

Artritis reumatoide. Criterios diagnósticos y severidad radiológica

Rheumatoid arthrities. Diagnostic criteria and radiological severity

**Dr. Regino Rodríguez Acosta; Aida Pérez Más; Dr. René Baez Medina;
Dennis Pérez**

Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech.
Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de relacionar los criterios diagnósticos de la artritis reumatoide y la severidad radiológica en todos los pacientes diagnosticados en el hospital Manuel Ascunce Domenech, de Camagüey, durante 1996 al 2000. El universo estuvo constituido por 33 pacientes cuyos datos se procesaron utilizando el programa Microstad. Predominaron los enfermos con más de 46 años (69, 7 %) y color blanco de la piel (57, 57 %); el índice radiológico de Larsen más frecuente fue el Grado III con el 42, 43 %. En cuanto a los criterios diagnósticos, la rigidez matinal, la bilateralidad y simetría, así como los cambios radiológicos afectaron al 100 % de los pacientes, seguidos por la artritis de las manos y el factor reumatoideo positivo, en todos ellos los mayores porcentajes se presentaron en el grado III de severidad radiológica.

DeCS: ARTRITIS REUMATOIDE/diagnóstico; ARTRITIS REUMATOIDE/radiográfico.

ABSTRACT

A descriptive study was performed with the purpose of relating diagnostic criterion of rheumatoid arthritis and radiological severity in all patients diagnosed at Manuel Ascunce Domenech provincial hospital during 1996 to 2000. The universe was composed of 33 patients whose data were processed using MICROSTAT program. Sixty-nine patients over 46 years old (69, 7 %) prevailed, white skin (57, 57 %); the most frequent Larsen's radiological index was grade III with 42, 43 %. As to diagnostic criterion, matinal rigidity, bilateralism and symmetry, as well as radiological changes affected to 100 % of patients, followed by arthritis of hands and positive rheumatoid factor, in all of them higher percentages presented in grade III of radiological severity.

DeCS: ARTHRITIS, RHEUMATOID/diagnosis; ARTHRITIS, RHEUMATOID/radiography.

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica que afecta a las articulaciones y produce un cuadro inflamatorio sinovial crónico que puede dar lugar a la destrucción articular y de otros tejidos extrarticulares que tienen en común su origen conjuntivo. No fue hasta 1858 que A.B. Garrod propuso por primera vez el término de esta entidad.¹⁻² (Hernández MA, Reyes LL G, Guibert TM. Impacto de las enfermedades reumáticas sobre la calidad de vida en Cuba. Simposio 1er Congreso Cubano de Reumatología. CIMEQ. Habana; 1996).

Siempre ha constituido un reto el hecho de la estandarización del diagnóstico de las enfermedades reumáticas, y dentro de ellas la AR no constituye una excepción; para ello se establecieron los criterios diagnósticos de esta entidad por el Colegio Americano de Reumatología, modificados en 1987, a los que se les atribuye una sensibilidad que no sobrepasa el 95 %.⁴

El índice radiológico estandarizado de Larsen permite evaluar la severidad de este proceso y es, por tanto, un basamento diagnóstico y pronóstico.⁴⁻⁶ Tanto los clínicos como los radiólogos han enfocado especialmente las manos y las muñecas a causa del compromiso temprano y de las lesiones características de la AR en estos sitios, aunque puede ser afectada cualquier articulación sinovial del cuerpo.^{1, 5} En la práctica diaria se aprecia frecuentemente el diagnóstico tardío de esta entidad, acompañado de lesiones articulares importantes, sobre todo de las articulaciones

de las manos, las que de por sí constituyen una muestra de la severidad de este proceso.^{7, 8} Se comprende, pues, la importancia de relacionar los criterios diagnósticos y la severidad radiológica de la AR, así como los grupos de edades más afectados, el sexo y el color de la piel.

MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo con el objetivo de relacionar los criterios diagnósticos de la AR y la severidad radiológica presente en todos los pacientes diagnosticados en el servicio de medicina interna del hospital provincial Manuel Ascunce Domenech, de Camagüey, durante los años 1996 al 2000. El universo de la investigación estuvo constituido por 33 pacientes mayores de 15 años en cuyas historias clínicas estaban adecuadamente reflejados los criterios diagnósticos de la AR, incluyendo factor reumatoideo y radiografías de las manos. Se excluyeron los fallecidos y los que tenían historias clínicas incompletas.

Los datos recogidos se presentan en cinco tablas, las que se codificaron manualmente y se procesaron en una microcomputadora utilizando el programa estadístico Microstad, el que se usó para obtener distribución de frecuencia, estadística descriptiva y test de hipótesis de proporciones. Se trabajó con el 95 % de confiabilidad. Se utilizó el grado o índice de severidad según criterios radiológicos estandarizados por Larsen.^{4, 8, 9, 15}

Se tomaron en cuenta los criterios de la Asociación Americana de Reumatología (ARA) de 1987;^{9, 10} de los cuales debían presentarse cuatro como mínimo.

Factor Reumatoideo: se realizó mediante prueba de Látex, expresada cualitativamente como positivo o negativo.^{9, 10}

RESULTADOS

Las tablas 1 y 2 reflejan la distribución de los pacientes, según grupo de edades, color de la piel y sexo. Se encontró mayor frecuencia de la AR a partir de los 46 años con el 69,7 % y solamente el 15, 2 % en el grupo de 16 a 35 años; en cuanto al color de la piel predominaron los blancos (57, 57 %) y por último, el sexo femenino agrupó el 90,9 % del universo.

Tabla 1. Distribución según grupo de edades

Grupos de edades	No.	%
16-25	2	6.1
26-35	3	9.1
36-45	5	15.1
46-55	9	27.3
56-65	7	21.2
66 y más	7	21.2
TOTAL	33	100.0

Fuente: Encuesta

Tabla 2. Relación entre sexo y color de la piel

Color de la piel	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		No.	%
	No.	%	No.	%		
Blanca	2	6,06	17	51,51	19	57,57
Negra	1	3,03	8	24,24	9	27,27
Mestiza	-	-	5	15,15	5	15,15
TOTAL	3	9,1	30	90,9	33	100,0

Fuente: Encuesta

Obsérvese en la tabla 3 que el índice radiológico de Larsen más frecuente fue el grado III con el 42, 43 %, seguido por el IV (33, 33 %) y el grado II con el 24, 24 %.

Tabla 3. Distribución según Índice Radiológico de Larsen

Índice radiológico de Larsen	No.	%
Grado II	8	24,24
Grado III	114	42,43
Grado IV	11	33,33
TOTAL	33	100.0

Fuente: Encuesta

En las tablas 4 y 5 se relacionan los criterios diagnósticos de la AR con el grado de severidad radiológica de Larsen; nótese que la rigidez matinal, la bilateralidad y simetría, así como los cambios radiológicos se presentaron en todos los enfermos (100 %), y fue más evidente su presencia en el grado III de Larsen; en cuanto al análisis del resto de los criterios se obtuvo que el factor reumatoideo positivo estuvo presente en el 93,93 % de los pacientes, de los cuales el 42, 43 % tenían un grado III; sin embargo, la artritis de las manos se presentó con igual porcentaje (93, 93 %), aunque con escasa diferencia para los grados III y IV (39, 39 % y 33, 33 %, respectivamente); le siguió la artritis de otras tres áreas articulares (90, 9 %) con un comportamiento similar al anterior, 39,39 % para el grado III y 33, 33 % para el IV. Por último, los nódulos reumatoideos estuvieron presentes en el 45, 45 % de todos los encuestados con una frecuencia igual para los grados III y IV (18, 18 %). Al relacionar estos criterios con la severidad de los cambios radiológicos se obtuvo que ambas variables se hicieron más dependientes estadísticamente a medida que fueron peores los grados de severidad ($p < 0, 05$).

Tabla 4. Comportamiento de los criterios diagnósticos y severidad radiológica de Larsen

Criterios diagnósticos	Grados de Larsen						Total	
	II		III		IV		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Rigidez matinal	8	24,24	14	42,43	11	33,33	33	100
Bilateralidad y simetría	8	24,24	14	42,43	11	33,33	33	100
Cambios radiológicos	8	24,24	14	42,43	11	33,33	33	100

Fuente: Encuesta p<0, 05

Tabla 5. Comportamiento de los criterios diagnósticos y severidad radiológica de Larsen

Criterios diagnósticos	Grados de Larsen						Total	
	II		III		IV		No.	%
	No.	%	No.	%	No.	%		
Artritis de las manos	7	21,21	13	39,39	11	33,33	31	93,93
Factor reumatoideo positivo	6	18,18	14	42,43	11	33,33	31	93,93
Artritis de otras tres áreas	6	18,18	13	39,39	11	33,33	30	90,9
Nódulos reumatoideos	3	9,1	6	18,18	6	18,18	15	45,45

Fuente: Encuesta p<0, 05

DISCUSIÓN

Aunque la AR se presenta en ambos sexos, y a cualquier edad, es más común en las mujeres y a partir de la tercera y sexta décadas de la vida; prevaleciendo lesiones articulares más severas en las mujeres, las que aumentan significativa y proporcionalmente con la edad.^{11, 12} Barker¹³ plantea que las lesiones articulares aumentan proporcionalmente con la edad.

Según Lawrence² todas las razas o colores de piel parecen desarrollar la AR sin distinción, teniendo una prevalencia similar en blancos y negros. Otros autores plantean opiniones similares.¹⁴ En esta investigación se encontró predominio de

blancos, lo que parece estar relacionado con la composición y distribución demográfica de la población cubana.

Larsen ¹⁵ plantea que el estudio radiológico, aunque demuestra el grado de severidad de las lesiones, no tiene utilidad para valorar la actividad de la enfermedad; la caracterización radiológica efectuada por Plant, ¹⁶ basada en el índice de Larsen, se le realizó a 78 pacientes en el Centro de Reumatología de Staffordehiri, Inglaterra. En ella se encontró predominio del grado IV de severidad (26 %) seguido del II (22 %), o sea, que sus resultados indican que el diagnóstico tardío de esta entidad constituye generalmente la regla. Otros autores como Brower ¹¹ plantean que la observación radiológica para uno u otro grado varían porque depende de la experiencia del médico, por lo que se recomienda se hagan en colectivo.

Los criterios diagnósticos de la AR fueron modificados en 1987 por el Colegio Americano de Reumatología, desde entonces se le atribuye una sensibilidad del 91 al 94 %, ⁽³⁾ en algunos estudios locales ha alcanzado el 86 % mostrando los mayores índices la rigidez matinal, la artritis de las manos, la artritis de otras tres áreas articulares, la bilateralidad, simetría y los cambios radiológicos; los de menos sensibilidad fueron los nódulos reumatoideos (33, 33 %) y el factor reumatoideo con el 66, 66 %. Muchos autores ^(17,18) concuerdan en que a medida que son superiores los títulos de factor reumatoideo se ensombrece el pronóstico que empeora las lesiones articulares.

Kin Wei Chan, ¹⁹ de la Universidad de Boston, reporta un estudio realizado por Linos desde 1950 hasta 1974 en 488 pacientes de Rochester, Minnesota; en ellos se demostró que el diagnóstico inicial no se realiza en enfermos con o sin ligeros cambios radiológicos; sin embargo, la sensibilidad diagnóstica aumentó considerablemente a partir del grado III en el que los enfermos indiscutiblemente necesitan atención médica.

CONCLUSIONES

1. Predominaron los enfermos de 46 años y más, con color blanco de la piel y del sexo femenino.
2. El índice radiológico de Larsen grado III fue el más frecuente.
3. La rigidez matinal, la bilateralidad, simetría y los cambios radiológicos se presentaron en la totalidad de los pacientes y se hizo más evidente en el grado III de Larsen.

4. El resto de los criterios diagnósticos: la artritis de las manos, factor reumatoideo y la artritis de otras tres áreas, se presentaron en más del 50 % de los afectados, más evidente en el grado III de Larsen.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mc Carthy J. Artritis. La Habana: Ed. Ciencia y Técnica; 1986.
2. Lawrence JS. Epidemiology of the rheumatic diseases. *Ann Reum Dis.* 1998;10(11):15-20.
3. MacKenbach JP. Socio-economic health differences in the netherlands: a review of a recent empirical finding. *Soc Sci Med.* 1996;34:213-20.
4. Wiglwy RD, Zhory NZ. Rheumatic diseases in China. *J Rheumatol.* 1997;21(8):148-9.
5. Uliet Vieland, Baitenhais NA, Zeben D, Vandenbrouke JP. Sociodemographic factors and the outcome of rheumatoid arthritis in young women. *Ann Rheum Dis.* 1996;53:803-6.
6. Morales Jorres J. Análisis de factores que influyen en la invalidez de los trabajadores con artritis reumatoide. *Rev Mex Reumatol.* 1995;(5):105-204.
7. Martínez Elizonde P. Abordaje diagnóstico y terapéutico de las enfermedades reumáticas. *Rev Dolor.* 1996;(3):9.
8. Wilder R. Epidemiology, pathology and pathogenesis of rheumatoid arthritis. 10 ed. Atlanta: Arthritis Foundation; 1998.
9. Weinblatt ME, Polisson R. The effects of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1996;36(5):17-29.
10. Champion GD. Epidemiology of the rheumatic diseases. *Arthritis Rheum.* 1990;20(2):10-3.
11. Brower AC. Use of the radiograph to measure the course of rheumatoid arthritis: the gold standard vs fool's gold. *Arthritis Rheum.* 1990;33(3):316-24.
12. Stein JH, Hutton JJ, Kohler PO, Orourke RA. *Internal Medicine.* 4ed. St Luis (Missouri): Mosby; 1998.
13. Randol Barker L, Burton JR, Zieve PD. *Principles of ambulatory medicine.* 4ed. Baltimore (Maryland): William and Wilkins; 1996.
14. Braunwald E, Isselbacher KJ; Petersdorf RG, Willson JD. En: Harrison. *Principios de*
15. *Medicina Interna.* 11 ed. México DF: Nueva editorial. Interamericana; 1997.
16. Larsen A. Radiographic evaluation of rheumatoid arthritis. *Acta Radiol Diagn.* 1977;18:418-91.

17. Plant MJ. Prediction of radiographic damage in hands and feet in rheumatoid arthritis by clinical evaluation. Clin Rheumatol. 1994;42(6):481-91.
18. Weilblatt Michael E. The effects of drug therapy on radiographic. Progression of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 1993;36(5):613-17.
19. Fries James F. Measurement of patient outcome in arthritis. Arthritis Rheum. 1980;2233(2):1137-45.
20. Chan KW, Felson DJ, Yood RA, Wakel AM. The lag time between onset of symptoms and diagnosis of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 1996;37(6):814-20.

Recibido: 6 de abril de 2002

Aprobado: 5 de mayo de 2002

Dr. Regino Rodríguez Acosta. Especialista de II grado en Medicina Interna. Hospital Provincial Clínico Quirúrgico Docente Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.