

ARTRITIS REUMATOIDE CON INTENSA AFECTACIÓN CARPIANA

C. BORDOY FERRER, M. PORTILLO RUIZ, J.R. DOMENECH PASCUAL,
C. SÁNCHEZ HERMOSA, I. GONZÁLEZ Y B. PÉREZ VILLACASTÍN

SERVICIO DE RADIODIAGNÓSTICO.
FUNDACIÓN JIMÉNEZ DÍAZ. MADRID.



Figura 1. Radiografía anteroposterior de manos (1991): no se observan alteraciones en los huesos del carpo ni en articulaciones interfalángicas.



Figura 2. Radiografía anteroposterior de manos (2000): intensa afectación de ambos carpos con múltiples erosiones que afectan a todos los compartimentos del carpo. Llama la atención la escasa afectación de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas.

Se presenta el caso de una mujer de 45 años de edad sin antecedentes personales de interés que presenta dolor de varios años de evolución en manos, rodillas y hombros, de ritmo inflamatorio, acompañado de rigidez matutina y astenia. En la exploración física destaca la presencia de signos flogóticos en ambas muñecas, y en la analítica: factor reumatoide 197, velocidad de sedimentación globular (VSG) 44, hemoglobina 13, plaquetas 193.000 y el resto de la analítica normal. Se realiza radiografía anteroposterior de manos (fig. 1) y seguimiento radiológico (fig. 2). La artritis reumatoide (AR) es una artritis simétrica del esqueleto apendicular, que respeta el esqueleto axial, excepto la columna cervical. Los signos radiológicos comunes son:

- 1) Aumento de partes blandas periarticulares.
- 2) Osteoporosis yuxtaarticular que acaba evolucionando a osteoporosis generalizada.

- 3) Disminución uniforme del espacio articular.
- 4) Ausencia de formación de hueso.
- 5) Erosiones, al principio marginales y sobre todo en cabezas de metacarpianos e interfalángicas proximales (IFP); posteriormente son severas y subcondrales.
- 6) Quistes sinoviales.
- 7) Subluxaciones.
- 8) Distribución bilateral y simétrica.
- 9) Distribución, en orden decreciente de frecuencia: manos, pies, rodillas, columna cervical, hombros y codos.

Cuando el examen radiológico revela una combinación de muchos de los hallazgos descritos previamente el diagnóstico de AR no es difícil, pero cuando las radiografías presentan cierto grado de asimetría, ligera o ausente osteoporosis o, como en nuestro caso, un grado de afectación de carpos mucho mayor que de metacarpofalángicas (MCF) o IFP, la aproximación diagnóstica no es tan sencilla.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ARTRITIS EROSIVA BILATERAL Y SIMÉTRICA DE AMBOS CARPOS

Los más frecuentes son los que se reflejan en la tabla 1.

Los menos frecuentes son: artritis reactiva (Reiter y *Salmonella*), artrosis erosiva (asociación a hemodiálisis), enfermedad inflamatoria intestinal (EII), reticulohistiocitosis multicéntrica, artritis amiloide (asociación a hemodiálisis), artritis hemofílica, artritis séptica, hemocromatosis...

En la artritis crónica juvenil el patrón de afectación más frecuente es la migración de los huesos del carpo hacia las bases de los metacarpianos, con pérdida del espacio articular en los compartimentos mediocarpiano y carpometacarpiano. En ocasiones se produce fusión del carpo con las bases de los cuatro últimos metacarpianos

Tabla 1

Diagnóstico diferencial de artritis erosiva bilateral y simétrica de ambos carpos: causas más frecuentes

	Carpo	MCF	IFP	IFD
Artritis reumatoide	+++	+++	+++	
Artritis crónica juvenil	++	+++	+++	
Enfermedad de Still del adulto	+++	++	++	
Gota	++	++	++	++
Enfermedad por depósito de pirofosfato cálcico	++	++		
Artritis psoriásica	+	+	+	+++
Esclerodermia	+		+	+

con respeto relativo de la primera articulación carpometacarpiana.

Los cambios pancompartimentales y asimétricos son típicos de la artritis psoriásica, espondilitis anquilosante y del síndrome de Reiter, especialmente en la primera; asimismo se asocian a ausencia de osteoporosis y presencia de excrescencias óseas pobremente definidas.

La artrosis erosiva (inflamatoria) puede presentarse como afectación bilateral y simétrica o asimétrica, sobre todo de la vertiente radial de la muñeca en la primera articulación carpometacarpiana y trapecioescafoidea. En presencia de traumatismo ocupacional o profesional la enfermedad degenerativa articular puede dar lugar a alteraciones en los compartimentos radiocarpianos y mediocarpianos.

En la artritis gotosa de larga evolución se puede observar una distribución pancompartimental, bilateral y simétrica de los cambios radiológicos, similar a la de la AR, predominando la afectación carpometacarpiana con erosiones en las bases de los metacarpianos segundo a cuarto. Hallazgos adicionales como la ausencia de os-

teoporosis y la presencia de erosiones exocéntricas ayudan al diagnóstico.

El pronóstico de la AR depende en bastante medida de hacer un diagnóstico precoz para poder instaurar cuanto antes el tratamiento. En este sentido interesa identificar en lo posible aquellos pacientes que van a padecer una forma más agresiva de la enfermedad. En la actualidad se están utilizando combinaciones de diversos factores, entre ellos algunos sociodemográficos (sexo y nivel sociocultural), clínicos, biológicos (valores iniciales de VSG y reacción en cadena de la polimerasa), radiológicos (erosiones tempranas) así como la respuesta al tratamiento. Algunos de los factores pronósticos más útiles son los llamados parámetros estables, inherentes al paciente o a la enfermedad pero independiente de su actividad y del tratamiento. Estos parámetros son la presencia de factor reumatoide y de la predisposición genética (recientemente se ha observado que hay una serie de alelos DRB1 que codifican un determinante antigénico común a "epítipo compartido" cuya presencia se ha asociado con

manifestaciones extraarticulares como nódulos reumatoideos, vasculitis, síndrome de Felty un mayor desarrollo de erosiones radiológicas).

Por último, algunos estudios han concluido que los factores mecánicos (hábito diestro o zurdo, ocupación laboral, traumatismos) pueden influir en el inicio y la evolución de la afectación articular de la muñeca en la AR.

La AR presenta una gran variabilidad en su curso y evolución. Actualmente el interés se centra en el estudio de factores pronósticos, y si bien algunos, como los radiológicos pueden indicar la existencia de una enfermedad agresiva, debe tenerse en cuenta que dichos factores pronósticos han sido identificados en estudios de grupos de pacientes, y por tanto tienen un valor limitado en su aplicación a pacientes individuales.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Backhouse KM. Mechanical factors influencing normal and rheumatoid metacarpophalangeal joints. *Annals of Rheumatism Diseases* 1969; 28(5): Suppl: 15-19.
- Brower AC. Radiología articular. *Artritis en blanco y negro* 1994; 8: 137-141.
- Kelley WN, Harris ED, Ruddy S, Sledge CB. *Textbook of Rheumatology* (4.ª ed.) 1993; 23: 381-388.
- Resnick D. *Bone and Joint Imaging* 1989; 46: 549-552.
- Seminarios de la Fundación Española de Reumatología. Vol. 1, n.º 0, Mayo 1999; 10-19.
- Smith EM. Mechanical factors in Rheumatoid Hand Deformities. *Univ Mich Med Cent J* 1968; 274-276.

NOTICIAS

8º CONGRESO SEIOMM

26-28 de septiembre de 2001. Ciutadella, Menorca

Información general

Presidente Comité Organizador Local: Dr. Pau Lluç Mesquida

Secretaría Técnica: Rosa Díez

Secretaría SEIOMM

Passeig Marítim, 25-29. 08003 BARCELONA

Tel. 93 248 31 24 - Fax: 93 221 62 92 - email:85382@imas.imim.es