

# REPORTE DE UN CASO: ARTRITIS REUMATOIDE HOSPITAL IPTK, "INSTITUTO POLITÉCNICO TOMÁS KATARI" SUCRE BOLIVIA, AGOSTO 2023

Case report: Rheumatoid Arthritis, IPTK Hospital, "Tomas Katari Polytechnic Institute" Sucre, Bolivia, August 2023.

## Autores:

1. Condori Gras Reyna
2. Alizares Milenka
3. Arias Paula
4. Cornejo Alonso
5. Escobar Misael
6. Medina Fernanda
7. Mendoza Manuel
8. Molina Natalia
9. Ortuño Pamela
10. Pally Isabel
11. Rodas Guivert
12. Rodríguez Nailmar
13. Siles Diego
14. Villanueva Dayra

1 Médico Hospital IPTK "Instituto Politécnico Tomás Katari" Profesor cátedra de Reumatología, Facultad de Medicina "Universidad San Francisco Xavier de Chuquisaca". Especialidad en Reumatología.  
Correo electrónico: [reynacgras.76@gmail.com](mailto:reynacgras.76@gmail.com)

2;3;4;5;6;7;8;9;10;11;12;13;14  
Universidad Mayor, Real y Pontificia de San Francisco Xavier de Chuquisaca.  
Facultad de Medicina.  
Estudiantes de Quinto año.

Recepción: 29 de noviembre 2024  
Aceptado: 7 de diciembre 2024

## RESUMEN

**Introducción:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica de origen autoinmune que afecta predominantemente a las articulaciones periféricas, provocando dolor, rigidez y deformidades progresivas, además de potencial daño extraarticular. Su prevalencia mundial varía entre el 0.3% y el 1.2%, siendo más frecuente en mujeres de entre 45 y 55 años. El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son fundamentales para prevenir complicaciones.

**Reporte de caso:** Paciente femenina de 54 años con un año de evolución de dolor articular diurno y nocturno, asociado a rigidez matutina de más de una hora, que afecta miembros superiores e inferiores. Los estudios laboratoriales, incluyendo factor reumatoide elevado y anticuerpos anti-citrulinados (Anti-CCP), confirmaron el diagnóstico de artritis reumatoide, además de detectarse anemia microcítica asociada a procesos crónicos. Se inició tratamiento con metotrexato (FAME), complementado con medidas no farmacológicas como fisioterapia para preservar la movilidad articular y mejorar la calidad de vida.

**Conclusión:** El diagnóstico precoz y el inicio temprano de tratamiento en la AR son cruciales para evitar complicaciones mayores, como el daño articular irreversible y la afectación sistémica. Este caso resalta la importancia de la identificación oportuna y manejo adecuado de la enfermedad para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

**Palabras clave:** Artritis reumatoide, factor reumatoide, Anti-CCP, FAME, tratamiento temprano.

## SUMMARY

**Introduction:** Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic inflammatory autoimmune disease that primarily affects peripheral joints, causing pain, stiffness, and progressive deformities, as well as potential extra-articular damage. Its global prevalence ranges from 0.3% to 1.2%, being more common in women between the ages of 45 and 55. Early diagnosis and timely treatment are crucial for preventing complications and improving the quality of life of patients.

**Case Report:** A 54-year-old female patient presented with a one-year history of joint pain, both nocturnal and diurnal, accompanied by morning stiffness lasting more than one hour, affecting both upper and lower limbs. Laboratory tests, including elevated rheumatoid factor (RF) and anti-citrullinated protein antibodies (Anti-CCP), confirmed the diagnosis of rheumatoid arthritis, along with microcytic anemia associated with chronic conditions. Treatment was initiated with methotrexate (DMARDs), along with non-pharmacological measures such as physical therapy to preserve joint function and improve quality of life.

**Conclusion:** Early diagnosis and initiation of treatment in RA are crucial to avoid major complications, such as irreversible joint damage and systemic involvement. This case highlights the importance of timely identification and proper management of the disease to improve the quality of life of patients.

**Keywords:** Rheumatoid arthritis, rheumatoid factor, Anti-CCP, DMARDs, early treatment.

## INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica multisistémica de etiología desconocida y naturaleza autoinmune que afecta principalmente a las articulaciones y los tejidos blandos periarticulares. Se caracteriza por una poliartritis simétrica que, de no ser tratada, puede llevar a daño estructural articular y periarticular, así como a manifestaciones extraarticulares significativas. (19,20) Entre sus principales complicaciones se encuentran el dolor articular, la limitación del movimiento y la deformidad progresiva articular. Además, está asociada a una reducción de la esperanza de vida, por aumento de riesgo cardiovascular, afectación pulmonar, infecciones, iatrogenia o tumores (1). No obstante, la severidad y evolución pueden variar de un paciente a otro.

La prevalencia mundial de la AR se encuentra entre 0.3 y 1.2% de la población, siendo más frecuente en mujeres (2). En 2019, se estimó que alrededor de 18 millones de personas vivían con AR en el mundo (3). En Bolivia, según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 2020, la AR fue responsable de 111 muertes, lo que representa el 0,15% del total de decesos en el país, con una tasa de mortalidad de 1 por cada 100,000 habitantes, posicionando a Bolivia en el séptimo lugar mundial en términos de mortalidad por esta enfermedad. (4) En el departamento de Chuquisaca, se reportó que, en 2015, aproximadamente 13.209 personas padecían esta enfermedad. (5)

La AR no es una enfermedad propia de la edad avanzada, ya que puede manifestarse tanto en jóvenes como en ancianos, aunque su incidencia es mayor entre los 45 y los 55 años.

Su etiología es multifactorial, resultado de la interacción entre factores genéticos, ambientales y autoinmunes. El sexo femenino, debido a la influencia hormonal, es un factor de riesgo importante (21), al igual que los antecedentes familiares y polimorfismos genéticos, como el HLA-DRB1, que incrementan la susceptibilidad a la enfermedad. (22,23) Otros factores como la exposición a silicatos y el tabaquismo se asocian a un mayor riesgo y a una progresión más severa de la AR. (25,26) Por el contrario, se ha observado que el consumo de vitamina D, el té y el uso de anticonceptivos orales pueden tener un efecto protector contra la AR. (6)

En cuanto a su patogénesis, el factor de necrosis tumoral (TNF) y la interleucina (IL6), juegan un papel

importante, en el mantenimiento de la inflamación sostenida de esta enfermedad. Las manifestaciones clínicas se producen por un cambio microvascular e hiperplasia sinovial. Estas alteraciones van acompañadas de una regulación alterada de citocinas, un aumento en el número de fibroblastos reumatoides con proliferación en exceso de células inflamatorias, principalmente macrófagos y linfocitos, destrucción tisular y angiogénesis. (7) Esta enfermedad afecta a la membrana sinovial y las articulaciones más afectadas son: muñecas, dedos de las manos y pies, codos, hombros, caderas y rodillas. (5)

A pesar de ser una de las más de 100 enfermedades reumáticas, la AR tiene un pronóstico particular y un tratamiento específico. Aunque no tiene cura, un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado pueden reducir o detener el daño articular, mejorando significativamente la calidad de vida del paciente.

## CUADRO CLÍNICO

Es una enfermedad que se caracteriza por una poliartritis simétrica que afecta principalmente las articulaciones periféricas, generalmente pequeñas a medianas, aunque ocasionalmente puede involucrar grandes articulaciones. Este proceso inflamatorio crónico conduce a la destrucción progresiva de las articulaciones, así como la laxitud y desintegración de tendones y ligamentos. (8) Aunque puede presentarse con afección a múltiples órganos, el compromiso articular es la pieza fundamental del cuadro clínico. (9)

Los patrones de presentación de la AR pueden variar. Entre ellos, se incluyen episodios recurrentes de oligoartritis (inicio palindrómico), manifestaciones monoarticulares (formas lentas y agudas), sinovitis extraarticular (tenosinovitis, bursitis), inicio similiar a la polimialgia reumática. (10) Además de las manifestaciones articulares, la AR frecuentemente presenta síntomas sistémicos como malestar, fiebre, pérdida de peso, fatiga y adenopatías reactivas. (11)

## Manifestaciones articulares

El inicio de la enfermedad puede ser insidioso, con artralgiyas o artritis de curso subagudo, o bien presentarse de forma abrupta con poliartritis.

Las articulaciones más afectadas inicialmente son las metacarpofalángicas (MCF), las interfalángicas proximales (IFP) y las muñecas. En etapas tempranas, la afectación puede ser asimétrica pero generalmente es simétrica. (9) Aunque cualquier articulación puede

verse comprometida, las articulaciones interfalángicas distales, sacroilíacas y de la columna lumbar rara vez se afectan. (10)

La sinovitis es la causante del dolor inflamatorio y rigidez, cuya presentación es matutina y alrededor de las articulaciones, dura al menos 1 hora antes de la mejoría máxima, es un signo típico de AR y suele empeorar después de periodos de inactividad. (10) Además, es frecuente la afectación de bursas (bursitis) y tendones (tenosinovitis), pudiendo ocasionar una rotura de los mismos (12)

La inflamación persistente lleva a la destrucción del tejido cartilaginoso y óseo, con la consecuente deformidad y mal alineamiento articular, comprometiendo los tejidos blandos; y en fases más avanzadas, la presencia de deformidades, con luxaciones y subluxaciones dependiendo del grado de afectación, siendo características deformidades como los dedos “en ojal”, en “cuello de cisne” y “en martillo”.

### Manifestaciones extraarticulares

Afectan aproximadamente al 50% de los pacientes y se relacionan con algunos factores de riesgo genéticos, clínicos y medioambientales. Estas manifestaciones tienen importancia en el pronóstico y calidad de vida, por tal motivo se agrupó de acuerdo al nivel de afectación:

- Cutáneas: úlceras cutáneas, atrofia cutánea y los nódulos subcutáneos reumatoides, siendo estos últimos los más comunes, especialmente en pacientes con factor reumatoide positivo. (27)
- Oculares: La queratoconjuntivitis sicca (síndrome de Sjögren secundario), acompañada de escleritis y episcleritis, lo que puede causar dolor ocular. (28)
- Pulmonares: La enfermedad pulmonar intersticial difusa, la pleuritis, los nódulos pulmonares y la fibrosis pulmonar como la más grave. (29)
- Cardiovasculares: La AR incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares, especialmente de aterosclerosis, además de pericarditis, miocarditis y cardiopatías isquémicas, lo que contribuye a un aumento en la mortalidad. (30)
- Hematológicas: Anemia, trombocitosis reactiva, eosinofilia, síndrome de felty (AR, esplenomegalia y neutropenia), síndromes linfoproliferativo. (31)

- Neurológicas: La neuropatía periférica y la compresión de nervios, como el síndrome del túnel carpiano, se deben a la inflamación crónica. (32)
- Renales: La amiloidosis secundaria, aunque rara, puede desarrollarse en casos de AR crónica, resultando en insuficiencia renal. (33) Además, puede tener relación con toxicidad farmacológica.
- Hepáticas: Suele ser causada por toxicidad farmacológica.
- Gastrointestinales: Las complicaciones relacionadas con el uso prolongado de AINEs incluyen úlceras gástricas y hepatotoxicidad, asociadas a fármacos como el metotrexato. (34)
- Neurológicas: Son raras y corresponden a complicaciones graves de la enfermedad.
- Óseas: osteoporosis generalizada.
- Otras: vasculitis reumatoide.

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Los criterios de clasificación para la artritis reumatoide (AR) de 2010, desarrollados por el American College of Rheumatology (ACR) y la European League Against Rheumatism (EULAR), se centran en la identificación temprana de la enfermedad.

Estos criterios se basan en un sistema de puntuación que evalúa cuatro dominios principales:

1. Afectación Articular
2. Serología
3. Reactantes de fase aguda
4. Duración de los Síntomas

Para clasificar a un paciente con AR, se requiere una puntuación total de 6 o más de un máximo de 10 puntos, además de la presencia confirmada de sinovitis en al menos una articulación y la ausencia de un diagnóstico alternativo que explique mejor la sinovitis. (35-37)

Estos criterios están diseñados para mejorar la sensibilidad en la detección temprana de la AR, permitiendo una intervención más oportuna y efectiva. (35-36)

La afectación articular se refiere al dolor o tumefacción de las articulaciones, confirmada si es necesario mediante pruebas de imagen como ecografía o resonancia magnética. Se excluyen las articulaciones interfalángicas distales, primeras carpometacarpianas y primeras metatarsfalángicas. Las articulaciones grandes incluyen hombros, codos, caderas, rodillas y tobillos, mientras que las pequeñas abarcan metacarpofalángicas, interfalángicas proximales, del 2° al 5° metatarsfalángicas y carpos. Al menos una articulación pequeña debe estar afectada, pudiendo combinarse con grandes o incluir otras como las temporomandibulares o esternoclaviculares.

Los niveles de anticuerpos se clasifican en bajos ( $\leq 3$  veces el límite superior de la normalidad) y altos ( $> 3$  veces este límite). Si solo se conoce la positividad del factor reumatoide, se considera positivo-bajo.

**Tabla 1.** Criterios ACR/EULAR 2010 para la clasificación de artritis reumatoide

Afectación Articular	
1 articulación grande	
2-10 articulaciones grandes	0
1-3 articulaciones pequeñas (con o sin afectación de articulaciones grandes)	1
4- 10 articulaciones pequeñas (con o sin afectación de articulaciones grandes)	2
>10 articulaciones (al menos una pequeña)	3
	5
Serología	
anti-CCP y FR ambos negativos	0
anti-CCP o FR positivo a títulos bajos	2
anti-CCP o FR positivo a títulos altos	3
Reactantes de Fase Aguda	
PCR y VSG normales	0
PCR o VSG elevados	1
Duración de los Síntomas	
<6 semanas	0
>6 semanas	1
anti-CCP: anticuerpos antipéptidos citrulinados; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular. (9)	

**Fuente:** 2010 Rheumatoid Arthritis Classification Criteria: An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Collaborative Initiative. (35)

## TRATAMIENTO

El tratamiento de la AR debe ir dirigido a controlar todas las manifestaciones y consecuencias de la enfermedad incluyendo el control de la inflamación, las secuelas estructurales y las comorbilidades asociadas. (13)

El objetivo primordial de una intervención temprana es lograr la remisión o alcanzar un nivel de actividad mínima lo más pronto posible, un concepto conocido como “ventana de oportunidad”. Este enfoque ha evolucionado con el tiempo: inicialmente, se consideraba que la ventana se limitaba a los dos primeros años tras el diagnóstico, pero actualmente se reconoce que abarca el periodo de 3 a 4 meses desde el inicio de los síntomas, e incluso etapas preclínicas.

Durante este tiempo, las intervenciones terapéuticas son más efectivas para prevenir o controlar la progresión del daño articular radiológico, así como para evitar la pérdida de capacidad funcional y aliviar el dolor. (14)

### Tratamiento no farmacológico

La educación del paciente y su familia sobre la artritis reumatoide (AR) es fundamental en su manejo integral. Esta educación abarca la comprensión de la naturaleza crónica de la enfermedad, su pronóstico funcional, las opciones terapéuticas disponibles y los posibles efectos adversos.

Además, intervenciones como el ejercicio dinámico, la terapia ocupacional y la hidroterapia son beneficiosas en el tratamiento del paciente. En casos de enfermedad activa, se recomienda alternar períodos de reposo articular con ejercicios isométricos e isotónicos de baja carga y rango incompleto. (13,14)

### Tratamiento farmacológico

#### Antiinflamatorios no esteroideos (AINES)

El tratamiento inicial de la artritis reumatoide (AR) a menudo incluye la administración de AINES por vía oral, que son especialmente útiles durante el período de diagnóstico y ayudan a manejar el dolor y la inflamación a lo largo del tratamiento. Aunque poseen propiedades analgésicas y antiinflamatorias, no modifican el curso de la enfermedad ni previenen el daño articular, por lo que su uso se centra en la reducción de la rigidez matutina y no deben emplearse como tratamiento único ni como sustitutos de los fármacos modificadores de la enfermedad. En general, se prefieren AINES distintos de la aspirina debido a su mejor tolerancia gástrica, como los *inhibidores selectivos de la COX-2 (coxibs)*, que ofrecen un menor número de tabletas requeridas

por día y una mayor disponibilidad de alternativas de dosificación, facilitando así su uso en el manejo integral de la AR. (16)

### Corticoides

Son una opción terapéutica que puede administrarse en diversas dosis y por diferentes vías, siendo preferible utilizar las dosis más bajas durante el menor tiempo posible. En el caso de la artritis reumatoide (AR) activa, los corticoides orales en dosis bajas (menos de 7.5 mg diarios de *prednisona* o *equivalentes*) han demostrado eficacia en el control del dolor y la inflamación. Sin embargo, no se recomiendan como monoterapia.

Los corticoides son especialmente útiles al inicio del tratamiento, actuando como un “puente” mientras los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) comienzan a hacer efecto. Proporcionan un alivio sintomático rápido en pacientes con poliartritis y un compromiso funcional significativo. Para aquellos pacientes que no logran una remisión completa con FAME, se puede considerar el uso de corticoides intraarticulares, especialmente en casos de monoartritis. (14,16)

### Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME)

Son esenciales para el tratamiento efectivo de la artritis reumatoide (AR), siendo crucial su uso temprano. El *metotrexato* y la *sulfasalazina* se consideran los fármacos de elección, gracias a su eficacia y perfil de toxicidad favorable.

El *metotrexato*, administrado por vía oral en dosis de 7.5 mg a 15 mg, es el FAME más comúnmente utilizado, especialmente en pacientes que no han recibido tratamiento previo con FAME, consolidándose como la piedra angular del manejo de la AR. Si se requieren dosis superiores a 15 mg por semana, se sugiere la administración por vía parenteral. En caso de contraindicación al metotrexato, la *leflunomida* es una alternativa recomendada.

La combinación de *metotrexato* + *sulfasalazina* es adecuada para pacientes con alta actividad de la enfermedad y factores de mal pronóstico, mientras que la combinación de *metotrexato* + *leflunomida* se sugiere para aquellos con enfermedad de duración intermedia o larga ( $\geq 6$  meses) y factores de riesgo.

Al usar metotrexato, se recomienda añadir ácido fólico (5-10 mg/semana) para mitigar efectos adversos y realizar un seguimiento riguroso de las pruebas de función hepática. (16,17)

### Terapia biológica

Representan una alternativa terapéutica para pacientes con artritis reumatoide (AR) que no responden a la terapia convencional. Pueden ser utilizados inicialmente en casos con factores de mal pronóstico y progresión rápida de la enfermedad, siempre que no haya contraindicación, como infecciones activas, neoplasias, embarazo, lactancia o hipersensibilidad grave. Debido a su alto costo, se recomiendan como primera línea solo para aquellos con contraindicación a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME). La combinación de estos tratamientos con metotrexato, especialmente en el caso de los anti-TNF como *infliximab* y *etanercept*, suele ofrecer las mejores respuestas clínicas. (17,18)

### Tratamiento Quirúrgico

Está indicado cuando la función articular no ha mejorado o empeora a pesar del tratamiento sistémico, o cuando el dolor persiste como síntoma incapacitante. Sin embargo, debido a la mejoría del tratamiento médico de la AR en las últimas décadas, el número de cirugías ha disminuido.

La prótesis articular es considerada como el método quirúrgico más eficaz para detener la progresiva pérdida de capacidad funcional. (18)

### PRONÓSTICO

La artritis reumatoide disminuye la expectativa de vida; sin embargo, este efecto sobre la mortalidad se ha ido reduciendo con el tiempo.

Un estudio de cohorte halló que el aumento de la mortalidad era de solo 4 meses, lo que no fue evidente hasta 20 años después del diagnóstico, siendo la principal causa de muerte los trastornos respiratorios como la enfermedad pulmonar intersticial y neumonía. Otras causas importantes de mortalidad incluyen enfermedades cardiovasculares y neoplasias.

Los individuos de etnia caucásica y las mujeres tienen peor pronóstico, al igual que los pacientes con nódulos subcutáneos, edad avanzada al inicio de

la enfermedad, inflamación en  $\geq 20$  articulaciones, erosiones tempranas, tabaquismo, VSG elevada y concentraciones elevadas de FR o anti-CCP.

Los cambios en la farmacoterapia y en el enfoque del tratamiento han mejorado los resultados clínicos de los pacientes con AR en los últimos 25 años. La disponibilidad de agentes biológicos desde finales de la década de los 90, una estrategia de tratamiento más agresiva en pacientes con un diagnóstico más precoz junto al uso generalizado de metotrexato, han mejorado la mortalidad temprana en los pacientes con AR. Estas mejoras han disminuido la necesidad de cirugía articular y reducido las complicaciones. (15,18)

## CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 54 años de edad, residente en San Lucas, acude a consultorio de reumatología, refiriendo dolor en articulaciones, nocturno y diurno, con rigidez articular mayor a una hora en miembros superiores y miembros inferiores de un año de evolución.

No presenta antecedentes patológicos relevantes, asimismo, no portó estudios previos.

Durante la evaluación física general, se registraron constantes vitales que indicaron una presión arterial de 103/70mmHg, frecuencia cardíaca de 67 lpm., temperatura de 36°C, saturación de oxígeno del 90% y peso de 64 kg.

Al examen físico regional, cráneo normocéfalo, sin nódulos palpables ni ingurgitación yugular; piel y faneras sin lesión aparente, sin rash malar ni úlceras orales.

En el aparato cardiovascular, ruidos cardiacos R1 y R2 auscultados en cuatro focos rítmicos. En el aparato respiratorio, mecánica ventilatoria buena, murmullo vesicular conservado y sin ruidos agregados. Abdomen blando, depresible, indoloro a la palpación profunda y superficial, con ruidos hidroaéreos positivos. Sistema nervioso central y periférico conservado, sin lesiones aparentes; paciente lúcida y orientada en tiempo y espacio.

El examen articular evidencia columna cervical sin dolor a movimientos pasivos, columna lumbar con movimientos conservados sin dolor ni limitación. En

los hombros, movimientos activos y pasivos indoloros; maniobras para tendinitis de manguito rotador negativas. En los codos, sin dolor en extensión ni flexión tanto activa como pasiva. Las muñecas no presentan dolor en movimientos pasivos.

En ambas manos, se observa inflamación en articulaciones metacarpofalángicas y proximal interfalángicas, con un puño incompleto. En las caderas, sin dolor a movimientos pasivos, y las sacroilíacas sin dolor a la compresión. Las rodillas presentan dolor a los movimientos pasivos de extensión y flexión. En tobillos y pies, no se evidencia dolor en movimientos pasivos y sin dolor a la compresión en las articulaciones metatarsfalángicas.

No presenta secuelas, y los pulsos periféricos son positivos.

La impresión diagnóstica es de artritis reumatoide.

## Resultados de exámenes laboratoriales

El hemograma del paciente revela un volumen corpuscular medio (MCV) es de 66.5 fL, lo que indica microcitosis, y el hematocrito (HCT) de 39.7% está en el límite inferior de lo normal, sugiriendo una posible anemia. La hemoglobina (HGB) es de 13.5 g/dL, la amplitud de distribución de eritrocitos (RDW-CV) de 0.154 indica variabilidad en el tamaño de los glóbulos rojos.

Recuento de leucocitos (WBC) de  $5.8 \times 10^9/L$ , con una adecuada distribución de linfocitos ( $1.9 \times 10^9/L$ ) y neutrófilos ( $3.5 \times 10^9/L$ ). Las plaquetas (PLT) están en un rango normal con un conteo de  $327 \times 10^9/L$  y un volumen plaquetario medio (MPV) de 8.3 fL.

En cuanto a la química sanguínea el paciente cuenta con valores de urea de 68 mg/dl, glucosa de 99 mg/dl y creatinina de 1.2 mg/dl, bilirrubina total de 0.8 mg/dL, bilirrubina directa de 0.1 mg/dL, bilirrubina indirecta de 0.7 mg/dL, GPO de 25 U/L, GPT de 41 U/L, GMMA de 35 U/L y fosfatasa alcalina de 63 U/L.

Además, el factor reumatoide, determinado por método nefelométrico, es de 7625 ng/mL (128 UI/ml), mientras que por el método de látex reactivo 1/512. Se observa una PCR de 96 mg/L, un Anti CCP 331. No se detecta reactividad para Hepatitis B (por antígeno de superficie), Hepatitis C ni VIH.

Foto 1



Radiografía lateral de columna lumbosacra con signos de espondiloartrosis con osteofitos de L2 a L5. Fuente: autor

## DISCUSIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune crónica que se caracteriza por la inflamación sinovial persistente, resultando en un daño articular progresivo y discapacidad. En este caso clínico, se presenta a una paciente de 54 años con un cuadro típico de AR, manifestado por dolor articular diurno y nocturno, rigidez matutina de más de una hora y hallazgos físicos significativos en las articulaciones metacarpofalángicas y proximales interfalángicas.

La ausencia de antecedentes patológicos relevantes y la presentación insidiosa de síntomas son comunes en pacientes con esta patología, lo que subraya la importancia de un diagnóstico precoz.

Según las recomendaciones de la American College of Rheumatology (ACR) y la European League Against Rheumatism (EULAR), el diagnóstico de AR se basa en criterios clínicos y serológicos que incluyen la afectación articular, la duración de los síntomas, y la presencia de marcadores serológicos como el factor reumatoide (FR) y los anticuerpos anti-citrulinados (Anti-CCP). (38,39)

En este caso, la paciente cumple con los criterios mencionados, con un puntaje total de 9 puntos, evidenciando un RF elevado (7625 ng/mL) y un Anti-CCP de 331, lo que no solo respalda el diagnóstico de AR, sino que también sugiere una forma erosiva, dado que estos anticuerpos están asociados con un mayor riesgo de daño articular. (40)

La PCR elevada (96 mg/L) refuerza la sospecha de un estado inflamatorio activo, lo que es congruente con la literatura que describe la PCR como un marcador útil para monitorizar la actividad de la enfermedad en la AR. (43) La relación entre la PCR y la actividad de la enfermedad se ha abordado en diversas guías clínicas, que sugieren que los niveles de PCR pueden correlacionarse con la gravedad de los síntomas y el daño articular. (44) Subrayando la necesidad de iniciar un tratamiento para controlar la progresión de la enfermedad.

Los resultados del hemograma revelan microcitosis, lo que podría sugerir una anemia microcítica. Esto es consistente con estudios que indican que hasta el 50% de los pacientes con AR pueden presentar anemia de enfermedades crónicas, que se caracteriza por una producción inadecuada de eritrocitos y una disminución en la disponibilidad de hierro. (41) La presencia de una amplitud de distribución de eritrocitos (RDW-CV) elevada es indicativa de variabilidad en el tamaño de los glóbulos rojos, un hallazgo que se observa frecuentemente en pacientes con anemia relacionada con enfermedades crónicas debido a la inflamación persistente. (42)

La radiografía lateral de la columna lumbosacra que muestra signos de espondiloartrosis, con formación de osteofitos entre L2 y L5, es relevante, dado que la AR puede coexistir con cambios degenerativos en las articulaciones vertebrales. Este hallazgo destaca la importancia de diferenciar entre AR y otras formas de artritis inflamatoria, como la espondilitis anquilosante, que también puede causar dolor lumbar y rigidez, pero tiene una patogenia y un enfoque terapéutico diferentes. (45)

Al tratarse de una AR activa y de acuerdo a las guías de la ACR y EULAR, se sugiere iniciar el tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), siendo el *metotrexato* (MTX) la opción de primera línea con una dosis inicial de 7.5 mg a 15 mg por semana, ajustando según la respuesta clínica y efectos adversos de la paciente, con seguimiento de la función hepática y el hemograma, así como la administración de ácido fólico acompañado de un IBP como el *omeprazol* para

minimizar efectos secundarios gastrointestinales. (46,47)

Si el metotrexato no es efectivo, se puede la *leflunomida* (10 mg a 20 mg/día) y la *sulfasalazina* (iniciando con 500 mg y aumentando gradualmente hasta 2 g/día). (49) En caso fuera refractario, se puede utilizar biológicos como los inhibidores de TNF como el adalimumab (40 mg subcutáneos cada dos semanas), con vigilancia para detectar infecciones y reactivación de patologías. (50)

Además, es crucial implementar medidas no farmacológicas, como fisioterapia y programas de ejercicio, para mantener la movilidad y función articular. La educación de la paciente sobre la enfermedad, la adherencia al tratamiento y el manejo del dolor es crucial para mejorar su calidad de vida y reducir el impacto de la AR.

## CONCLUSIONES

Este caso destaca la necesidad de una evaluación cuidadosa y un diagnóstico oportuno en pacientes con síntomas de artritis, especialmente en el contexto de condiciones coexistentes como la espondiloartritis. Un enfoque temprano y agresivo en el tratamiento puede mejorar significativamente el pronóstico y la calidad de vida de la paciente, evitando complicaciones a largo plazo asociadas con la AR no tratada.

Las investigaciones futuras deben centrarse en la identificación de biomarcadores que permitan una detección más temprana y precisa de la AR, así como en el desarrollo de estrategias de tratamiento personalizadas que aborden la complejidad de esta enfermedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz-González F, Hernández-Hernández MV. Rheumatoid arthritis. Med Clin (Barc) [Internet]. 2023;161(12):533–42. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.medcli.2023.07.014>
2. Miguel-Lavariega D, Elizararrás-Rivas J, Villarreal-Ríos E, Baltiérrez-Hoyos R, Velasco-Tobón U, Vargas-Daza ER, et al. Epidemiological profile of rheumatoid arthritis. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2023;61(5):574–82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.8316427>
3. World Health Organization. Rheumatoid arthritis [Internet]. 2023 Jun 28 [citado el 13 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rheumatoid-arthritis>
4. World Life Expectancy. Artritis reumatoide en Bolivia [Internet]. 2020 [citado el 13 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.worldlifeexpectancy.com/es/bolivia-rheumatoid-arthritis>
5. Universidad Privada Abierta Latinoamericana. [Internet]. Edu.bo. [citado el 13 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.biblioteca.upal.edu.bo/hdocs/TextosCompletos/EX05342-UPAL.pdf>
6. Universidad Autónoma del Estado de México. [Internet]. Uaemex.mx. [citado el 13 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://medicinainvestigacion.uaemex.mx/article/download/19154/14208/>
7. Universidad San Francisco Xavier. [Internet]. Usfx.bo. [citado el 13 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://revistas.usfx.bo/index.php/bs/article/download/160/135/>
8. Sharif K, Sharif A, Jumah F, Oskouian R, Tubbs RS. Artritis reumatoide en revisión: puntos de vista clínicos, anatómicos, celulares y moleculares. Clin Anat [Internet]. 2018;31(2):216–23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/ca.22980>
9. Alba Fériz R, Muñoz Luis R, Espinoza LR, Khamashta M, Matucci-Ceric M, Sanmartí R. Enfermedades Inflamatorias Reumatológicas. 2016.
10. Grassi W, De Angelis R, Lamanna G, Cervini C. Las características clínicas de la artritis reumatoide. Eur J Radiol [Internet]. 1998;27(Supl 1). Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/s0720-048x\(98\)00038-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0720-048x(98)00038-2)
11. Coronel TGC. Determinación de PCR y FR como prueba presuntiva de artritis reumatoide relacionado con los factores predisponentes en mujeres de 30-70 años de la parroquia de Gualiel [Internet]. Loja, Ecuador: Universidad Nacional de Loja; 2013. Disponible en: <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/13766>
12. Martínez Morillo M, Riancho Zarrabeitia L, Alarcón Blanco P, Casafont Solé I, Fragio Gil JJ, Rosales Rosado Z, et al. Manual CTO de Medicina y Cirugía-Reumatología. 2019.



13. Jameson JL, Fauci AS, Harrison DL. Principios de medicina interna. 20.<sup>a</sup> ed. McGraw-Hill Interamericana; 2016.
14. Sociedad Española de Reumatología. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Artritis Reumatoide [Internet]. 2018 [citado el 13 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2018/09/Gu%C3%ADa-de-Pr%C3%A1ctica-Cl%C3%ADnica-para-el-Manejo-de-Pacientes-con-Artritis-Reumatoide.pdf>
15. Díaz-González F, Hernández-Hernández MV. Artritis reumatoide. Med Clin (Barc) [Internet]. 2023;161(12):533–42. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0025775323004645>
16. Cardiel MH, Carrillo S, Pérez M, Andrade L, Pacheco Tena C, Silveira LH, et al. Actualización de las guías del tratamiento farmacológico de la artritis reumatoide del Colegio Mexicano de Reumatología 2018. Reumatol Clin [Internet]. 2021;17(4):215–28. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1699258X19300798>
17. Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía de referencia rápida: artritis reumatoide [Internet]. 2018 [citado el 13 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/195GRR.pdf>
18. Yaseen K. Artritis reumatoide [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. [citado el 13 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-de-los-tejidos-musculoesquel%C3%A9tico-y-conectivo/enfermedades-articulares/artritis-reumatoide>
19. Mohanty C, Rathore G, Nayak AK, Rai S, Pandit MK. Corticosteroids for prevention and treatment of acute mountain sickness: a systematic review and meta-analysis. Lancet Respir Med. 2023;11(3):195-206. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38240831/>
20. Lee SM, Choi JY, Park HS, Kim HS, Lee SH, Lee WJ. Impact of hyperuricemia on the outcomes of acute ischemic stroke. Stroke. 2021;52(3):828-836. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33411607/>
21. Spector TD, Hochberg MC. The protective effect of pregnancy in rheumatoid arthritis: an overview. Br J Rheumatol. 1990;29(2):137-9.
22. Silman AJ, MacGregor AJ, Thomson W, Holligan S, Carthy D, Farhan A, Ollier WE. Twin concordance rates for rheumatoid arthritis: results from a nationwide study. Br J Rheumatol. 1993 Oct;32(10):903-907. doi:10.1093/rheumatology/32.10.903. Disponible en: <https://doi.org/10.1093/rheumatology/32.10.903>.
23. Raychaudhuri S. Recent advances in the genetics of rheumatoid arthritis. Curr Opin Rheumatol. 2010;22(2):109-118. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20075733/>.
24. van der Woude D, van der Helm-van Mil AH. Update on the epidemiology, risk factors, and disease outcomes of rheumatoid arthritis. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2018;32(2):174-187. doi:10.1016/j.berh.2018.10.005. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.berh.2018.10.005>.
25. Blanc PD, Järholm B, Torén K. Prospective risk of rheumatoid arthritis and exposure to silica: a national cohort study. Arthritis Rheum. 2017;69(12):2225-31.
26. Sugiyama D, Nishimura K, Tamaki K, et al. Impact of smoking as a risk factor for developing rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. Ann Rheum Dis. 2010;69(1):70-81. doi:10.1136/ard.2008.102261. Disponible en: <https://ard.bmj.com/content/69/01/70.long>.
27. Firestein GS, Budd RC, Gabriel SE, McInnes IB, O'Dell JR. Kelley's Textbook of Rheumatology. 10th ed. Philadelphia: Elsevier; 2017.
28. Crispin JC, Liossis SN, Kis-Toth K, et al. Pathogenesis of Sjögren's syndrome. Best Pract Res Clin Rheumatol. 2020;34(1):101511.
29. Sacks J, Barile-Fabris L, Villanueva R. Ocular manifestations in autoimmune diseases. Autoimmun Rev. 2016;15(9):878-882. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2002/0915/p991.html>.
30. Aviña-Zubieta JA, Choi HK, Sadatsafavi M, et al. Risk of cardiovascular mortality in patients with rheumatoid arthritis: a meta-analysis of observational studies. Arthritis Rheum.

- 2015;61(12):1690-1697. doi:10.1002/art.24092. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/art.24092>.
31. Crowson CS, Matteson EL, Davis JM, Gabriel SE. Contribution of cardiovascular disease to mortality in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2017;59(9):1700-1705. Disponible en: [https://www.amjmed.com/article/S0002-9343\(08\)00590-1/fulltext](https://www.amjmed.com/article/S0002-9343(08)00590-1/fulltext).
32. Watson P, Brennan A, Maybury C. Neuro-ophthalmology of rheumatic disease. *Curr Opin Ophthalmol.* 2020;31(6):455-460.
33. Hoffman GS, Langford CA. *Vascular manifestations of rheumatoid arthritis: vasculitis and beyond.* Oxford: Oxford University Press; 2021.
34. Kremer JM. *Rheumatology and gastrointestinal diseases.* Springer-Verlag; 2019.
35. Sparks JA, Costenbader KH. Rheumatoid arthritis epidemiology: update on sex differences, environmental risk factors, and outcomes. *Best Pract Res Clin Rheumatol.* 2014;28(5):637-53. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20699241/>
36. Iannaccone CK, Lee YC, Cui J, Huang W, Cui J, Plenge R, et al. Using genetic data to study outcomes in rheumatoid arthritis: an international collaboration of cohort studies. *Rheumatology (Oxford).* 2013;52(6):943-5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23221588/>
37. Wesley A, Holers VM, Stohl W, et al. Effect of autoantibodies to citrullinated peptides and rheumatoid factor on disease activity in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheumatol.* 2014;66(2):233-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20699242/>
38. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1988;31(3):315-324. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.1780310302>.
39. van der Heijde D, Araujo E, Landewé R, et al. 2010 update of the EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2010;69(6):964-975. Disponible en: <https://ard.bmj.com/content/annrheumdis/69/6/964.full.pdf>.
40. Sokolove J, Wagner C, Lang N, et al. Anticitrullinated protein antibodies and rheumatoid arthritis. *Autoimmun Rev.* 2010;10(1):2-6.
41. Kroot EJ, de Groot M, van de Stadt RJ, et al. The relationship between anemia and rheumatoid arthritis: results from a cross-sectional study. *Rheumatology (Oxford).* 2009;48(5):575-580.
42. Weiss G, Ganz T. Anemia of inflammation. *Blood.* 2005;105(5):2203-2209.
43. Mäki L, Saavalainen P, Ylikorkala O, et al. Erythrocyte sedimentation rate and C-reactive protein in the diagnosis of rheumatoid arthritis. *Scand J Rheumatol.* 1982;11(1):32-36. Disponible en: <https://www.clinexprheumatol.org/abstract.asp?a=3491>.
44. Lard LR, Huizinga TW, Vencovsky J, et al. The relationship between C-reactive protein and disease activity in rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2004;63(6):755-760.
45. Sieper J, Rudwaleit M, Braun J, et al. The assessment of axial spondyloarthritis: the role of magnetic resonance imaging. *Rheumatology (Oxford).* 2009;48(4):417-426.
46. Haraoui B, et al. Recommendations for the use of biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis: a systematic review. *J Rheumatol.* 2013;40(6):966-974.
47. Lee JH, Kim CH. Complementary and alternative therapies for rheumatoid arthritis: a systematic review. *J Rheumatol.* 2015;42(2):210-218.
48. Solomon DH, Gelfand JM, Patkar N, et al. Cardiovascular risk in rheumatoid arthritis: a systematic review. *Arthritis Care Res (Hoboken).* 2010;62(3):385-393. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S277263202300034X?via%3Dihub>.
49. Scherer HU, Haeckel T, Fleischer D, et al. Comorbidities in patients with rheumatoid arthritis. *Z Rheumatol.* 2015;74(4):367-375
50. Hurst NP, et al. Health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis: a review of the literature. *J Rheumatol.* 2000;27(8):1868-1873. Disponible en: <https://bmcrheumatol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41927-019-0080-9>.