



¿Qué son las enfermedades reumáticas?

Francisco Abal Ferrer

Médico de Carbayín Alto (Asturias). REAP



Todos sabemos lo que son las enfermedades reumáticas, pero es difícil definir-las. Hay que empezar diciendo que, como tales, no existen; sin embargo, su simple enumeración llenaría todas las páginas de este artículo. El diccionario nos remite a reumatismo cuando buscamos reuma o reuma, que define como «enfermedad que se manifiesta generalmente por inflamación de las articulaciones de las extremidades».

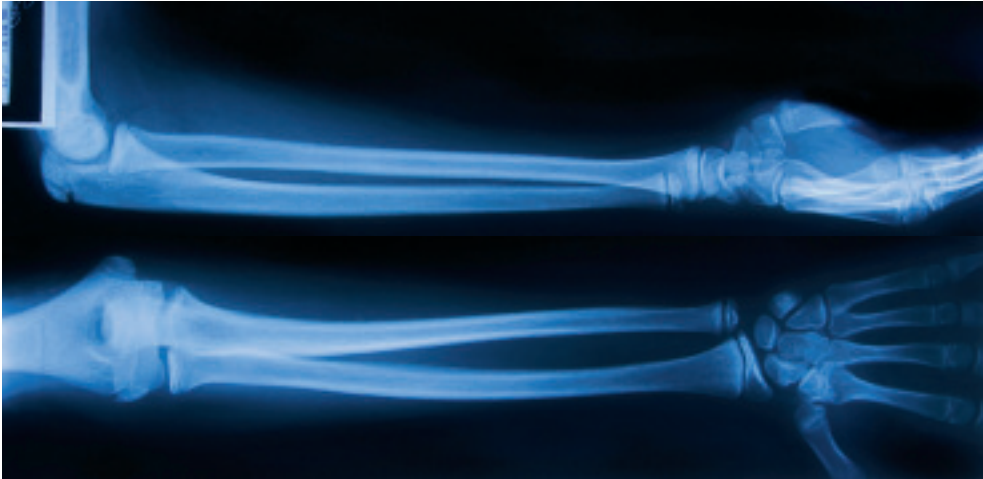
Citaré algunas características comunes o frecuentes, y me centraré en aquellas que son más prevalentes en la consulta de atención primaria.

Si hay que poner un factor común a todas ellas parece que lo lógico sería hablar de dolor como síntoma común, aunque en alguna de ellas no se manifieste. El otro síntoma predominante es la inflamación, pero también hay enfermedades reumáticas que no cursan con inflamación. Podríamos agruparlas por afectación de las articulaciones, y sucede lo mismo, existen procesos enmarcados dentro de la reumatología sin afectación articular, y eso que no se concibe un reumatólogo sin antiinflamatorios.

Tampoco disponemos de pruebas diagnósticas comunes. La analítica aporta información indirecta sobre procesos inflamatorios y las llamadas pruebas reumáticas, principalmente el factor reumatoide (FR) y la proteína C reactiva (PCR), en que no hay una buena relación entre la actividad del proceso, la incapacidad que produce y el valor de estas pruebas.

Con la radiología tampoco hay una buena concordancia entre síntomas y alteraciones radiológicas; podemos encontrarnos un enfermo asintomático con una grave afectación radiológica, y viceversa.

© MARCELO WAIN



«Los síntomas predominantes de la artritis son el dolor, la rigidez, la deformación y la incapacidad»

Otra controversia es el campo que ocupan: ¿traumatología o reumatología? Aquí diferenciamos el campo de la traumatología como el quirúrgico de los procesos reumáticos, o el producido por agentes externos como accidentes, incluyendo en esta especialidad también la ortopedia. La reumatología está próxima a la medicina interna, al ámbito médico de la medicina, en contraposición al quirúrgico.

Pese a las excepciones, trataré el tema en relación con el dolor, la inflamación y la patología articular.

La articulación normal

Las articulaciones son las uniones entre varios huesos. Pueden ser móviles, como el codo o la rodilla, o rígidas, como el sacro o el cráneo. También pueden estar unidas a través de un cartílago, como las costillas y el esternón. Cuando son móviles, precisan de estructuras que amortigüen el roce entre los huesos que las componen y faciliten el movimiento manteniendo la unión y la separación, y para ello están la sinovia, la cápsula articular, los ligamentos y el cartílago, entre otros.

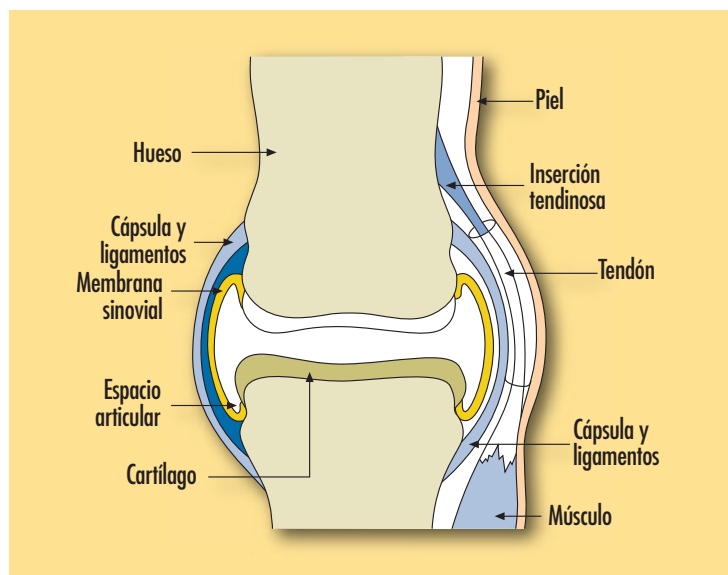
Artrosis

Es la enfermedad reumática más frecuente. La base de la artrosis es la afectación del cartílago articular, con su desgaste y su formación ósea en los extremos articulares.

La mayoría de las artrosis son idiopáticas y otras son secundarias a enfermedades metabólicas, inflamatorias, alteraciones anatómicas o pequeños traumatismos

repetidos sobre la articulación. De todas formas, hay algunos factores predisponentes, como la obesidad, que influye en las articulaciones de carga como la rodilla o la cadera, el sexo, que hace que predomine en unas u otras articulaciones, y factores genéticos.

Sus síntomas predominantes son el dolor, la rigidez, la deformación y la incapacidad. El dolor tiene características mecánicas, es decir, aumenta con el movimiento y cede con el reposo. La rigidez se produce al inicio del movimiento tras un periodo de reposo, tiene una duración de minutos, en contraposición con la artritis inflamatoria, que puede superar la hora. Hay lesiones con de-



Tomado de <http://www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/Folletos/01.pdf>.



formaciones características como son los nódulos interfalángicos proximales y distales de las manos, descritas hace más de 100 años por Bouchard y Heberden, respectivamente. Hay también síntomas específicos que dependen de la articulación que afecta. Así, en el caso de lesiones en las articulaciones de la columna vertebral, nos podemos encontrar con radiculopatías por afectación de la raíz nerviosa.

El diagnóstico se realiza por los síntomas y por la radiología. No existen pruebas de laboratorio específicas. La radiología tiene mala concordancia con los síntomas, ya que puede haber mucha alteración radiológica en personas asintomáticas y enfermos graves que prácticamente no experimentan cambios en la radiografía. Está claro que duelen las articulaciones, no las radiografías.

La prevención primaria no es posible porque no se conocen las causas en la mayoría de los casos. El objetivo del tratamiento es aliviar el dolor para que la articulación pueda mantener su movilidad y así evitar su anquilosamiento. Hay que romper el círculo dolor e inmovilidad.

El tratamiento recomendado es el paracetamol en dosis de hasta 4 g al día. En la práctica, se usa y abusa de los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), pese a que hay pruebas suficientes de que no superan al paracetamol en el objetivo de calmar el

dolor, pero con muchos más efectos adversos, principalmente gastrointestinales y renales. Es frecuente que se acompañe de componente inflamatorio, que se beneficiaría del uso de AINE en esas fases. Cuando el dolor no se controla, se debe subir el escalón de la analgesia.

Hay posibilidades quirúrgicas que se emplean principalmente en cadera y rodillas.

Artritis reumatoide

Es la enfermedad reumática inflamatoria más característica. En ella encontramos una afectación simétrica de las articulaciones, crónica, con dolor, inflamación, rigidez e incapacidad funcional, progresiva y con tendencia a la deformidad y afectación de la sinovial articular, y cuya etiología es autoinmune.

Su prevalencia se estima entre 5 y 10 por cada mil personas, suele comenzar en la edad adulta y su frecuencia es tres veces superior en la mujer que en el hombre.

El diagnóstico es clínico y se basa en los criterios del Colegio Americano de Reumatología (ACR) de 1987¹. Según estos criterios, el diagnóstico de artritis reumatoide (AR) requiere la constatación de al menos cuatro de las siguientes manifestaciones:

- Rigidez matutina de más de una hora de duración antes de la mejoría máxima, durante al menos 6 semanas consecutivas.
- Tumefacción articular o derrame articular durante al menos 6 semanas consecutivas, de tres o más de las siguientes áreas articulares del lado derecho o izquierdo: interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF), muñeca, codo, rodilla, tobillo y metatarsfalángicas (MTF). Por ejemplo, la afectación de ambos tobillos se contabiliza como la afectación de dos áreas articulares.
- Tumefacción articular o derrame articular en muñeca, MCF o IFP durante al menos 6 semanas consecutivas.
- Tumefacción articular o derrame articular simétricos (lado derecho e izquierdo) de las articulaciones referidas en el punto 2, durante al menos 6 semanas consecutivas.
- Nódulos subcutáneos en zonas de prominencia ósea, superficies extensoras o regiones yuxtarticulares.



«La prevalencia de la artritis reumatoide se estima entre 5 y 10 por cada mil personas y su frecuencia es tres veces superior en la mujer que en el hombre»

- Presencia de factor reumatoide (FR) en suero, detectado por un método que sea positivo en menos del 5% de la población control.
- Evidencia radiográfica en las manos o en las muñecas de erosiones articulares u osteopenia en o alrededor de las articulaciones afectadas.

El signo radiológico más característico es la erosión del hueso cortical subcondral.

El tratamiento hay que hacerlo de forma general, pues es una enfermedad grave y progresiva que, con frecuencia, provoca también lesiones extrarticulares: cardíacas, oftálmicas, pulmonares, hematológicas y vasculares, entre otras. También hay que abordarlo desde un punto de vista multidisciplinario, con reumatología y atención primaria; es frecuente que se precise asistencia psicológica y social. Su finalidad es aliviar los síntomas y ralentizar la progresión de la enfermedad. No contamos con medidas de prevención primaria, pues no podemos actuar sobre su causa. El uso de AINE es sintomático, no afecta a la evolución de la enfermedad y

requerirá fases de reposo y un plan de actividad para evitar el anquilosamiento. Es más fácil remitir los signos inflamatorios que la incapacidad.

Espondilitis anquilosante

Es una enfermedad inflamatoria y crónica que afecta, fundamentalmente, a las articulaciones de las vértebras y a las sacroiliacas. Su prevalencia es de 5 a 10 por cada mil habitantes y sus síntomas iniciales afectan habitualmente a personas jóvenes. También es progresiva y tiende a la incapacidad.

Su etiología es multifactorial y se asocia con un antígeno de la histocompatibilidad HLA B27, lo que no significa que un HLA B27 positivo suponga tener una espondilitis anquilosante. Parece que afecta por igual a ambos sexos, aunque antes se decía que era más frecuente en varones. La mujer tiene una afectación más leve y en articulaciones más periféricas.

La afectación radiológica más precoz muestra un borramiento de la articulación sacroiliaca que corresponde a una sacroileítis.

La base del tratamiento es mantener la movilidad porque en esta enfermedad, más que en otras, la anquilosis es una característica común. Hay que hacer una rehabilitación sencilla pero permanente, realizando ejercicios específicos y ejercicios respiratorios para fortalecer la espalda y evitar la rigidez y la pérdida de movilidad de la columna vertebral. El tratamiento debe ser lo más precoz posible y los AINE son precisos para mantener la movilidad.

Artritis por depósito de cristales

La entidad más frecuente es la artropatía por depósito de ácido úrico: la gota.

El ácido úrico está en la sangre como consecuencia de un aporte exógeno, por las purinas de la dieta, y de otro endógeno, por síntesis de nucleótidos de purina o por disminución de su excreción renal, que es el mecanismo más frecuente. Se estima que el 5% de la población masculina tiene elevado el nivel sérico de ácido úrico, en contraposición con el 0,5% de la población femenina. Sobre un 20% de los que presentan el ácido úrico elevado presentarán un ataque de gota, pero sólo el 50% de éstos sufrirá un segundo ataque. Por ello, se defiende no

seguir tratamiento hasta que no se haya pasado por la segunda crisis gotosa.

Hay que diferenciar la hiperuricemia y la gota. La primera es asintomática y está relacionada con la segunda. Personas con niveles altos de ácido úrico nunca tendrán una crisis gotosa y otras con clínica de gota presentarán cifras normales de ácido úrico. La hiperuricemia facilita la gota y la formación de cálculos renales de ácido úrico.

En la enfermedad gotosa, se distingue un periodo de crisis y otro de intercrisis. La crisis gotosa típica se caracteriza por dolor importante y tumefacción de la articulación afectada que, con frecuencia, es la primera metatarsfalángica, constituyendo la podagra. Puede afectar a cualquier articulación y, en el 10% de los casos, a varias articulaciones a la vez. El dolor es intenso e incapacitante, molesta el peso de la sábana encima de la articulación, e incluso las vibraciones de los acompañantes cuando pisan en el suelo. La crisis es autolimitada en el tiempo, aunque con cada nuevo episodio va aumentando su duración y puede llegar a presentar molestia crónica menos intensa: la gota intercrítica. También puede haber ataques agudos fuera de las articulaciones como en bolsas serosas o tendones.

El objetivo del tratamiento es prevenir la aparición de las complicaciones de la hiperuricemia llevando el ácido úrico a un nivel normal. El control exógeno mediante una dieta pobre en purinas es poco eficaz, pues se compensa con una menor excreción y un mayor aporte endógeno. En aquellos pacientes con claros desencadenantes de crisis (los mariscos y el alcohol), hay que evitarlos. También las comidas copiosas y los periodos de ayuno.

Durante la crisis, hay que aliviar el dolor y la inflamación, pues va produciendo lesiones crónicas en la articulación. Hay un antiinflamatorio específico para la gota: la colchicina, habitualmente eficaz en pocas horas, que suele asociarse a otros AINE, principalmente indometacina o diclofenaco.

Para reducir el ácido úrico se usa el alopurinol, en dosis de 300 mg, en ayunas. El inicio del tratamiento debe acompañarse de colchicina, para evitar que la movili-

ción del ácido úrico circulante se deposite en las articulaciones.

Dolor de espalda

La dorsalgia y la lumbalgia son dolencias muy comunes. Se estima que el 80% de la población tiene o ha tenido dolor de espalda, en el 90% de los casos se trata de cuadros inespecíficos, autolimitados en el tiempo, a veces secundarios a esfuerzos o posturas, de características mecánicas, que duelen más con la actividad. Es la segunda causa de dolor tras el dolor de cabeza, pero origina mucha más demanda sanitaria y absentismo laboral.

El paciente empieza un peregrinar buscado una causa específica que no se va a encontrar en el 90% de los casos. Esta demanda unida al absentismo hace que el dolor de espalda sea una de las enfermedades más costosas. El problema se agrava con la realización de pruebas de imagen innecesarias, con su coste, su demora y su yatrogenia. Con cierta frecuencia, aparecen hernias o protusiones que relacionamos con el dolor, pero encontramos las mismas hernias y protusiones en personas asintomáticas y en ese mismo paciente cuando también está libre de síntomas. Volvemos a lo dicho para la artrosis: duele la espalda, no la resonancia ni la radiografía. Hay poca concordancia con lo que vemos y el dolor que presentan nuestros pacientes.

En determinados casos, se producen signos de alarma que obligan a completar los estudios, con clara sospecha de enfermedad primaria como causante del dolor de espalda. Entre ellos, la asociación de síntomas urinarios, signos de afectación de cola de caballo, dolor de características inflamatorias, alteración neurológica o localización específica del dolor.

El tratamiento es sintomático, con analgésicos, miorelajantes, fisioterapia y termoterapia en caso de contracturas. La inactividad no favorece la curación y alarga el proceso, por lo que debe desaconsejarse, salvo en los primeros días en que el dolor puede ser grave e invalidante. Hay pruebas de que el reposo en cama es menos eficaz que cualquier otra alternativa terapéutica, no debe recomendarse y debería estar limitado a los pocos días en

«El dolor de espalda es la segunda causa de dolor tras el de cabeza, pero origina mucha más demanda sanitaria y absentismo laboral»



«La osteoporosis no puede considerarse una enfermedad reumática y existe controversia sobre si realmente es una enfermedad»

los que el paciente normalmente tiene dolor grave al moverse (en general menos de 4)².

Osteoporosis

No podemos considerarla una enfermedad reumática y existe controversia sobre si realmente es una enfermedad. Como tal, la osteoporosis nos habla de hueso poroso, lo que no significa necesariamente que sea más frágil.

Así como en la gota se diferenciaba el ácido úrico de la gota, aquí hay que diferenciar tres conceptos: la osteoporosis, la densidad mineral ósea y las fracturas.

La osteoporosis no duele, es asintomática, se trata de un concepto densitométrico que se halla según la desviación de masa ósea en relación con la población normal para su edad y sexo. La densitometría mide la densidad mineral ósea. Hay signos radiológicos que pueden orientar a la osteopenia y a la osteoporosis. La resonancia ayuda a definir mejor la osteoporosis, pero por el momento no se puede generalizar su uso. Cuando existe osteoporosis encontra-

mos un mayor riesgo de fracturas, pero se observan fracturas en huesos con densitometría normal. Ciertas caídas, que «merecían» una fractura en huesos osteoporóticos, salen indemnes del traumatismo.

En caso de fracturas previas por traumatismos mínimos, que podríamos considerar patológicas, podría estar indicado un tratamiento que disminuyese el riesgo de una segunda fractura.

El objetivo principal del tratamiento es disminuir las fracturas vertebrales y de cadera; las primeras por su incapacidad y dolor, y las segundas por su alta mortalidad, que ronda el 15% en el primer año tras la fractura.

Fibromialgia

Si en el caso de la osteoporosis existen controversias, con la fibromialgia mucho más. No se han encontrado bases anatómicas que sustenten esta enfermedad y su diagnóstico es clínico y por exclusión de otros procesos. Hay un dolor no articular generalizado, como si el umbral de tolerancia al dolor estuviese muy bajo; al paciente le duele llevar a cabo tareas habituales, además de persistir la fatiga crónica. No hay pérdida de fuerza, aunque sí una sensación subjetiva de menos fuerza. En los pacientes con fibromialgia, se encuentran múltiples puntos sensibles a la presión y en zonas musculares específicas cuya exploración contribuye al diagnóstico clínico.

No se conoce su causa, es más frecuente en mujeres de mediana edad y afecta entre el 1 y el 3% de la población. Se asocia con trastornos del sueño, con acontecimientos vitales y síndrome depresivo.

No existe un tratamiento específico ni curativo de la fibromialgia. Se debe tranquilizar al paciente y explicarle su enfermedad. Algunos medicamentos, como la amitriptilina han demostrado mejorar los síntomas. Los analgésicos pueden ayudar a controlar el dolor. ■

Bibliografía

1. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Coper NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1988; 31: 315-324.
2. Guías Clínicas 2002; 2(15). Lumbalgia. <http://www.fis-terra.com/guias2/lumbalgia.asp>.