



# ARTRITIS REUMATOIDE

María Fernanda Galdámez

Es una enfermedad inflamatoria crónica, autoinmune y sistémica de etiología desconocida

Principal órgano afectado es la **membrana sinovial**

Se caracteriza por la inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones con compromiso sistémico en cualquier momento de su evolución



¿QUÉ ES?

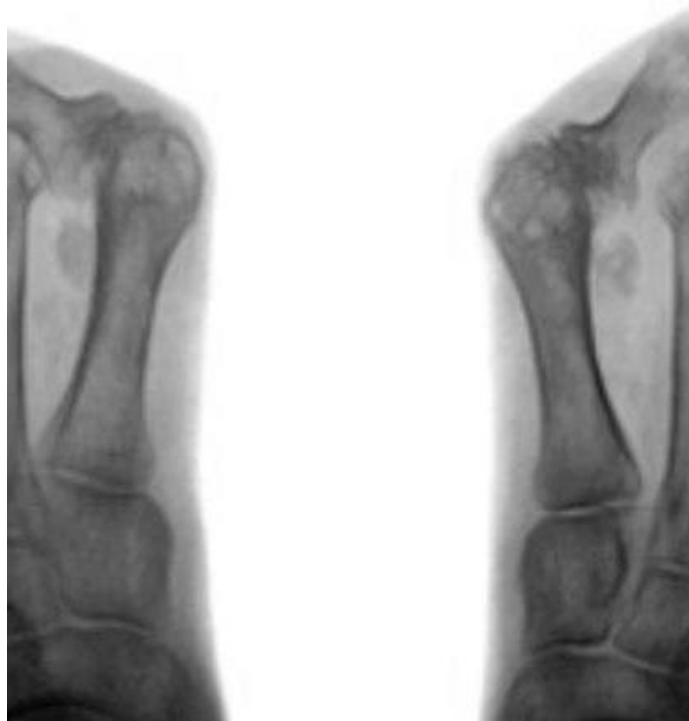


La artritis reumatoide afecta al 1% de la población mundial

Es una enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmune capaz de reducir la expectativa de vida

Se produce daño articular grave irreversible en los 2 primeros años

El tratamiento temprano de la artritis reumatoide incrementa la probabilidad de controlar el proceso inflamatorio



La artritis de inicio reciente se debe sospechar en el paciente con signos y síntomas de al menos 6 semanas de duración y menos de 12 meses de evolución

Debe incluir 3 o más articulaciones inflamadas, artritis en manos, rigidez articular matutina

30 minutos o más tiempo de dolor, dolor a la compresión de articulaciones metacarpofalángicas, metatarsofalángicas con afección simétrica



SÍNTOMAS

Paciente que tenga dolor de mas de 3 articulaciones en un lapso de 6 semanas deberá ser trasladado con un medico reumatológico

El tiempo máximo que debe esperar un paciente con sospecha de AR es de dos semanas

Para identificar inflamación en articulaciones MCF y MTF aplicamos signo de Morton, ejerciendo presión suave de los bordes de la mano o del pie, un Morton positivo implicaría dolor articular lo cual señala inflamación



## ARTRITIS REUMATOIDE

### DIAGNÓSTICO - CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN (ACR-EULAR 2010)

Se aplican a pacientes que presentan al menos 1 articulación con sinovitis clínica (articulación inflamada) y que dicha sinovitis no puede explicarse por el padecimiento de otra enfermedad.

	VARIABLES	PUNTOS
Afectación articular	1 articulación grande	0
	2-10 articulaciones grandes	1
	1-3 articulaciones pequeñas	2
	4-10 articulaciones pequeñas	3
	>10 articulaciones (al menos una articulación pequeña)	5
Duración de los síntomas	<6 semanas	0
	>6 semanas	1

Causas infecciosas

Enfermedades del tejido conjuntivo (Lupus eritematoso, sx Sjogren)

Artritis reactiva

**DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES**

# EVALUACIÓN CLÍNICA

Investigar antecedentes familiares y personales de enfermedad reumática

Comorbidos

Tratamientos previos

Exploración física completa

Solicitud de BH completa

Perfil de lípidos

EGO



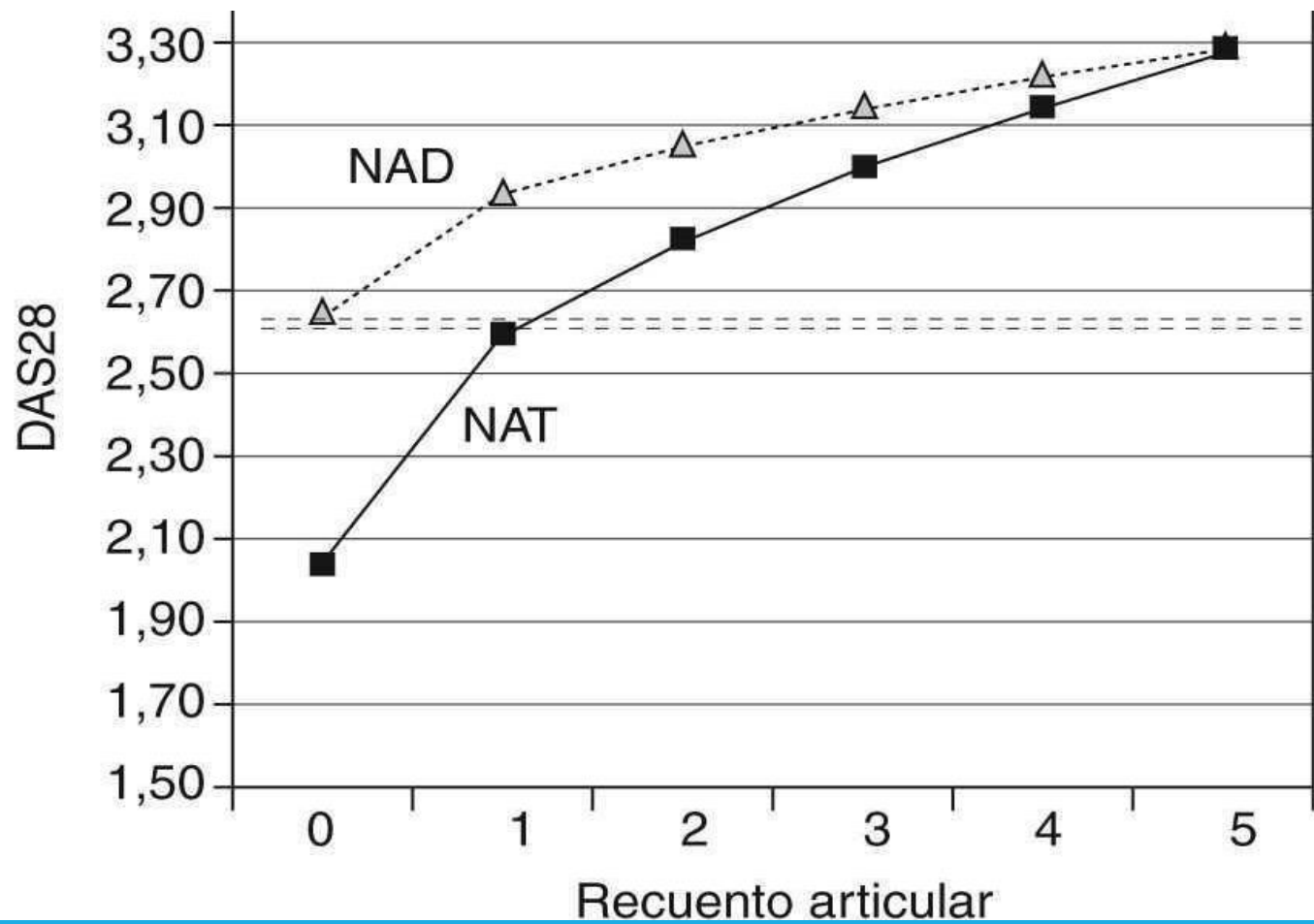
La artritis reumatoide se caracteriza por tener 3 tipos de comportamiento ;

Monoclínico :  
20%

Policíclico:  
70%

Progresiva:  
10%

La rigidez matinal hace referencia a la dificultad del movimiento articular al levantarse o luego de permanecer en una posición por un largo tiempo, tenemos que evaluar la duración del dolor



## SISTEMA DAS28

Los pacientes con actividad moderada a grave de la enfermedad, se debe evaluar con un sistema estandarizado como el DAS28

Se recomienda realizar evaluación clínica con periodicidad mensual, hasta alcanzar remisión de la enfermedad o nivel de actividad bajo

# ESCALA DE DOLOR

El dolor debe ser evaluado por el propio paciente

Preguntamos en un escala del 0 al 10 donde 0 significa ningún dolor y 10 un dolor insoportable



# ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

---

Biometría hemática completa

---

Velocidad de sedimento globular y  
proteína C reactiva

---

Transaminasas

---

Fosfatasa alcalina

---

Creatinina sérica

---

EGO

# ***DX ARTRITIS REUMATOIDE***

La proteína C reactiva es mas especifica que la velocidad de sedimento globular

Se sugiere determinar PCR como marcador de inflamación en pacientes con sospecha de artritis

El factor reumatoide IgM tiene especificidad del 86% mientras que los anticuerpos anti-CCP especificada del 95%

La presencia de estos dos alcanza un valor predictivo positivo para artritis reumatoide en un 100%

Rigidez matutina igual o mayor a 1 hora

Artritis de 3 o mas articulaciones

Presencia de factor reumatoide

Presencia de anti-CCP

Erosiones en radiografías de manos y pies

**PRESENCIA DE  
ARTRITIS  
REUMATOIDE  
TEMPRANA**

El seguimiento estructural debe evaluarse con RX de manos , pies, caderas y columna cervical

Resonancia magnética

El ultrasonido permite señalar sinovitis en una artritis

---

## ESTUDIOS DE IMAGEN

# FACTORES DE RIESGO

Edad

Sexo  
masculino

Hipertensión

Tabaquismo

Dislipidemia

Antecedentes  
de IAM



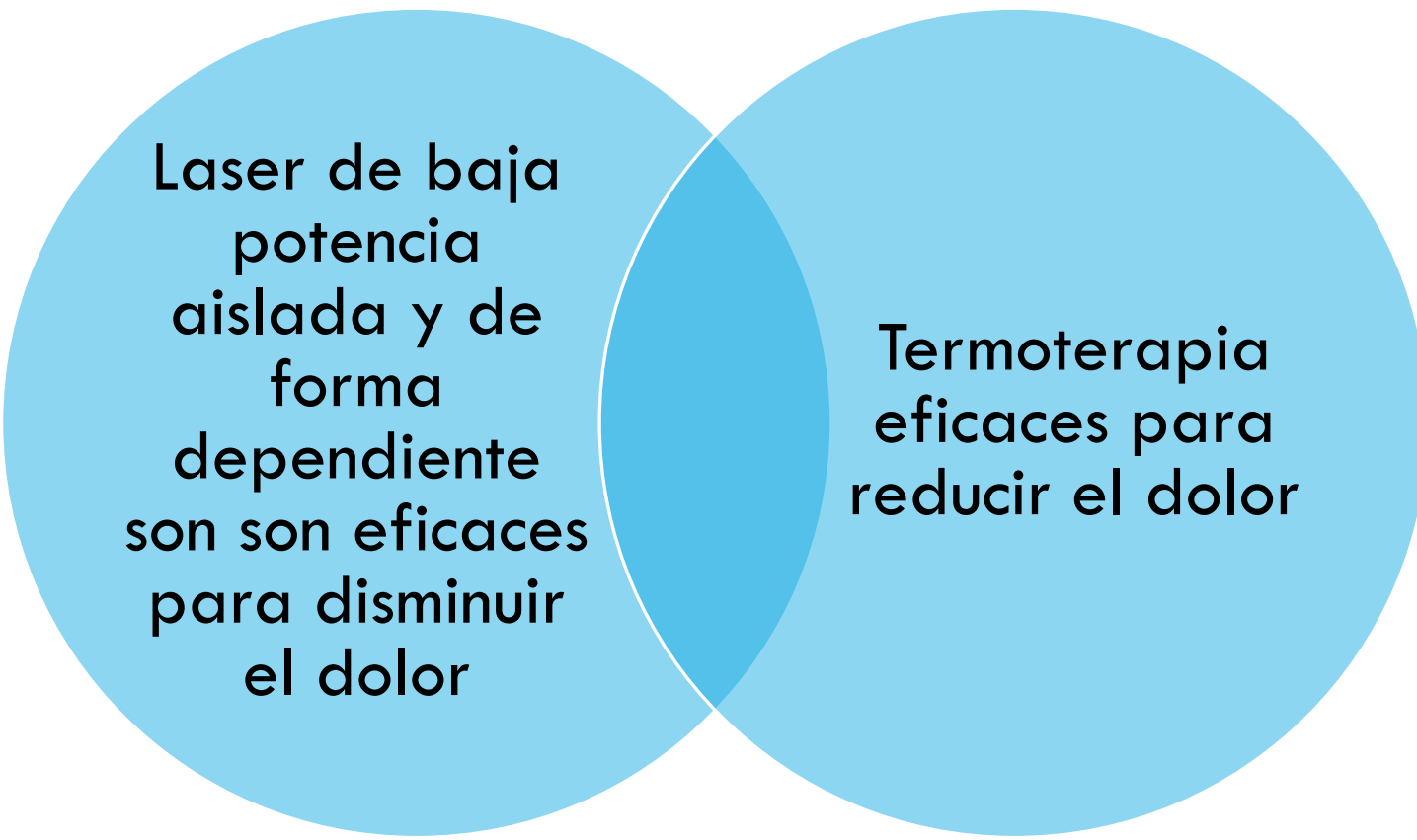
# TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Asesoramiento en terapia funcional

Ejercicio físico (ejercicios de fortalecimiento muscular)

Fórmulas de reposo para aliviar el dolor

# TRATAMIENTOS FÍSICOS



Laser de baja potencia aislada y de forma dependiente son eficaces para disminuir el dolor

Termoterapia eficaces para reducir el dolor

# TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO AINES

Medicamento que se utiliza es AINES, tienen clara indicación para el control de la inflamación y el dolor de artritis reumatoide

Específicamente inhibidores de la COX.2

# GLUCOCORTICOIDES

Los esteroides reducen la inflamación y deben ser considerados como terapia adjunta

Dosis bajas

El uso a dosis baja, reduce la mineralidad ósea, se utiliza la vitamina D, calcio y otros tratamientos preventivos de osteoporosis

# FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME)

Reducen los signos y síntomas de la AR, mejoran la función física y marcadores de laboratorio de actividad de la enfermedad así como también reducen progresión radiográfica

Hidroxicloroquina

Leflunomida

Metrotexato

Ciclosporina A

Penicilamina

Sulfasalazina

Hidroxicloroquina

Leflunomida / 20 mg / día (podemos meter una carga de 100mg día/durante 3 días)

Metrotexato 7.5 mg a 15 mg (semanal) aumento gradual hasta alcanzar los 20 a 25 mg /durante 3 a 4 meses

Ciclosporina A

Penicilamina

Sulfasalazina/ 500 mg/día (incrementamos 500mg cada semana hasta alcanzar dosis de 2gr) /dosis máxima 3000 mg/día

---

## FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME)

# TRATAMIENTOS COMBINADOS

Sulfasalazina +  
metrotexato

Metrotexato + cloroquina  
+sulfasalazina (pacientes  
con mal pronostico de AR)