

Diagnóstico

Manifestaciones clínicas

La AR es una enfermedad inflamatoria crónica, de naturaleza autoinmune, caracterizada por la afectación simétrica de múltiples articulaciones diartrodiales y la presentación de diversos síntomas generales inespecíficos y manifestaciones extraarticulares.¹⁻³ Los síntomas articulares más comunes de la AR son dolor, rigidez, hinchazón, tumefacción y sensibilidad anormal y dificultad para mover las articulaciones afectas.^{1,2}

La inflamación persistente puede acabar dañando cartílago, huesos, ligamentos y tendones. La consecuencia será una deformidad progresiva y pérdida de movilidad de las articulaciones afectadas, lo que puede llevar al enfermo a presentar distintos grados de discapacidad funcional. Suelen aparecer dolor y rigidez matutina (siendo éste un dato muy típico cuando se prolonga por más de 1 hora).²

Además, la AR presenta diversos síntomas generales inespecíficos, como cierto malestar, fiebre, pérdida de peso, debilidad muscular, inapetencia y cansancio, y manifestaciones extra-articulares, entre las que se destacan los nódulos reumatoides, vasculitis, glomerulonefritis, pericarditis y pleuritis, entre otras.^{1,2}

La manifestación extra-articular más frecuentes son los nódulos reumatoides (protuberancias duras que suelen aparecer en zonas de presión), en codos, dorso de dedos de manos y pies, área isquiática, parte posterior de la cabeza (cuero cabelludo occipital), en sacro y tendón de Aquiles, aunque también se pueden encontrar en órganos internos.² Estos nódulos se presentan en un 7% en pacientes con AR en etapas iniciales y un 30% de pacientes lo desarrollan en una etapa tardía de la enfermedad aunque, a menudo, desaparecen o involucionan.²

Las manifestaciones y sintomatología de la enfermedad varían entre personas. Incluso, en una misma persona, la gravedad y la duración de los síntomas varían según el momento. Sin embargo, lo más frecuente es que exista un deterioro funcional constante desde el inicio de la enfermedad con alternancia de periodos de exacerbación sintomática (brotos) y periodos de remisión total o parcial.²

Pruebas diagnósticas

El diagnóstico de la AR se debe realizar basándose primero en una historia clínica cuidadosa, seguida de la exploración física, que se verá complementada con pruebas de imagen y de laboratorio.²

Historia clínica

Durante la primera visita, el facultativo toma nota de los datos personales del paciente, como la edad, el sexo y sus ocupaciones habituales; indaga sobre los síntomas y manifestaciones que motivaron la consulta, y recaba información sobre los antecedentes personales y familiares. Esta anamnesis constituye uno de los componentes fundamentales en el diagnóstico de la AR. El interrogatorio puede proporcionar datos muy característicos y valiosos para el diagnóstico de la enfermedad, muy en particular la presencia de dolor y rigidez matutina, sobre todo si se presentan de forma simétrica en las pequeñas articulaciones de manos y pies. La historia clínica debe incluir también la perspectiva del paciente en un amplio espectro de variables- como la evaluación de síntomas (p.e. dolor, rigidez matutina, etc.), el estado de salud y la calidad de vida- información que habitualmente se recoge en cuestionarios genéricos o específicos de la enfermedad.⁴

Exploración física

A continuación, el médico procede a la exploración física del paciente, con especial atención a las articulaciones afectadas para comprobar si están aumentadas de volumen, más calientes de lo normal, y si son dolorosas, pero también investiga la eventual presencia de signos que sugieran la afectación de otras articulaciones o de otras manifestaciones más o menos comunes de la AR, como los nódulos reumatoideos.⁴

Un examen físico pondrá en relieve las evidencias objetivas de articulaciones inflamadas y dolorosas, así como los problemas mecánicos articulares (pérdida de movilidad, crujidos articulares, inestabilidad, alteraciones del alineamiento y/o deformidad).^{5,6}

En este sentido, los denominados índices articulares son métodos validados para evaluar el grado de tumefacción y/o dolor en las articulaciones de los enfermos con AR, mediante el recuento de dichas articulaciones, el más frecuentemente empleado actualmente está basado en 28 articulaciones que se consideran representativas de la totalidad articular.^{3,7}

La exploración física valorará también la rigidez articular, la debilidad muscular y atrofia, así como las manifestaciones extraarticulares como los nódulos reumatoideos entre otras.³

En general, tras el interrogatorio y la exploración física, el reumatólogo ya suele tener la información suficiente para sospechar que las manifestaciones que ha evaluado en el paciente pueden ser provocadas por una AR, aunque no es infrecuente que los síntomas y la exploración física no sean lo suficientemente definidos o característicos. Sea como fuere, para confirmar el diagnóstico el facultativo solicitará algunas pruebas complementarias como son las pruebas de imagen y las de laboratorio.⁴

Pruebas de imagen

La **radiología convencional** es la primera exploración de imagen que se solicita en el estudio de las enfermedades del aparato locomotor. Todas las articulaciones afectadas por la enfermedad presentan características radiológicas comunes como resultado de la inflamación crónica local.³

Las características radiológicas generales, que se observan en aproximadamente el 65% de los pacientes con una evolución de la enfermedad superior a tres meses, son principalmente siete: simetría, tumefacción de partes blandas periarticulares, osteopenia yuxtaarticular, erosiones óseas, pinzamiento uniforme del espacio articular, pseudoquistes óseos, y deformidades e inestabilidades articulares.^{13,14}

La **ecografía** es una modalidad de imagen no invasiva cada vez más empleada por los reumatólogos para optimizar el diagnóstico y tratamiento de sus pacientes. La ecografía aplicada al aparato locomotor incluye el modo B o escala de grises, que aporta información morfológica sobre las estructuras anatómicas y el modo Doppler, el cual detecta el flujo cardiovascular.³

La **resonancia magnética** también ha supuesto un notorio avance en el conocimiento, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades reumáticas, sin embargo es una herramienta cara con un tiempo de exploración largo y todavía poco accesible.³

Pruebas de laboratorio

Un cuadro clínico de AR, de forma general, podría mostrar trombocitosis, anemia, aumento de los reactantes de fase aguda (velocidad de sedimentación globular – VSG-, proteína C reactiva –PCR-), factor reumatoide (FR) y/o anticuerpos contra péptidos citrulinados (ACPA) positivos, y datos bioquímicos habitualmente normales^{4,13}. Sin embargo, muchas veces el cuadro clínico no es tan concluyente.¹³

Hematocrito: en la AR es habitual la presencia de anemia normocrómica y normocítica, típica de los procesos inflamatorios crónicos y que mejora cuando se controla la actividad de la enfermedad.¹³

Recuento de leucocitos: en general, el número de leucocitos aumenta en las infecciones y en algunas enfermedades inflamatorias.¹³

Recuento de plaquetas: el aumento de plaquetas > 400.000 células/ μ l puede aparecer en cualquier proceso inflamatorio intenso y persistente, apareciendo en el 30-50% de los pacientes con AR.³

Velocidad de sedimentación globular (VSG): es un reactante de fase aguda que suele estar aumentado en las personas que padecen un proceso inflamatorio o infeccioso crónico, y por lo tanto, suele estar aumentado en las personas con AR, pudiendo resultar de ayuda en el diagnóstico y el control de esta patología.^{4,13,15}

Proteína C reactiva (PCR): aunque los reactantes de fase aguda no son específicos de la AR, ayudan a su diagnóstico ya que reflejan la presencia e intensidad de un proceso inflamatorio.¹³ Su concentración aumenta rápidamente en los procesos inflamatorios y se normaliza a los pocos días o semanas de cesar la inflamación. También es un parámetro indicador de actividad inflamatoria que refleja la fase aguda de la inflamación.³ La determinación de los niveles de PCR se emplea sobre todo en el seguimiento de la enfermedad y la evaluación de la respuesta al tratamiento, aunque cabe destacar que sus valores son normales en una tercera parte de los pacientes con AR.⁴

Factor reumatoide (FR): son inmunoglobulinas IgM dirigidas contra distintos epítopes localizados en el fragmento Fc de las inmunoglobulinas IgG2 e IgG3 humanas.^{16,17} El FR posee una gran sensibilidad para el diagnóstico de AR (de un 65% a 85%) y las concentraciones elevadas de FR se asocian con formas más graves de enfermedad articular.¹³ Sin embargo, es un marcador de baja especificidad, ya que aunque un 80% de los pacientes con AR presenta concentraciones elevadas en sangre, también pueden detectarse niveles en otros trastornos inflamatorios o infecciosos e, incluso, en población sana, principalmente mayores de 55 años.¹⁶

Anticuerpos contra péptidos citrulinados (ACPA): éstos tienen una sensibilidad para el diagnóstico de la AR superior al FR, además de mayor especificidad (95%)¹, por lo que son actualmente usados como herramienta para el diagnóstico de AR.¹⁸ Esta determinación permite realizar diagnósticos tempranos, a la vez que permite diagnosticar de AR a aquellos pacientes con FR negativo.

Se considera que un paciente: i) FR+ ACPA+, probablemente tenga AR y desarrolle una forma severa de la misma; ii) FR- ACPA+ con síntomas sugerentes de AR, se encuentra en un estadio inicial de su enfermedad; iii) FR+ ACPA-, se deberá discernir si tiene AR u otro trastorno inflamatorio mediante síntomas clínicos; iv) FR- ACPA-, es improbable que tenga AR.¹⁵

Anticuerpos antinucleares: Se detectan en un 10-25% de los pacientes, sobre todo en los seropositivos con FR+ o entre los que padecen síndrome de Sjögren secundario. No se relacionan con la presencia de manifestaciones específicas, aunque al parecer se asocian con una forma de enfermedad más grave.¹³

Líquido sinovial: El análisis de una muestra de líquido sinovial obtenido por artrocentesis puede ser de utilidad para establecer el diagnóstico diferencial con otras artritis (artropatías microcristalinas y sépticas), pero su validez diagnóstica es escasa.¹³

Criterios para la clasificación de AR

En la práctica clínica, se pretende un diagnóstico más temprano de la AR de acuerdo a los criterios establecidos por el Colegio Americano de Reumatología

(*American College of Rheumatology, ACR*) conjuntamente con la Liga Europea Contra el Reumatismo (*European League Against Rheumatism, EULAR*). Los criterios de diagnóstico ACR-EULAR 2010 tratan de aportar un nuevo enfoque que facilite tanto un diagnóstico precoz en las primeras fases de la enfermedad, así como prevenir que los individuos afectados por la enfermedad lleguen a un estadio de enfermedad crónico.¹⁹

Los criterios de clasificación para la AR se aplican a una población que presente, al menos, una articulación con evidencia de sinovitis clínicamente activa (tumefacción) y que dicha sinovitis no pueda explicarse por el padecimiento de otra enfermedad.^{19,20}

Además, estos criterios permiten hacer el diagnóstico en aquellos pacientes que presenten una AR evolucionada siempre que manifiesten daño erosivo típico de AR y/o presenten una enfermedad de larga evolución (activa o inactiva), cuyos datos retrospectivos permitan la clasificación con los criterios establecidos.¹⁹⁻²¹

Los criterios de clasificación para la AR consideran aspectos como la distribución de la afectación articular, la serología del FR y/o anti-ACPA, el aumento de los reactantes de fase aguda y la duración igual o superior a seis semanas (Tabla I).

Se requiere una puntuación ≥ 6 en el sistema descrito en la Tabla I para que un paciente sea clasificado con diagnóstico positivo de AR.¹⁹⁻²²

Afectación articular	
1 articulación grande afectada	0
2-10 articulaciones grandes afectadas	1
1-3 articulaciones pequeñas afectadas	2
4-10 articulaciones pequeñas afectadas	3
> 10 articulaciones pequeñas afectadas	5
Serología	
FR y ACPA negativos	0
FR y/o ACPA positivos bajos (< 3 VN)	2
FR y/o ACPA positivos altos (> 3 VN)	3
Reactantes de fase aguda	
VSG y PCR normales	0
VSG y/o PCR elevadas	1
Duración	
< 6 semanas	0
≥ 6 semanas	1

Tabla I. Criterios para la clasificación de artritis reumatoide 2010 ACR/EULAR. Conjunto de variables y puntuación de cada una de las variables para el cómputo global. Un paciente será clasificado de AR si la suma total es igual o superior a 6. ACPA: anticuerpos contra

péptidos citrulinados; FR: factor reumatoide; PCR: proteína C reactiva; VN: valor normal; VSG: velocidad de sedimentación globular.

Referencias

1. Klareskog L, Catrina AI, Paget S. Rheumatoid arthritis. *Lancet* 2009;**373**(9664):659-72.
2. Lee DM, Weinblatt ME. Rheumatoid arthritis. *Lancet* 2001;**358**(9285):903-11.
3. Manual de la SER de enfermedades reumáticas, 6ª Edición. 2014 Sociedad Española de Reumatología (SER). Editorial Elsevier España, S.L.
4. <http://www.conartritis.org/todo-sobre-artritis/que-es-la-ar/> (último acceso 28 de abril 2016)
5. Batlle-Gualda E, Bernabeua P., Santosa, G., Pascual, E. . Métodos de evaluación clínica en artritis reumatoide. *Rev Clin Esp* 2000;**200**(1):32-38.
6. Salud Md. *Guía Clínica Artritis Reumatoidea*. Santiago, 2007.
7. Freire MG, J. Galdo, F., Atane, A., Blanco, F.J., Fernández, L., Pinto, J.A., Fernández, J.C., Miranda, A., Orebro, N., San Martín, A., Acasuso, M., Rodríguez, F.M. Artritis Reumatoide. *Guías Clínicas* 2004;**39**:1-6.
8. Williams HJ, Ward JR, Reading JC, et al. Low-dose D-penicillamine therapy in rheumatoid arthritis. A controlled, double-blind clinical trial. *Arthritis Rheum* 1983;**26**(5):581-92.
9. Ritchie DM, Boyle JA, McInnes JM, et al. Clinical studies with an articular index for the assessment of joint tenderness in patients with rheumatoid arthritis. *Q J Med*. 1968;**37**(147):393-406.
10. Egger MJ, Huth DA, Ward JR, et al. Reduced joint count indices in the evaluation of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1985;**28**(6):613-9.
11. Thompson PW, Silman AJ, Kirwan JR, et al. Articular indices of joint inflammation in rheumatoid arthritis. Correlation with the acute-phase response. *Arthritis Rheum* 1987;**30**(6):618-23.
12. Fuchs HA, Brooks RH, Callahan LF, et al. A simplified twenty-eight-joint quantitative articular index in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1989;**32**(5):531-7.
13. Lozano JA. Artritis reumatoide (I). Etiopatogenia, sintomatología, diagnóstico y pronóstico. *Offarm* 2001;**20**(8).
14. Salvatierra Rios D, Salvatierra Ossorio J. [Radiology in rheumatoid arthritis]. *Rev Clin Esp* 2000;**200 Monog 1**:76-80.
15. Foundation A. Secondary. <http://espanol.arthritis.org/espanol/la-artritis/tengo-artritis/pruebas-laboratorio/tengo-artritis-pruebas-analisis-sangre/> (último acceso 28 de abril 2016)
16. Jaude AN. Anticuerpos anti-péptido citrulinado cíclico en artritis reumatoide, artritis psoriática y otras enfermedades. *Reumatología* 2007;**23**:142-50.
17. Sanmartí R, Gómez-Puerta, J.A. . Biomarcadores en la artritis reumatoide. *Reumatol Clin* 2011;**6**:525-28.
18. Snir O, Widhe M, Hermansson M, et al. Antibodies to several citrullinated antigens are enriched in the joints of rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Rheum* 2010;**62**(1):44-52.
19. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis* 2010;**69**(9):1580-8.
20. Oliva-Gutiérrez E, Paulina Martínez-Godoy, M., Zapata-Zúñiga, M., Sánchez-Rodríguez, S.H. Artritis Reumatoide: Prevalencia, inmunopatogenia y antígenos relevantes para su diagnóstico. *Archivos de Medicina* 2012;**8**:1-3.
21. Gómez A. Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide *Reumatol Clin* 2011;**6**(3):33-37.
22. Villareal G. Nuevos criterios para el diagnóstico temprano de la artritis reumatoide. *Evid Act Pract Ambul* 2012;**15**(2):76-77.