hereditarios.

- 4) El examen físico además de los síntomas articulares demostró: fiebre, nódulos subcutáneos y pérdida de peso.
- 5) La velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos se comprobó elevada en la mayoría de los casos, observándose correlación entre la evolución de la enfermedad y la velocidad de sedimentación.
- 6) El ácido acetilsalicílico continúa siendo el medicamento de elección para el tratamiento inicial de la enfermedad.
- 7) En los casos en que se usaron sales de oro no se presentó ninguna reacción tóxica.
- 8) De los casos crónicos revisados, solo tres no habían recibido tratamiento con Corticoesteroides.
- 9) El uso de Triamecinolona intraarticular fué bastante satisfactorio.
- 10) La Fisioterapia cuando fué aplicada correctamente dió magníficos resultados, lo cual demuestra la necesidad de establecer secciones de Rehabilitación y Medicina Física, en los Centros en que se tratan Enfermedades crónicas, como la Artritis Reumatoidea.

ODILIA ESTER ROBLEDO T.

Vo. Bo.

Dr. José Fajardo

Imprímase:
Dr. Ernesto Alarcón
Decano.

BIBLIOGRAFIA

- 1.—Viau A. Rosal C. E. Hernández S. Artritis Reumatoidea y otras. Su importancia en nuestro medio hospitalario. X Congreso Nacional de Medicina. 1959.
- 2.—Smith, et Al. Rheumatism and Arthritis. Review of American and English Literature of recent years. (Twelfth Rheumatism Review). Anals of Internal Medicine. Vol. 50 No.2-3. 1959.
- 3.—Permanent physical disabilities, Pamphlet No. 6 Dominion Bureau Stadistics and Departament of National Healt and Welfare, Ottawa. Citado en 2.
- 4.—Cecil R. L. and Loeb R. F.A. Texbook of Medicine. Saunders.
- 5.—Harrison T.L. Principles of Internal Medicine.
- 6.—Hollander J.L. Arthritis and allied conditions. Lea & Febiger, 1956.
- 7.—Stecher R. M. Hereditary factors in Arthritis, Med. Clin. North America 39: 499. 1955. Citado en 2.
- 8.—Laine V. A., Vainio K. J., Holopainen T. E. Effect of Thyroidectomy in Rheumatoid Arthritis. Ann. Rheumat. Dis. Citado en 2.
- 9.—Hartfall S. J. Stress factors in etiology of Rheumatic diseases. Citado en 2.
- 10.—Kersley G. D. Syndromes of Rheumatoid Arthritis. Citado en 2.
- 11.—Wiener K. Manifestaciones cutáneas de enfermedades generales. Clínicas Médicas de Norteamérica. Mayo de 1959.
- 12.—Hope, Bier, Palladino and Graham: Rheumatoid Aortitis. Report of an unusual case. Ann. Int. Med. Vol. 52 No. 3. 1960.
- 13.—Turner L. W. and Lansbury J.: Low diastolic pressure as a clinical feature of Rheumatoid arthritis and its possible significance etiologic. Citado en 2.
- 14.—Andre J. Ognibene. New York. Systemic "Rheumatoid disease" with Intersticial pulmonary fibrosis. Arch. Int. Med. Vol. 105 No. 5. 1960.
- 15.—Petersen I. An Electromyographic Study of the atrophied first dorsal interesoseous muscles in Rheumatoid arthritis. Citado en 2.
- 16.—Raleigh G. W. and Kobes H. R. Juvenile Rheumatoid Arthritis. Citado en 2.
- 17.—Ankylosing Spondylitis and Urogenital infection. British Med. Jour. No. 5176. 1960.
- 18.—Attilio D. Renzetti, Jr., William Nicholas, Robert E. Dutton and Leo Jevoff. Some effects of Ankylosing Spondylitis on pulmonary gas exchange. New Eng. Jour. Of Med. Vol 262. No. 5.
- 19.—Denko and Bergenstad. The Sicca Syndrome (Sjores Syndrome) Arch. Int. Med. Vol. 105, No. 6, 1960.
- 20.—Gedda P. O. On Amyloidosis and other causes of death in Rheumatoid Arthritis. Citado en 2.
- 21.—Montgomery M. Pilz C. Aronson A. Early dignosis of Arthritis and allied disorders. The Med. Clin. Of North Am. Vol. 44 No. 1. 1959.
- 22.—Bartan E. M. Anormal serum proteins in the diagnosis of Rheumatoid Arthritis an Disseminated Lupus Erythematosus. The Med. Clin. of North Am. Marzo 1959.

- 23.—W. M. Mikkelsen I. F. Duff, L. Goodson, W. H. Coutter and C. Hertz A comparative study of some recent serologic test of Rheumatoid arthritis. *Int. Med.* Vol. 52, No. 5. 1960.
- 24.—Harry Bartfeld. Incidence and significance of Seropositive Test for Rheumatoid factor in Non-Rheumatoid Disease. *Ann. Int. Med.* Vol. 52. No. 5. 1960.
- 25.—Simple, Rapid Diagnostic Test for Rheumatoid Arthritis. Bentonite Flocculation Test. *The Year book of Medicine 1959-60*
- 26.—Singer and Plotz. The Latex Fixation test. Application to the Serologic Diagnoses of Rheumatoid Arthritis. *Am. Jour. Med.* 21:888. 1956.
- 27.—Cohn. *Current Therapy.* 1960.
- 28.—Baragan and Duthie. Importance of Aspirin as a cause of Anaemia and Pepticulcer in Rheumatoid Arthritis. *Brit. Med. Jour.* No. 5176. 1960.
- 29.—Brookes J. W. Preliminary observations concerning the use of choline Salicylate in Various Types of Arthritis. *Am. Practitioner.* Vol. 11. No. 4.
- 30.—Hart D. Analgesics in Rheumatic disorders. *Brith. Med. Jour.* No. 5181. 1960.
- 31.—Lochie, Norcross and Riordan. Gold in the treatment of rheumatoid Arthritis. *Am. Med. Ass.* Vol. 167. No. 10.
- 32.—Smith et Al. Increasing the effectiveness of Gold Therapy in Rheumatoid Arthritis. *J. A. M. A.* Vol. 167 No. 10.
- 33.—Hart. Corticosteroids in treatment of Rheumatic disorders. *Brith. Med. Jour.* No. 5171. 1960.
- 34.—D. R. Sweetnam, R. M. Mason and R. O. Murray. Steroid Arthropaty of the Hip. *Brith. Med. Jour.* No. 5183. 1960.
- 35.—Fernández Herlihy L. Conservative Management of Rheumatoid Arthritis. *Lahey. Clin. Bull.* 11: 12/17. 1958.
- 36.—Hausser E. Intrasynovial Instillation of Triamcilonone acetone. *J. A. M. A.* Vol. 173. No. 5. 1960.
- 37.—Fernández Herlihy L. The use and abuse of the corticosteroid hormones in Connectiv Tissue Diseases. *The Med. Clinics of North American* Vol. 44. No. 2. 1960.
- 38.—Frider and Post. Local injection Therapy for Rheumatic diseases. *J. A. M. A.* Vol. 172. No. 18. 1960.
- 39.—Carling E. R. *Practice in Radiotherapy.* 1955.
- 40.—Pohle E. *Radioterapia Clínica, Salvat.* 1957.
- 41.—Rosal C. E. *Comunicación personal.*
- 42.—Lowman E. W. et Al. Panel on Rehabilitation in Rheumatoid Arthritis New York University. 1955.
- 43.—Lowman E. W. *Arthritis. General Principles, Physical Medicine, Rehabilitation.* 1959.
- 44.—Meschan I. *Roentgen signs in clinical diagnosis.* Saunders 1956.