

Por qué no puede ser una artritis reumatoide

Sr. Director: Hemos leído con interés y sorpresa el artículo publicado recientemente por López-Marina y Pizarro titulado "Artritis Reumatoide monoarticular: a propósito de un caso"¹. El caso clínico que se presenta es el de un varón de 77 años con un único episodio de monoartritis aguda de tobillo autolimitada. Por tanto, independientemente de los resultados de los análisis realizados, ante esa situación clínica nunca se podrá realizar el diagnóstico de artritis reumatoide (AR). Como muy bien incluyen los autores, la American College of Rheumatology (ACR) en 1987 propuso una tabla de 7 criterios de clasificación, la mayoría de ellos clínicos, siendo necesaria la presencia de 4 o más para realizar el diagnóstico de AR². La existencia de artritis simétrica afectando a las articulaciones de las manos, y en 3 o más áreas articulares simultáneas, junto con la existencia de rigidez matutina tiene que estar presente al menos durante 6 semanas.

La AR es por definición una poliartrosis crónica de afectación característica de pequeñas articulaciones independientemente de que en un pequeño porcentaje de casos la presentación inicial sea monoarticular. No se podrá realizar el diagnóstico de AR hasta que no se inflamen de forma crónica más áreas articulares. La existencia de un factor reumatoide (FR) positivo tiene valor en el contexto de la clínica, pero su positividad *per se* no permite realizar el diagnóstico de AR. Es interesante recordar que el FR puede ser positivo en otras enfermedades autoinmunes, inflamatorias, infecciosas y neoplásicas, así como que en un 5% de personas sanas, fundamentalmente ancianos (como el paciente descrito), pueden tener un FR positivo a títulos bajos³.

Ante la existencia de una artritis aguda es imperativo la realización de una artrocentesis en el momento mismo que se explora al paciente, pues es obligado el estudio del líquido sinovial, con el objetivo fundamental de descartar la existencia de un proceso infeccioso, situación que puede llegar a comprometer la vida del sujeto, sobre todo si se trata de un persona anciana y/o con otros factores de riesgo. La causa más frecuente de monoartritis aguda en personas mayores es la de origen microcristalino. El hecho de que no se objetivaran cristales en el líquido sinovial no descarta esta entidad, pues en ocasiones los cristales son escasos y requieren una búsqueda cuidadosa, precisando incluso la centrifugación de la muestra⁴.

Como es habitual en la práctica médica debe primar el empleo racional de recursos diagnósticos; la petición de determinados estudios (HLA-B27, complemento, análisis de orina, Mantoux, gammagrafía ósea, etc.) tienen su indi-

cación en el contexto clínico adecuado, pero no en una monoartritis aguda.

L. PANTOJA ZARZA, V. PINILLOS ARANSAY, J. ORTIZ DE SARACHO Y BOBO Y *L. A. RODRÍGUEZ ARROYO.
Unidad Reumatología. Servicio de Medicina Interna y *Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital del Bierzo. Ponferrada. León.

BIBLIOGRAFÍA

1. López-Marina V, Pizarro Romero G. Artritis Reumatoide monoarticular: a propósito de un caso. SEMERGEN 2001;27:387-90.
2. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, Mc Shane DJ, Fries JF, Coopers NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1988;31:315-24.
3. Sanz I. Significado clínico de los Autoanticuerpos. ANA, ANCA y Factor Reumatoide. En: Pascual E, Rodríguez Valverde V, Carbonell J y Gómez-Reino J, editores. Tratado de Reumatología. 1ª edición. Madrid: ARAN; 1998.p.303-41.
4. Pantoja L. Diagnóstico de una monoartritis. Formación Interactiva en Reumatología. Disponible en: <http://www.upsa-dolor.org>

Por qué es una artritis reumatoide monoarticular

Sr. Director: Hemos leído con atención e interés el artículo de Pantoja Zarza, Pinillos Aransay, Ortiz de Saracho y Bobo y Rodríguez Arroyo¹ que replica nuestro trabajo sobre un caso de artritis reumatoide monoarticular². A continuación intentaremos comentar los puntos en los que no estamos de acuerdo con ellos.

Al igual que Moreno Gallego y Montaña Alonso³ afirman que no es una artritis reumatoide porque no cumple los 7 criterios del Colegio Americano de Reumatología de 1987. Debemos recordar que esta patología puede manifestarse inicialmente de forma monoarticular, ya sea con un curso agudo (menos frecuente) o con un curso más insidioso (más frecuente), y con el paso del tiempo puede generalizarse hasta en un 90% de los casos⁴⁻⁷. No obstante, un 10% de los casos de artritis reumatoide monoarticular remiten totalmente, sobre todo durante el primer año⁷, como en nuestro caso clínico⁸.

Pantoja Zarza et al exponen que no son necesarios ciertos estudios que se realizaron como el HLA-B27, complemento, análisis de orina, Mantoux, gammagrafía ósea, etc. Nosotros pensamos que son pruebas complementarias imprescindibles, tanto como para descartar algunas patologías como para establecer el diagnóstico definitivo.

La clínica de artritis, la seropositividad del factor reumatoide, las características inflamatorias del líquido sinovial con factor reumatoide elevado, fracción del complemento disminuida e inmunocomplejos aumentados en líquido sinovial y en sangre, nos lleva a realizar el diag-