

Generalmente, como en este caso, somos los primeros en ver los efectos secundarios del uso de los fármacos, aun cuando sean pautados por los especialistas, debiendo dar una respuesta adecuada al proceso. Por este motivo, aunque es un tema muy relacionado con la medicina especializada, nos ha parecido interesante tratarlo desde la atención primaria.

M. SANTOS ORÚS, C. FERNÁNDEZ MARTÍNEZ DE ALEGRÍA*

y M.T. RUIZ DE LA CUESTA MUÑOZ

Médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria.

*Tutor de Atención Primaria. Médico de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Echavacoiz. Pamplona.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Benelhadj S, Marcellin P, Castelnaud C, Colas-Linhart N, Benhamou JP, Erlinger S et al. Incidence of dysthyroidism during interferon therapy in chronic hepatitis C. *Horm Res* 1997; 48: 209-214.
- Carrasco Schmidt M, Calvo Corbella E. Usos actuales del interferón. *FMC* 1998; 5.
- Koh LK, Greenspan FS, Yeo PP. Interferon-alfa induced thyroid dysfunction: three clinical presentations and a review of the literature. *Thyroid* 1997; 891-896.
- Mekkakia-Benhabib C, Marcellin P, Colas-Linhart N, Castel-Nau C, Buyck D, Erlinger S et al. Natural history of dysthyroidism during interferon treatment of chronic hepatitis C. *Ann Endocrinol (Paris)* 1996; 57: 419-424.
- Roti E, Minelli R, Giuberti T, Marchelli S, Schianchi C, Garcini E et al. Multiple changes in thyroid function in patients with chronic active HCV hepatitis treated with recombinant interferon-alfa. *Am J Med* 1996; 101: 482-487.

Acerca del diagnóstico de la artritis reumatoide en atención primaria

Sr. Director: Hemos leído con interés el artículo de López-Marina y Pizarro Romero sobre un caso de artritis reumatoide (AR) monoarticular¹ y quisiéramos comentar algunos aspectos en los que estamos en desacuerdo,

En primer lugar, el paciente no cumple ninguno de los criterios del Colegio Americano de Reumatología de 1987 para el diagnóstico de AR ni la artritis dura como mínimo 6 semanas². Por definición, la AR es una poliartritis crónica, simétrica y seropositiva en el 70% de los casos³.

En cuanto a la exploración, parece que el enfermo, además de la afectación del tobillo, presenta un edema con fovea que se extiende a la pantorrilla y al pie, y que junto a la radiología y la evolución del proceso nos obligaría a descartar otros diagnósticos (p. ej., la distrofia simpática refleja).

En relación con la determinación del factor reumatoide, los autores no especifican la técnica utilizada ni los valores de referencia; los valores que mencionan pueden considerarse negativos según las técnicas; además, hasta un 5-10% de población sana –y más en ancianos– puede presentar factor reumatoide positivo sin tener patología⁴.

El estudio radiológico del paciente no es compatible con AR de inicio, en la que existe una osteoporosis yuxta-

articular y no generalizada, y además se detectan erosiones que son de aparición más temprana en las manos⁵. Hubiese sido interesante hacer radiografía de pies comparados para valorar la mineralización del pie sano.

La gammagrafía ósea es una técnica muy sensible pero poco específica, por lo que aporta poco en el diagnóstico de una artritis, que se realiza básicamente por exploración clínica⁶.

El estudio del líquido sinovial nos indica si es de tipo mecánico, inflamatorio, séptico o hemático, y es diagnóstico si aparecen gérmenes o microcristales de ácido úrico, pirofosfato cálcico o hidroxipatita⁷.

Para descartar una tuberculosis articular es necesario realizar el cultivo de Löwenstein, no siendo suficiente el hecho de tener una reacción tuberculínica negativa y/o radiografía de tórax normal.

Con los datos clínicos, exploratorios, analíticos y radiológicos no podemos establecer el diagnóstico de AR –son necesarios 4 criterios del Colegio Americano de Reumatología y una duración de la artritis de al menos 6 semanas²–. Todo lo más, podemos sospechar que el paciente que inicia una artritis de tobillo puede en un futuro desarrollar una patología reumática que el tiempo y la evolución posterior nos permitirán catalogar.

En las últimas décadas ha habido una evolución en el tratamiento de la AR. Se ha pasado de considerar a ésta como una enfermedad benigna a compararla en cuanto a morbimortalidad con la enfermedad de Hodgkin y la cardiopatía isquémica multivaso. Por tanto, el clásico modelo de tratamiento en pirámide se ha invertido y se considera que los primeros años de evolución de la AR son esenciales para evitar la destrucción articular y que el control de la inflamación mediante el tratamiento modificador de la enfermedad (p. ej., metotrexato, ciclosporina A, leflunomida, anti-TNF, etc.) ha de hacerse lo antes posible⁸.

I. MORENO GALLEGO* y A. MONTAÑO ALONSO**

*Especialista en Reumatología. Sección de Reumatología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

**Médico de Familia. Centro de Salud Torreblanca. Sevilla.

BIBLIOGRAFÍA

- López-Marina V, Pizarro Romero G. Artritis reumatoide monoarticular: a propósito de un caso. *Semergen* 2001; 27: 387-390.
- Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1987; 31: 315-324.
- Aho K, Palusuo T, Kurki P. Marker antibodies in rheumatoid arthritis: diagnostic and pathogenic implications. *Semin Arthritis Rheum* 1994; 23: 379-387.
- Adebajo AO, Wright JK, Cawston TE, Hazleman BL. Rheumatoid factor quantitation: a comparison of ELISA and nephelometric methods. *Med Lab Sci* 1991; 48: 47-51.
- Weissman BN. Imaging techniques in rheumatoid arthritis. *Rheumatol* 1994; 21: 14-19.
- De Bois MWM, Pawels EKK, Breedveld FC. New agents for scintigraphy in rheumatoid arthritis. *Eur J Nucl Med* 1995; 22: 1339-1346.
- Pascual E, Jovani V. Análisis del líquido sinovial. *Rev Exp Reumatol* 1994; 21: 96-104.
- Callahan LF, Pinkus T. Reassessment of twelve traditional paradigms concerning the diagnosis, prevalence, morbidity and mortality of rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol* 1989; 79: 67-95.