

## 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"<sup>1</sup>. 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 AR<sup>2</sup>. 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 bajos<sup>3</sup>.

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 muestra<sup>4</sup>.

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 Arroyo<sup>1</sup> que replica nuestro trabajo sobre un caso de artritis reumatoide monoarticular<sup>2</sup>. A continuación intentaremos comentar los puntos en los que no estamos de acuerdo con ellos.

Al igual que Moreno Gallego y Montaña Alonso<sup>3</sup> 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 casos<sup>4-7</sup>. No obstante, un 10% de los casos de artritis reumatoide monoarticular remiten totalmente, sobre todo durante el primer año<sup>7</sup>, como en nuestro caso clínico<sup>8</sup>.

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-

nóstico de artritis reumatoide monoarticular al descartar otros procesos patológicos. Dado que el paciente no tiene antecedentes de hiperuricemia ni la presenta actualmente, y que no hay cristales en el estudio del líquido sinovial, nos permite desestimar el diagnóstico de monoartritis microcristalina, ya que no creemos necesaria la centrifugación de la muestra debido a la poca probabilidad que hay de que esta artritis sea microcristalina.

Estamos de acuerdo en que ante una monoartritis aguda se debe hacer una artrocentesis lo más precoz posible, pero el hecho de que el paciente presente un estado general muy bueno y que permanezca afebril nos permite poner un poco en duda la etiología infecciosa que es la que puede llegar a comprometer la vida del individuo, por lo que la podemos posponer. Decir también que la sobrecarga asistencial a la que nos vemos sometidos los médicos de Atención Primaria, donde en una cita previa el tiempo de visita es de 6 minutos, no nos permite hacer milagros y procesos patológicos o intervenciones que requieren más tiempo, como por ejemplo la realización de una artrocentesis, los debemos posponer a cita programada donde ya tenemos 15 minutos de consulta.

V. LÓPEZ-MARINA Y G. PIZARRO ROMERO

Área Básica de Salud Badalona 6-Llefià (Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria del Barcelonés Nord-Maresme). Barcelona.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Pantoja Zarza L, Pinillos Aransay V, Ortiz de Saracho y Bobo J, Rodríguez Arroyo LA. Por qué no puede ser una artritis reumatoide. *Semergen* 2002;28.
2. López-Marina V, Pizarro Romero G. Artritis reumatoide monoarticular: a propósito de un caso. *Semergen* 2001;27:387-90.
3. Moreno Gallego I, Montañó Alonso A. Acerca del diagnóstico de la artritis reumatoide en atención primaria. *Semergen* 2001;27:547.
4. Gijón BJ, Martín ME. Biblioteca de reumatología. Artritis reumatoide. Madrid: Grupo Aula Médica, 1993.p.1-39.
5. Roig ED. Reumatología en la consulta diaria (2ª. ed). Barcelona: Espaxs S.A.;1997.p.129-38.
6. Lipsky EP. Artritis reumatoide. En: Harrison, editor. Principios de medicina interna (13ª. ed). Madrid: McGraw-Hill-Interamericana de España;1994.p.1895-904.
7. Roig ED. Enfermedades difusas del tejido conjuntivo. Artritis reumatoide. En: Farreras-Rozman, editor. Medicina interna (12ª. ed). Barcelona: Ediciones Doyma S.A., 1992.p.983-93.
8. López-Marina V, Pizarro Romero G. Controversias sobre el diagnóstico de artritis reumatoide monoarticular en Atención Primaria. *Semergen* 2001;27:548.

## Quando el familiar de edad sufre una fractura. Experiencias desafiantes para el cuidado en Nuevo León (México).

**Sr Director:** Con el proceso de envejecimiento irreversible, primariamente iniciado en los países industrializados y después en los menos avanzados, la producción científica en el campo de la Gerontología Social se ha incremen-

tado conjuntamente con el interés por el sistema de cuidado de largo plazo y sus implicaciones.

El sistema informal de cuidado, el cual refiere a la atención que se da por parte de familiares y amistades, se encuentra cada vez más en una posición de proveedor mayor de servicios a las personas de edad avanzada que necesitan de cuidado a largo plazo, lo cual conlleva a una percepción legítima de que este sistema es una extensión de la Enfermería. Con la tendencia a la desinstitucionalización de los pacientes crónicos y responsabilización de los familiares, esta realidad se arraiga.

En las dos últimas décadas se lograron avances importantes en el conocimiento del cuidado familiar, que permitieron establecer una tipología de esta forma de cuidado en 5 categorías: cuidado anticipatorio, preventivo, supervisorio, instrumental y protectorio. También valoran la intensidad y duración de las actividades que se realizan, junto con las tensiones de tipo emocional, financiero, físico y familiar que acompañan los esfuerzos inherentes al cuidado<sup>1-3</sup>.

En cuanto a las consecuencias del cuidado, aspecto atractivo de las investigaciones sociales, varios estudios de corte explicativo enfocan la propensión de los cuidadores a iniciar y mantener el rol de cuidador a través de la reciprocidad, afecto, obligación filial y cariño. Sugieren que la suma de involucramientos en el cuidado en conjunto, con ausencia de consecuencias negativas, se debe a los sentimientos de afecto, mientras el involucramiento en el cuidado tiene que ver con la reciprocidad<sup>4-6</sup>.

Cuando el soporte en los familiares se examina en términos de género, el impacto del cuidado a largo plazo en la salud y bienestar de las mujeres que cuidan a un familiar de edad avanzada dependiente, constituye un punto que llama la atención. En los Estados Unidos de América, por ejemplo, se ha estimado que la mujer en promedio dedicará 18 años de su vida al cuidado de personas de edad. Aunado a lo anterior, la mujer se encuentra en una generación «sandwich» que la lleva a cuidar simultáneamente a sus niños y familiares mayores, ello como consecuencia de matrimonios y embarazos tardíos<sup>7</sup>.

En México como en muchos países donde se observa una mayor esperanza de vida en las mujeres y un mayor desempeño femenino en el cuidado familiar, se requiere conocer y reconocer las experiencias de las mujeres al respecto. En este estudio se intenta hacer una contribución, a través de los esfuerzos de investigación respecto de la atención familiar a las personas de edad en el estado de Nuevo León, donde se abordan las caídas y fracturas en edad avanzada, las relaciones familiares intergeneracionales y el estrés del cuidador.

Los objetivos que nos propusimos en este trabajo fueron resaltar las realidades del cuidado familiar en circunstancias de cambio repentino en un pariente de edad avanzada y documentar sus implicaciones a partir de un caso de fractura de cadera en una anciana de una zona rural del estado.

Este estudio de caso se basa en datos primarios generados en el marco de un trabajo de campo en un municipio