

Controversias sobre el diagnóstico de artritis reumatoide monoarticular en atención primaria.

Sr. Director: Hemos leído con mucha atención el artículo de Moreno Gallego y Montaña Alonso¹ como réplica a nuestro trabajo sobre un caso de artritis reumatoide monoarticular², del cual vamos a comentar algunos aspectos a continuación.

Que nuestro paciente no cumpla los criterios de artritis reumatoide del Colegio Americano de Reumatología de 1987 no es óbice para que no la pueda desarrollar, puesto que en algunas ocasiones inicia monoarticularmente, ya sea de manera aguda (menos frecuente) o más insidiosa (más frecuente), y con el paso del tiempo se puede generalizar hasta en un 90% de los casos³⁻⁶.

Dentro del diagnóstico diferencial no incluimos la distrofia simpaticorrepleja por la falta de un traumatismo previo (causa más frecuente de DSR), ni la existencia de hiperestesia cutánea ni de hiperhidrosis, por tener un líquido sinovial inflamatorio con moderada celularidad y por las alteraciones analíticas. El dolor en la DSR no suele calmar con AINE, pero sí con calcitonina o con bloqueo simpático⁷.

Actualmente se utilizan las técnicas de nefelometría y ELISA (*enzyme-linked immunosorbent assay*) para la determinación del factor reumatoide, siendo la primera la que más se utiliza con resultados de sensibilidad y especificidad equivalentes⁸. Nosotros utilizamos la nefelometría, donde los valores normales son < 12 UI/ml.

Pensamos que nuestro caso corresponde a una artritis reumatoide monoarticular por 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. Creemos que es innecesario un cultivo de Lowenstein para descartar una tuberculosis articular teniendo un PPD negativo y radiografía de tórax normal si no hay una razonable sospecha de infección tuberculosa. Somos de la opinión de que los hallazgos radiológicos pueden corresponderse con una artritis reumatoide incipiente por la osteoporosis existente, a pesar de que no sea exclusivamente yuxtaarticular ni existan erosiones³. La gammagrafía ósea, a pesar de ser poco específica, potencia el diagnóstico de artritis si va acompañada de una clínica compatible, como en nuestro caso clínico⁵.

Comparar la morbimortalidad de la artritis reumatoide con la enfermedad de Hodgkin y con la cardiopatía is-

quémica multivaso es un poco exagerado, a pesar de que es elevada. No estamos de acuerdo con iniciar el tratamiento modificador de la enfermedad (metotrexato, ciclosporina A, leflunomida, anti-TNF, etc.) en los primeros años de evolución, ya que estos fármacos no están exentos de importantes efectos indeseables (hepatotoxicidad, nefrotoxicidad, discrasias sanguíneas por depresión medular, osteoporosis, alteraciones gastrointestinales, etc.), lo cual hace que la relación beneficio-riesgo se incline hacia el segundo. Además, este tipo de tratamientos implica la derivación a nivel especializado del paciente, actitud que no creemos necesaria mientras que la evolución sea satisfactoria con medidas generales y fármacos de utilización frecuente en atención primaria (analgésicos, AINE, glucocorticoides).

Tras un año de evolución, nuestro paciente permanece asintomático, hecho que nos permite catalogar aquel episodio como una monoartritis reumatoide aguda que ha remitido totalmente, ya que un 10% de los casos monoarticulares remiten totalmente sobre todo durante el primer año⁶.

Por último, expresar que nos ha sido muy grato el contemplar la controversia surgida sobre el diagnóstico y planteamiento terapéutico de la artritis reumatoide en atención primaria. Cualquier crítica o discusión sobre un tema enriquece considerablemente a éste, por lo que probablemente el conocimiento sobre la artritis reumatoide en atención primaria ha salido muy beneficiado por todos los comentarios realizados.

V. LÓPEZ-MARINA y G. PIZARRO ROMERO

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

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreno Gallego I, Montaña Alonso A. Acerca del diagnóstico de la artritis reumatoide en atención primaria. *Semergen* 2001; 27: 537.
2. López-Marina V, Pizarro Romero G. Artritis reumatoide monoarticular: a propósito de un caso. *Semergen* 2001; 27: 387-390.
3. Gijón BJ, Martín ME. Biblioteca de reumatología. Artritis reumatoide. Madrid: Grupo Aula Médica, 1993; 1-39.
4. Roig ED. Reumatología en la consulta diaria. (2.ª ed.). Barcelona: Espaxs S.A., 1997; 129-138.
5. Lipsky EP. Artritis reumatoide. En: Harrison, editor. Principios de medicina interna. (13.ª ed.). Madrid: McGrawHill-Interamericana de España, 1994; 1895-1904.
6. Roig ED. Enfermedades difusas del tejido conjuntivo. Artritis reumatoide. En: Farreras-Rozman, editor. Medicina interna. (12.ª ed.). Barcelona: Ediciones Doyma S.A., 1992; 983-993.
7. Papiol M, Queralt M, Jorba E. Distrofia simpaticoreflexa. Butlletí de la Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària. Barcelona: Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitària, 2001; 19-20.
8. Swedler W, Wallman J, Froelich CJ, Teodorescu M. Routine measurement of IgM, IgG and IgA rheumatoid factors: high sensitivity, specificity and predictive value for rheumatoid arthritis. *J Rheumatology* 1997; 24: 1037-1044.