

Centro Provincial de Información Ciencias Médicas Ciego de Ávila

Artritis Reumatoide



¿Qué es la artritis reumatoide?

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica (de larga duración) que afecta sobre todo a las articulaciones, como las que se encuentran en las muñecas, las manos, los pies, la columna vertebral, las rodillas y la mandíbula. La artritis reumatoide causa inflamación en las articulaciones, lo que origina: dolor, hinchazón, rigidez, pérdida de funciones.

La artritis reumatoide es un trastorno autoinmunitario porque el sistema inmunitario ataca los tejidos sanos de las articulaciones. Por lo general, el sistema inmunitario ayuda a proteger al cuerpo de infecciones y enfermedades.

La artritis reumatoide puede originarle un cansancio inusual, fiebres esporádicas y pérdida del apetito. También puede causar otros problemas médicos en el corazón, los pulmones, la sangre, los nervios, los ojos y la piel.

Los tratamientos pueden ayudar a que las personas con la enfermedad lleven una vida productiva.

¿A quién le puede dar artritis reumatoide?

Ciertos factores de riesgo aumentan la probabilidad de tener artritis reumatoide, entre los que se incluyen los siguientes:

Edad. La artritis reumatoide puede ocurrir a cualquier edad, pero, el riesgo de que se presente aumenta con la edad.

Sexo. La artritis reumatoide es más común en las mujeres que en los hombres.

Antecedentes familiares. Si un familiar tiene artritis reumatoide, es más probable que usted presente la enfermedad.

Tabaquismo. Las personas que fuman durante un período prolongado corren un mayor riesgo de tener artritis reumatoide.

Obesidad. Ser obeso puede aumentar el riesgo de tener la enfermedad y también puede limitar su mejoría.

Enfermedad de las encías.

¿Cuáles son los síntomas de la artritis reumatoide?

Algunos de los síntomas frecuentes de la artritis reumatoide incluyen:

Dolor articular en reposo y al moverse, junto con sensibilidad, hinchazón y calor en la articulación; rigidez articular que dura más de 30 minutos; cansancio inusual o poca energía; fiebre baja ocasional; pérdida de apetito.

La artritis reumatoide puede presentarse en cualquier articulación, pero ocurre con más frecuencia en las muñecas, las manos y los pies. Por lo general, los síntomas ocurren en ambos lados del cuerpo. Por ejemplo, si tiene artritis reumatoide en la mano derecha, es probable que también la tenga en la mano izquierda.



En algunas personas, la artritis reumatoide comienza lentamente, afectando solo pocas articulaciones. Sin embargo, si no se trata o si los tratamientos no funcionan, la artritis reumatoide puede empeorar y afectar más articulaciones. Esto puede provocar más daño y discapacidad. A veces, los síntomas de la artritis reumatoide empeoran en "brotos" debido a algún factor desencadenante como: estrés, demasiada actividad, suspensión repentina de los medicamentos.

Síntomas relativamente leves

Reagudizaciones esporádicas y largos periodos de remisión (en los cuales la enfermedad está inactiva)

Otras articulaciones comúnmente afectadas incluyen:

- Rodillas
- Hombros
- Codos
- Tobillos
- Caderas

La artritis reumatoide también puede afectar el cuello. La zona lumbar de la columna vertebral y las articulaciones de las puntas de los dedos de la mano no están afectadas.

Artritis reumatoide temprana en la mano. Las articulaciones inflamadas suelen volverse dolorosas y con frecuencia rígidas, sobre todo justo después de despertar (rigidez que dura por lo general más de 60 minutos) o tras un periodo prolongado de inactividad. Algunas personas se sienten cansadas y débiles, especialmente en las primeras horas de la tarde. La artritis reumatoide causa inapetencia con pérdida de peso y febrícula.

Las articulaciones afectadas suelen dar una respuesta dolorosa a la palpación y están calientes y aumentadas de tamaño como consecuencia de la hinchazón de los tejidos blandos que recubren la

articulación (sinovitis) y algunas veces de la acumulación de líquido en el interior de la articulación (líquido sinovial). Pueden deformarse rápidamente, y quedar fijas en una posición de tal forma que no se pueden doblar o estirar por completo, lo que limita la amplitud de movimientos. Los dedos tienden a desviarse ligeramente desde su posición original hacia el meñique de cada mano, haciendo que los tendones se deslicen fuera de su lugar, o pueden desarrollar otras.

Algunos trastornos, como la artritis reumatoide, así como algunos traumatismos pueden provocar que los dedos se doblen de forma anómala.

En la deformidad en cuello de cisne, la articulación de la base del dedo se dobla (flexión), la articulación central se estira (extensión) y la articulación más externa se curva hacia adentro (flexión). En la deformidad en ojal, la articulación central del dedo se dobla hacia adentro (hacia la palma) y la articulación más externa se dobla hacia fuera (alejándose de la palma).



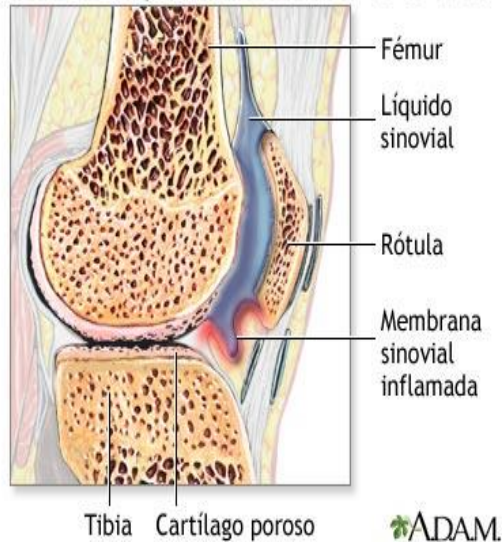
Doblamiento anómalo de los dedos

La hinchazón de las muñecas puede pinzar un nervio y producir entumecimiento u hormigueo debido al síndrome del túnel carpiano que consiste en una compresión dolorosa (pellizco) del nervio mediano en su paso a través del túnel carpiano de la muñeca.

Los quistes que se forman detrás de las rodillas afectadas pueden reventarse, causando dolor e hinchazón en la parte inferior de las piernas. Hasta un 30% de las personas con artritis reumatoide presentan bultos duros justo debajo de la piel (denominados nódulos reumatoideos), habitualmente cerca de los lugares de presión, (como la

zona posterior del antebrazo próxima al codo).

Vista del corte sagital de la articulación de la rodilla



inflamación de las membranas que recubren los pulmones (pleuras) o del saco que rodea al corazón (pericardio) o la inflamación y fibrosis de los pulmones o el corazón derivan en dolor torácico o dificultad respiratoria. Algunas personas desarrollan inflamación de los ganglios linfáticos (linfadenopatía), síndrome de Felty (un número bajo de glóbulos blancos y un agrandamiento del bazo), síndrome de Sjögren.

Con escasa frecuencia, la artritis reumatoide causa inflamación de los vasos sanguíneos (vasculitis).

Los trastornos vasculíticos se producen por inflamación de los vasos sanguíneos (vasculitis). La vasculitis puede ser desencadenada por ciertas infecciones o medicamentos.

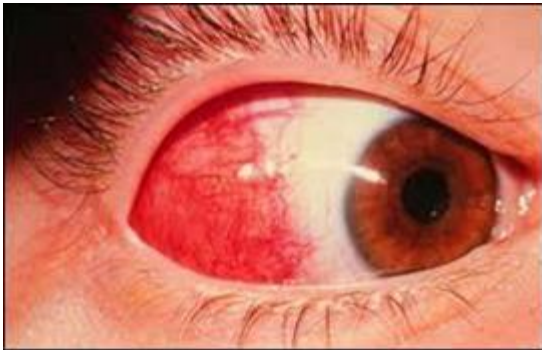
Esta afección hace que disminuya el aporte de sangre hacia los tejidos y puede causar daños en los nervios o llagas en las piernas (úlceras). La



Es una enfermedad reumática autoinmunitaria común y se caracteriza por una sequedad excesiva de los ojos, la boca y otras membranas mucosas. (sequedad de boca y ocular), adelgazamiento de la parte blanca del ojo (esclerótica), u

ojos rojos e irritados a causa de la inflamación)

La epiescleritis es la inflamación del tejido situado entre la esclerótica (la capa de fibra blanca dura que cubre el ojo) y la conjuntiva (la membrana que recubre el párpado).



La artritis reumatoide también puede afectar el cuello, por lo que los huesos se vuelven inestables y aumenta el riesgo de que estos tensionen (compriman) la médula espinal ciertas lesiones y trastornos comprimen la médula espinal, causando dolor de espalda o cuello, hormigueo, debilidad muscular y otros síntomas.



¿Cuáles son las causas de la artritis reumatoide?

Los médicos no saben qué hace que el sistema inmunitario ataque las articulaciones y otros tejidos del cuerpo. Una combinación de genes, factores ambientales y hormonas sexuales puede provocar la enfermedad.

¿Hay alguna prueba para la artritis reumatoide?

No hay una sola prueba para diagnosticar la artritis reumatoide. Para diagnosticar esta enfermedad, los médicos se basan en: su historial médico, un examen físico, los resultados de los análisis de laboratorio, radiografías u otras pruebas.

¿Cómo se trata la artritis reumatoide?

El tratamiento de la artritis reumatoide puede aliviar los síntomas, lo que mejora su calidad de vida. Los médicos pueden usar las siguientes opciones para tratar esta enfermedad: medicamentos para aliviar el dolor y la hinchazón, y para retrasar el daño articular; cirugía, como la cirugía de reemplazo articular; atención continua para ver cómo están funcionando los medicamentos y para cambiar el tratamiento según sea necesario.

Las metas del tratamiento son ayudar a:

Aliviar el dolor; disminuir la inflamación y la hinchazón; prevenir, retrasar o detener el daño a las articulaciones y los órganos; que la persona pueda participar en sus actividades diarias.

¿Quién puede tratar la artritis reumatoide?

Para el diagnóstico y el tratamiento de la artritis reumatoide es necesario

un esfuerzo de equipo, lo que incluye su participación, junto a varios tipos de profesionales de la salud. Estos pueden incluir: reumatólogos, que se especializan en la artritis y otras enfermedades de los huesos, las articulaciones y los músculos; proveedores de atención primaria, como internistas, que se especializan en el diagnóstico y el tratamiento médico de adultos; cirujanos ortopédicos, que se especializan en el tratamiento y la cirugía de enfermedades y lesiones de los huesos y las articulaciones; fisioterapeutas, que ayudan a mejorar la función articular; terapeutas ocupacionales, que enseñan cómo proteger las articulaciones, reducir el dolor, llevar a cabo actividades de la vida diaria y conservar la energía; Nutricionistas o dietistas, que enseñan cómo tener una buena alimentación para mejorar la salud y mantener un peso saludable; enfermeros educadores, que se especializan en ayudar a las personas a comprender su enfermedad en general y a establecer planes de tratamiento; profesionales de salud mental, que ayudan a las

personas a enfrentar las dificultades en el hogar o en el lugar de trabajo, que podrían originarse de sus problemas médicos.



Cómo adaptarse a la artritis reumatoide

Hay varias cosas que puede hacer que le ayudarán a aprender acerca de la artritis reumatoide, y cómo cuidarse y mantener una actitud positiva.

Descanso y ejercicio. Cuando su artritis reumatoide esté activa, descanse más y cuando no lo está, haga más ejercicio. El descanso ayuda a reducir la hinchazón, el dolor y la fatiga de las articulaciones. El ejercicio es importante para mantener los músculos fuertes, conservar el movimiento en las articulaciones y mantenerse flexible. Por lo general,

los médicos recomiendan ejercicios de bajo impacto, como los ejercicios acuáticos. Hable con su médico, antes de comenzar cualquier programa de ejercicios.

Cuidado de las articulaciones.

Algunas personas se ponen una férula durante poco tiempo para reducir el dolor y la hinchazón. Hable con su médico o con un terapeuta físico u ocupacional antes de usar una férula. Otras formas en que puede proteger sus articulaciones incluyen:

- Usar dispositivos de autoayuda, como artículos con una empuñadura grande, tiradores de cierres (cremalleras) o calzadores de mango largo.
- Usar herramientas que ayudan con las actividades de la vida diaria, como un cepillo de dientes o cubiertos adaptables.
- Usar dispositivos que le ayuden a sentarse y levantarse de las sillas, los inodoros y las camas.

- Elegir actividades que ejerzan menos presión en sus articulaciones, como limitar el uso de las escaleras o tomar períodos de descanso al caminar largas distancias.
- Mantenerse en un peso saludable para ayudar a reducir la tensión sobre las articulaciones.
- Observación de los síntomas. Es importante informar a su médico sobre cualquier cambio en los síntomas o si surgen nuevos.
- Manejo del estrés. Las emociones que puede sentir debido a la artritis reumatoide (temor, enojo y frustración), junto con cualquier dolor, limitaciones físicas y la naturaleza impredecible de los brotes, pueden aumentar su nivel de estrés. El estrés puede hacer que sea más difícil adaptarse a vivir con la enfermedad. El estrés también puede afectar cuánto dolor siente. Las formas de lidiar con el estrés pueden incluir: períodos de descanso regulares; técnicas como la respiración profunda, la meditación o escuchar música o sonidos suaves; programas de ejercicios de movimiento, como yoga y tai chi.
- Control de la salud mental. Vivir con artritis reumatoide puede ser difícil. Si se siente solo, ansioso o deprimido, hable con su médico, un trabajador social de apoyo por la artritis reumatoide o un profesional de la salud mental. Hable con sus familiares y sus amigos sobre su enfermedad para ayudarlos a comprenderla. Le puede ser útil unirse a un grupo de apoyo comunitario o en línea.
- Dieta saludable. Una dieta que incluya un consumo adecuado de calorías, proteínas y calcio es importante para mantener la salud en general. Hable con su médico si toma bebidas alcohólicas porque estas pueden interactuar con los medicamentos para la artritis reumatoide.

- Hable con su médico antes de realizar cambios en su dieta o actividades.



Diagnóstico de la artritis reumatoide

- Análisis de sangre
- Radiografías
- Análisis del líquido sinovial
- Además del importante patrón sintomático característico, el médico utiliza unos criterios establecidos para confirmar el diagnóstico de artritis reumatoide. Se sospecha que la persona sufre artritis reumatoide si en más de una articulación presenta una clara inflamación del recubrimiento articular que no está causada por otro trastorno.

Los médicos diagnostican artritis reumatoide si los pacientes presentan ciertas combinaciones de los siguientes criterios:

- Afectación de las articulaciones más típicamente afectadas en la artritis reumatoide
- Altos niveles en sangre de factor reumatoide, anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados, (anticuerpos anti-PCC), o ambos
- Niveles altos de proteína C-reactiva, alta velocidad de sedimentación globular (VSG), o ambas cosas
- Síntomas con una duración de por lo menos 6 semanas

Se realizan análisis de sangre para determinar la concentración en sangre de factor reumatoide y los anticuerpos anti-PCC, y generalmente la proteína C-reactiva, la VSG o ambos. También se realizan frecuentemente radiografías de las

manos, las muñecas y las articulaciones afectadas.

Estas radiografías simples, los rayos X son ondas de radiación de alta energía que pueden penetrar en la mayoría de las sustancias (en diferentes grados). A dosis muy bajas, los rayos X se utilizan para producir imágenes. muestran cambios característicos en las articulaciones causados por la artritis reumatoide.

La Resonancia magnética nuclear (RMN).

En las imágenes por resonancia magnética nuclear (RMN) se utiliza un campo magnético potente y ondas de radio de muy alta frecuencia para producir imágenes muy detalladas.

Otra prueba de diagnóstico por la imagen, detecta anomalías en las articulaciones en una fase anterior, pero no suele ser necesaria inicialmente.

Los médicos también pueden insertar una aguja dentro de una

articulación para extraer una muestra de líquido sinovial. El fluido se examina para determinar si sus características pueden encajar con las detectadas en la artritis reumatoide y para descartar otros trastornos que causan síntomas similares a la artritis reumatoide.

El líquido sinovial debe ser analizado para determinar que una persona tiene artritis reumatoide, pero no es necesario analizarlo cada vez que un brote provoque que las articulaciones se inflamen.

Análisis de sangre

Muchas personas con artritis reumatoide tienen anticuerpos específicos en la sangre, como el factor reumatoide y los anticuerpos anti-PCC.

El factor reumatoide está presente en el 70% de los sujetos con artritis reumatoide. (El factor reumatoide también se produce en varias otras enfermedades, como el cáncer, el lupus eritematoso sistémico, la hepatitis, y ciertas infecciones.

Algunas personas sin ningún tipo de trastorno, en particular los adultos mayores, tienen el factor reumatoide en la sangre). Por lo general, cuanto más altos son los niveles del factor reumatoide en la sangre, más grave es la artritis reumatoide y peor el pronóstico.

Los anticuerpos anti-PCC están presentes en más del 75% de las personas que tienen artritis reumatoide y casi nunca aparecen en las personas que no la tienen.

Los niveles de proteína C-reactiva suelen ser altos en las personas con artritis reumatoide. Los niveles de proteína C-reactiva (una proteína que circula en la sangre) aumentan radicalmente cuando hay inflamación. Los niveles elevados de proteína C-reactiva pueden significar que la enfermedad está activa.

La velocidad de sedimentación globular (VSG) aparece aumentada en un 90% de las personas que tienen artritis reumatoide activa.

La VSG es otra prueba de inflamación y mide la velocidad con la que los glóbulos rojos (eritrocitos) se depositan en el fondo de un tubo de ensayo lleno de sangre. Sin embargo, en otros muchos trastornos también se producen aumentos similares de la VSG, de la concentración de proteína C-reactiva o de ambos. Los médicos controlan periódicamente la VSG o la concentración de proteína C-reactiva para comprobar si la enfermedad está activa.

La mayoría de las personas con artritis reumatoide presentan una anemia. La anemia es una enfermedad en la que el número de glóbulos rojos (eritrocitos) es bajo. Los glóbulos rojos contienen hemoglobina, una proteína que les permite transportar oxígeno. (una cantidad insuficiente de glóbulos rojos en la sangre). En raras ocasiones, el número de glóbulos blancos (leucocitos) en la sangre es anormalmente bajo. Cuando una persona con artritis reumatoide tiene un número bajo de glóbulos blancos (leucocitos) en la sangre y presenta un agrandamiento del bazo, el

trastorno es conocido como síndrome de Felty.



Pronóstico de la artritis reumatoide

La evolución de la artritis reumatoide es impredecible. El trastorno progresa con mayor rapidez durante los 6 primeros años, sobre todo durante el primer año, y el 80% de las personas no tratadas desarrollan alteraciones articulares permanentes pasados 10 años. La artritis reumatoide reduce la esperanza de vida entre 3 y 7 años.

Las enfermedades del corazón (uno de los riesgos asociados a la artritis reumatoide), las infecciones y las hemorragias digestivas son las complicaciones más comunes que causan la muerte. Las reacciones adversas del tratamiento con

medicamentos, el cáncer y la enfermedad de base también pueden ser responsables. En raras ocasiones, la artritis reumatoide se cura espontáneamente.

El tratamiento alivia los síntomas en 3 de cada 4 personas; sin embargo, por lo menos el 10% de las personas que padecen artritis reumatoide acaban sufriendo una discapacidad grave a pesar de todo el tratamiento.

Entre los factores que tienden a empeorar el pronóstico se incluyen los siguientes:

- Ser de ascendencia caucásica, ser mujer, o ambos factores
- Tener nódulos reumatoideos
- Ser una persona mayor al comienzo del trastorno
- Tener inflamación en 20 o más articulaciones
- Fumar cigarrillos de modo habitual

- Obesidad
- Presentar una velocidad de sedimentación globular (VSG) elevada
- Presentar concentraciones elevadas de factor reumatoide o de anticuerpos antipéptidos anticíclicos citrulinados (anti-CCP, por sus siglas en inglés)

Un plan de tratamiento para la artritis reumatoide debe incluir, junto con los fármacos para reducir la inflamación articular, algunas terapias no farmacológicas, como ejercicio, fisioterapia.



Tratamiento de la artritis reumatoide

Fármacos o sustancias

Modificaciones del estilo de vida, tales como el reposo, la dieta, el ejercicio y dejar de fumar

Fisioterapia y terapia ocupacional

En ciertas ocasiones, intervención quirúrgica

El tratamiento incluye medidas básicas conservadoras junto con tratamientos físicos

La fisioterapia, un componente de la rehabilitación, consiste en ejercitar y manipular el cuerpo con énfasis en la espalda, la parte superior de los brazos y las piernas. Contribuye a mejorar. (que incluye masaje)

Los terapeutas de rehabilitación profesionales tratan el dolor y la inflamación. Este tipo de tratamiento contribuye a facilitar el movimiento y a capacitar al afectado para participar más plenamente.

Tracción y tratamientos de aplicación de calor Termoterapia.

Este tipo de tratamiento contribuye a facilitar el movimiento y a capacitar al afectado para participar más plenamente.

Terapia ocupacional (TO), uno de los componentes de la rehabilitación, está destinada a mejorar la capacidad del individuo para realizar las actividades básicas de cuidado personal, (que incluye dispositivos para facilitar la vida diaria de las personas afectadas).

Las articulaciones inflamatorias deben estirarse suavemente para evitar que queden fijas en una posición. La terapia de aplicación de calor puede ser beneficiosa porque el calor mejora la función de los músculos al reducir la rigidez y el espasmo muscular. A medida que la inflamación se va reduciendo, es conveniente realizar regularmente ejercicios activos, evitando, no obstante, que la persona se fatigue demasiado. Para muchas personas,

es más fácil hacer ejercicio en agua templada.

El tratamiento de las articulaciones contracturas consiste en la práctica de ejercicios intensos y en ocasiones la utilización de férulas para extender gradualmente la articulación. Para disminuir el dolor debido al empeoramiento temporal de la artrosis en una articulación se aplica frío crioterapia (terapia con frío) Los terapeutas de rehabilitación profesionales tratan el dolor y la inflamación. Este tipo de tratamiento contribuye a facilitar el movimiento y a capacitar al afectado para participar más plenamente.

Las personas con invalidez por artritis reumatoide utilizan varios instrumentos que les ayudan a llevar a cabo las tareas cotidianas. Por ejemplo, el calzado ortopédico especialmente modificado o las zapatillas deportivas hacen que la marcha sea menos dolorosa, y los dispositivos para facilitar la vida diaria, como las empuñaduras, reducen la necesidad de apretar la mano fuertemente.



Cirugía

Si los fármacos no han sido eficaces, se recurre, en algunos casos, al tratamiento quirúrgico. La reparación quirúrgica siempre se debe considerar en términos globales de la enfermedad. Por ejemplo, las manos y los brazos deformados limitan la capacidad para usar muletas durante la rehabilitación, y las rodillas y los pies gravemente afectados limitan los beneficios de la cirugía de cadera.

Deben determinarse objetivos razonables para cada persona, y se debe considerar su capacidad funcional. Se realiza la reparación quirúrgica mientras la enfermedad está activa.

La sustitución quirúrgica de la articulación de la rodilla o de la

cadera es la forma más efectiva de restablecer la movilidad y la función cuando la enfermedad articular está avanzada. Las articulaciones también pueden extirparse o fusionarse, especialmente en el pie, para hacer menos dolorosa la deambulación. Es posible fusionar el pulgar para permitir que la persona lo utilice para hacer pinza con la mano, y también pueden fusionarse las vértebras inestables de la parte superior del cuello para evitar que compriman la médula espinal.

La reparación articular mediante la sustitución de la articulación por una prótesis está indicada si el daño limita gravemente la función. La sustitución total de cadera y rodilla suele ser un éxito.



Prótesis de cadera (reemplazo total de cadera)

Algunas veces debe reemplazarse toda la articulación de la cadera. La articulación de la cadera comprende la parte superior (cabeza) del fémur y la superficie de la cavidad en la que se articula la cabeza del fémur. Este procedimiento se denomina sustitución total de cadera o artroplastia total de cadera.

Sustitución de rodilla

La articulación de una rodilla dañada por artrosis puede ser sustituida por una prótesis articular. Después de administrar anestesia general, el cirujano hace una incisión sobre la rodilla dañada. La rótula puede ser retirada, y los extremos del fémur y de la tibia se suavizan para que las partes de la articulación artificial (prótesis) se puedan unir más fácilmente. Una parte de la prótesis articular se introduce en el fémur y otra en la tibia, y luego se cementan en su sitio.



El objetivo principal del tratamiento farmacológico es reducir la inflamación y por lo tanto prevenir erosiones, deformidad progresiva y pérdida de la función articular.

Los principales tipos de fármacos utilizados en el tratamiento de la artritis reumatoide son:

Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) Medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) La artritis reumatoide es una artritis inflamatoria en la que las articulaciones, entre las que se suelen incluir las de manos y pies, se inflaman, dando lugar a hinchazón, dolor y frecuentemente.

Fármacos antirreumatoides modificadores de la enfermedad.

- ❖ Corticoesteroides
- ❖ Fármacos inmunosupresores
- ❖ Fármacos biológicos

Muchos de estos fármacos se utilizan en combinación. Por ejemplo, los médicos pueden recetar dos fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad juntos o un corticoesteroide más un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad. Sin embargo, todavía no se sabe con certeza cuáles son las mejores combinaciones de medicamentos.

Por lo general, los agentes biológicos no se utilizan en combinación con otros agentes biológicos porque dichas combinaciones aumentan la frecuencia de las infecciones.

Todas las categorías de fármacos tienen efectos secundarios potencialmente graves, debiéndose

vigilar su aparición durante el tratamiento.

Se suelen utilizar AINE medicamentos antiinflamatorios no esteroideos. En algunos casos, tratar la enfermedad subyacente elimina o minimiza el dolor. Por ejemplo, la inmovilización de una fractura o el tratamiento antibiótico para una articulación infectada. Los AINE no previenen el daño causado por el progreso de la artritis reumatoide por lo que no deben ser considerados su tratamiento principal.

Los AINE reducen la hinchazón de las articulaciones afectadas y alivian el dolor. Se pueden tomar por vía oral o aplicarse directamente sobre la piel sobre articulaciones dolorosas. La artritis reumatoide, a diferencia de la artrosis, causa una inflamación considerable. Por ello, los fármacos que reducen la inflamación, AINE incluidos, tienen una importante ventaja sobre fármacos como el paracetamol (acetaminofeno), que reducen el dolor, pero no la inflamación. Sin embargo, las personas con úlceras activas del tubo

digestivo (pépticas), incluyendo las úlceras de estómago o de duodeno por la acción del ácido y los jugos, no deben tomar AINE (a excepción de los inhibidores de la ciclooxigenasa), dado que dichos fármacos pueden causar trastornos gástricos.

Los fármacos denominados inhibidores de la bomba de protones (como esomeprazol, lansoprazol, omeprazol, pantoprazol y rabeprazol) reducen el riesgo de úlceras de estómago o duodenales.

Entre otros posibles efectos secundarios de los AINE se incluyen dolor de cabeza, confusión, incremento de la tensión arterial, empeoramiento de la hipertensión arterial, empeoramiento de la función renal, hinchazón y disminución de la función plaquetaria. Las personas que sufren de urticaria, de inflamación e hinchazón en la nariz o de asma después de tomar aspirina (ácido acetilsalicílico) pueden tener estos mismos síntomas después de tomar otros AINE. Los AINE aumentan el riesgo de infarto de miocardio y accidente

cerebrovascular. El riesgo parece mayor si se utilizan a dosis altas y durante largos periodos de tiempo. Con determinados AINE el riesgo es mayor que con otros.

La aspirina (ácido acetilsalicílico) ya no se usa para tratar la artritis reumatoide, porque las dosis eficaces a menudo son tóxicas.

Los inhibidores de la ciclooxigenasa (COX-2), llamados coxibs (como el celecoxib), son AINE que actúan de manera similar a los otros, pero con menor probabilidad de dañar el estómago. Sin embargo, si la persona también toma aspirina (ácido acetilsalicílico), es casi tan probable que se dañe el estómago como con otros AINE. Se debe tener precaución al utilizar los coxibs y probablemente todos los AINE durante largos periodos de tiempo o en personas con factores de riesgo de infarto de miocardio y accidente cerebrovascular.



Los modificadores de la enfermedad, como el metotrexato, la hidroxicloroquina, la leflunomida y la sulfasalazina, retrasan la progresión de la artritis reumatoide y se recetan a casi todas las personas con artritis reumatoide.

Los médicos suelen recetar estos medicamentos tan pronto como se haga el diagnóstico de la artritis reumatoide. En muchos casos el efecto no aparece hasta pasadas semanas o meses. Incluso si el dolor disminuye con los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), el médico recetará probablemente fármacos antirreumatoides modificadores de la enfermedad, porque la enfermedad progresa, aunque los síntomas estén ausentes o sean leves.

Alrededor de dos tercios de los afectados presentan una mejoría general, y las remisiones completas están empezando a ser más comunes. La progresión de la artritis suele retardarse, pero el dolor puede persistir. Las personas deben ser plenamente conscientes de los riesgos de los fármacos antirreumatoides modificadores de la enfermedad y vigilar estrechamente la aparición de cualquier indicio de toxicidad.

Las combinaciones de varios fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad son más eficaces que la administración exclusiva de uno de ellos. Por ejemplo, la hidroxicloroquina, la sulfasalazina y el metotrexato juntos son más efectivos que el metotrexato solo o los otros dos juntos. Además, combinar agentes biológicos con fármacos antirreumatoides modificadores de la enfermedad suele ser más eficaz que utilizar un único fármaco o ciertas combinaciones de FAME. Por ejemplo, el metotrexato se puede combinar con un inhibidor del TNF.

El metotrexato se toma por vía oral una vez a la semana. Tomado en dosis bajas como las utilizadas para el tratamiento de la artritis reumatoide actúa como antiinflamatorio. Es muy eficaz y comienza a hacer efecto en unas 3 o 4 semanas, lo cual es relativamente rápido para un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad. Si una persona tiene insuficiencia hepática o diabetes y toma metotrexato, debe visitar frecuentemente al médico y realizar análisis de sangre para detectar tempranamente los posibles efectos secundarios. Puede producirse cirrosis hepática, aunque lo más frecuente es que dicha enfermedad se detecte y revierta antes de que se produzca un daño importante. Se debe evitar beber alcohol para minimizar el riesgo de daño hepático. Se produce una inhibición de la médula ósea (inhibición de la producción de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas). Se deben realizar hemogramas al menos cada 2 meses en todas las personas que tomen este fármaco. La inflamación pulmonar es muy poco frecuente. También se produce

inflamación de la boca y náuseas. Al suspender la administración del metotrexato se pueden producir recaídas graves de la artritis. Los comprimidos de ácido fólico reducen algunos efectos secundarios, como las úlceras en la boca. Los nódulos reumatoides pueden agrandarse con la terapia de metotrexato.

La hidroxyclorequina se administra diariamente por vía oral. Entre sus efectos secundarios, que suelen ser leves, se incluyen erupciones cutáneas, dolores musculares y problemas oculares. Sin embargo, algunos problemas oculares son permanentes, por lo que las personas que toman hidroxyclorequina deben acudir al oftalmólogo antes de iniciar el tratamiento y cada 6 o 12 meses mientras dure este. Si el fármaco no ha sido eficaz pasados 9 meses, se interrumpe su administración. En caso contrario, se puede continuar el tratamiento con hidroxyclorequina durante el tiempo que sea necesario.

La leflunomida se toma todos los días por vía oral y produce beneficios similares a los del metotrexato, pero

es menos probable que cause supresión de la producción de células sanguíneas en la médula ósea, anomalías en la función hepática o inflamación de los pulmones (neumonitis). Se puede administrar al mismo tiempo que el metotrexato.

Los principales efectos secundarios son erupciones cutáneas, insuficiencia hepática, caída del cabello, diarrea y, con muy poca frecuencia, daño neurológico (neuropatía).

La sulfasalazina debe tomarse inicialmente por la noche por vía oral, y puede aliviar los síntomas y retardar el desarrollo del daño articular.

La sulfasalazina también se utiliza en personas que padecen una artritis reumatoide menos grave o como complemento del tratamiento con otros fármacos para potenciar su efectividad. La dosis se va incrementando gradualmente, y la mejoría suele notarse en un plazo de 3 meses. Dado que la sulfasalazina puede hacer disminuir de forma muy rápida el número de glóbulos blancos

(leucocitos) de una persona hasta valores muy bajos (neutropenia), se realizan análisis de sangre después de las 2 primeras semanas, y después aproximadamente cada 12 semanas, mientras dure el tratamiento. Al igual que los otros fármacos antirreumatoides modificadores de la enfermedad, puede causar trastornos estomacales, diarrea, problemas hepáticos, alteraciones de las células sanguíneas y erupciones cutáneas.

Los compuestos de oro ya no se utilizan.

Corticoesteroides

Los corticoesteroides son potentes medicamentos antiinflamatorios que deprimen el sistema inmunológico.

Los corticoesteroides, como la prednisona, son con mucho los fármacos más eficaces para reducir la inflamación y los síntomas de artritis reumatoide en cualquier parte del organismo. Aunque son eficaces en los tratamientos de corta duración, es posible que no eviten la destrucción

articular y que su eficacia disminuya con el tiempo, mientras que la artritis reumatoide suele permanecer activa durante años.

Existe alguna controversia sobre si los corticoesteroides pueden retrasar la progresión de la artritis reumatoide. Además, su uso prolongado supone casi invariablemente la aparición de efectos secundarios que afectan casi todos los órganos del cuerpo. En consecuencia, los médicos generalmente reservan los corticosteroides para su uso a corto plazo en las siguientes situaciones:

- Al comenzar el tratamiento, para los síntomas graves (hasta que un fármaco antirreumatoide modificador de la enfermedad comienza a tener efecto)
- En las reagudizaciones graves cuando se ven afectadas muchas articulaciones
- También son útiles para tratar la inflamación extraarticular; por ejemplo, en las membranas que envuelven los

pulmones (pleuras) o en el saco que rodea al corazón (pericardio).

- Debido al riesgo de efectos secundarios, se suele utilizar la mínima dosis eficaz. Cuando los corticoesteroides se inyectan en una articulación, la persona no presenta los mismos efectos secundarios que cuando los toma por vía oral o cuando se le administran por vía intravenosa.
- Los corticoesteroides se inyectan directamente dentro de las articulaciones afectadas cuando se trata de conseguir un alivio rápido, aunque de corta duración.
- Cuando se usan durante mucho tiempo, los corticoesteroides provocan aumento de peso, hipertensión arterial, diabetes, glaucoma y otros problemas oculares como las cataratas, además de aumentar el riesgo de ciertas infecciones.

Corticoesteroides suprarrenales

Corticoesteroides: uso y efectos secundarios

Los corticoesteroides son los fármacos más potentes disponibles para reducir la inflamación en el organismo. Son beneficiosos en cualquier proceso en el que se produce inflamación, incluidos la artritis reumatoide y otros trastornos del tejido conjuntivo.

Ejemplos de corticoesteroides:

- prednisona,
- dexametasona,
- triamcinolona,
- betametasona,
- beclometasona,
- fluocinolona
- (flunisolide)
- fluticasona.

Todos estos fármacos son muy potentes (aunque la intensidad de su acción depende de la dosis utilizada).

La hidrocortisona es un corticosteroide suave que se vende sin receta en forma de cremas para la piel.

Los corticoesteroides disminuyen la capacidad del organismo para combatir las infecciones mediante la supresión de la inflamación, normalmente cuando se administran por vía oral o por vía intravenosa. Debido a este efecto secundario, se utilizan con extremo cuidado en caso de infección. Su administración por vía oral o intravenosa puede causar o empeorar la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca, la diabetes, la úlcera péptica y la osteoporosis. Por ello, cuando la persona presenta alguno de estos procesos, los corticoesteroides se utilizan solo si se considera que el beneficio ha de superar el riesgo.

Cuando los corticoesteroides se administran por vía oral o mediante una inyección durante más de dos semanas, no debe interrumpirse súbitamente su administración.

La razón es que los corticoesteroides inhiben la producción de cortisol en las glándulas suprarrenales y el ritmo de producción tarda tiempo en recuperarse. Por este motivo, para finalizar un ciclo de tratamiento con corticoesteroides, la dosis se va reduciendo gradualmente. Es importante que quienes toman corticoesteroides sigan estrictamente las instrucciones del médico acerca de la dosis.

La utilización prolongada de corticoesteroides, particularmente a dosis altas y en especial cuando se administran por vía oral o intravenosa, da lugar invariablemente a muchos efectos secundarios que afectan a casi todos los órganos del cuerpo.

Entre los efectos secundarios frecuentes se incluyen adelgazamiento de la piel, que forma estrías y adquiere un aspecto amoratado, hipertensión arterial, altas concentraciones de azúcar en sangre, cataratas, hinchazón de la cara (cara redonda o de luna llena) y del abdomen, adelgazamiento de los

brazos y de las piernas, mala cicatrización de las heridas, retraso del crecimiento en los niños, pérdida de calcio en los huesos (que puede dar lugar a osteoporosis), hambre, aumento de peso y cambios de humor.

Los corticoesteroides inhalados y los que se aplican directamente en la piel causan muchos menos efectos secundarios que los administrados por vía oral, venosa, o inyectable.

Fármacos inmunodepresores

Los fármacos inmunodepresores debilitan (deprimen) el sistema inmunológico para ayudar a evitar que dicho sistema ataque a los tejidos del propio cuerpo. Cada uno de estos fármacos potentes puede retrasar la progresión de la enfermedad y disminuir el daño en los huesos contiguos a las articulaciones. Sin embargo, por el hecho de interferir con el sistema inmunitario, los fármacos inmunodepresores aumentan el riesgo de infección y de desarrollo de ciertos cánceres. Entre

dichos medicamentos se encuentran azatioprina y ciclosporina.

Azatioprina y ciclosporina son eficaces en el tratamiento de la artritis reumatoide grave. Reducen la inflamación, lo que permite evitar la utilización de corticoesteroides o rebajar su dosis. Se toman por vía oral una o dos veces al día. Azatioprina y ciclosporina son prácticamente tan eficaces como algunos fármacos antirreumatoides modificadores de la enfermedad, pero tienen sus propios efectos secundarios potencialmente tóxicos y graves, entre los que se encuentran enfermedad hepática, aumento de la susceptibilidad a las infecciones, inhibición de la producción de células sanguíneas en la médula ósea (neutropenia) y un aumento del riesgo de algunos cánceres. Además, la ciclosporina puede causar insuficiencia renal, hipertensión arterial, gota y diabetes. Las mujeres que planean quedar embarazadas no deben utilizar fármacos inmunosupresores sin consultar previamente con un médico.

Fármacos biológicos

Otras clases de fármacos inmunodepresores se denominan colectivamente agentes biológicos.

Un agente biológico está constituido a partir de un organismo vivo.

Muchos agentes biológicos utilizados para el tratamiento de la artritis reumatoide son anticuerpos. Los agentes biológicos utilizados para tratar la artritis reumatoide son:

Abatacept, rituximab, fármacos inhibidores del factor de necrosis tumoral (FNT) (adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab e infliximab), un bloqueante del receptor de la interleucina-1 (anakinra), bloqueantes del receptor de la interleucina-6 (tocilizumab y sarilumab) e inhibidores de la quinasa de Janus (tofacitinib, baricitinib y upadacitinib). El filgotinib y el peficitinib son otros inhibidores de la quinasa de janus

Los agentes biológicos, como los fármacos inmunodepresores, pueden reducir la inflamación, lo que permite

evitar la utilización de corticoesteroides o rebajar su dosis. En consecuencia, por el hecho de afectar al sistema inmunológico, los agentes biológicos aumentan el riesgo de infección y de aparición de ciertos cánceres.

El etanercept, el infliximab, el golimumab, el certolizumab pegol y el adalimumab son inhibidores del TNF y tienen un efecto muy notable en personas que no respondan suficientemente al tratamiento solo con metotrexato.

El etanercept se administra una vez por semana como inyección subcutánea.

Infliximab se administra por vía intravenosa. Después de administrar la primera dosis de infliximab, las siguientes dos dosis se administran a las 2 y a las 6 semanas. Después se administra infliximab cada 8 semanas.

El golimumab se inyecta por vía subcutánea cada 4 semanas.

El certolizumab pegol se administra mediante inyección subcutánea. Después de la primera dosis, las siguientes dos dosis se administran a las 2 y a las 4 semanas. A continuación, el fármaco se administra a intervalos de 2 semanas o 4 semanas, dependiendo de la dosis.

El adalimumab se inyecta por vía subcutánea cada 1 o 2 semanas.

El TNF es una parte importante del sistema inmunitario del organismo, por lo que su inhibición disminuye la capacidad del cuerpo para combatir las infecciones.

Estos medicamentos se deben evitar en las personas con infecciones activas y deben suspenderse antes de una cirugía mayor. El etanercept, el infliximab y el adalimumab se pueden utilizar (y suelen utilizarse) conjuntamente con el metotrexato. Las personas con insuficiencia cardíaca grave no deben tomar altas dosis de infliximab.

Anakinra es un bloqueante del receptor de la interleucina-1 (IL-1), lo que significa que interrumpe una de las principales vías químicas implicadas en la inflamación. El anakinra se administra en una única inyección subcutánea diaria. Los efectos secundarios más frecuentes son dolor y picor en el lugar de la inyección. La IL-1 forma parte del sistema inmunitario, así que su inhibición disminuye la capacidad para luchar contra las infecciones. El anakinra también inhibe la producción de glóbulos blancos (leucocitos). No se debe utilizar conjuntamente con inhibidores del TNF. Se prescribe con menor frecuencia porque debe administrarse diariamente.

El rituximab es un agente biológico que disminuye el número de linfocitos B, un tipo de glóbulos blancos responsables de la inflamación y de la lucha contra las infecciones.

Rituximab se suele reservar para las personas que no mejoran lo suficiente después de tomar metotrexato y un inhibidor del TNF. Se inyecta por vía intravenosa, en dos dosis, con dos

semanas de diferencia. Los efectos secundarios, como con cualquier otro fármaco inmunosupresor, incluyen un mayor riesgo de infecciones. Además, el rituximab produce algunos efectos mientras se está administrando, como erupciones cutáneas, náuseas, dolor de espalda, prurito y subida o bajada de la tensión arterial.

El abatacept es otro agente biológico que interfiere en la comunicación entre células que coordina la inflamación. Los efectos secundarios consisten en problemas pulmonares, dolor de cabeza (cefalea), mayor propensión a la infección e infección de las vías respiratorias altas. La primera inyección intravenosa dura más de 30 minutos. Después de eso, se administra de forma intravenosa o subcutánea a las 2 semanas y a las 4 semanas después de la primera dosis, y cada 4 semanas a partir de entonces.

Sarilumab es un bloqueante del receptor de la interleucina-6, lo que significa que interrumpe una de las principales vías químicas implicadas

en la inflamación. Este medicamento se administra a personas a quienes no les han resultado eficaces los fármacos antirreumatoides modificadores de la enfermedad o bien no los pueden tolerar. Sarilumab provoca la supresión de la producción de células sanguíneas en la médula ósea (neutropenia), la supresión de la producción de plaquetas en la médula ósea (a veces con una mayor propensión al sangrado) y un aumento de las concentraciones de enzimas hepáticas. Se administra mediante una inyección por debajo de la piel (subcutánea) una vez cada 2 semanas.

Tocilizumab también es un bloqueante de los receptores de interleucina-6 (IL-6). A menudo se utiliza para tratar a las personas que también están tomando metotrexato. Los efectos secundarios consisten en infección. Generalmente afecta los pulmones. Reacciones anafilácticas Las reacciones anafilácticas son reacciones alérgicas repentinas, generalizadas, potencialmente graves y con riesgo de muerte. Estas reacciones anafilácticas suelen

comenzar con (una reacción alérgica potencialmente mortal) y aumento de las concentraciones de enzimas hepáticas. Se administra por vía intravenosa cada 4 semanas.

El baricitinib es un inhibidor de la quinasa de Janus (Janus kinase [JAK]) que interfiere con la comunicación entre las células que coordina la inflamación mediante la inhibición de una enzima (la quinasa de Janus [JAK]). Este medicamento se administra a personas a quienes no les han resultado eficaces los inhibidores del TNF o bien personas que no pueden tolerar los antagonistas del TNF.

Se toma una vez al día por vía oral.

Tofacitinib también es un inhibidor de la quinasa de Janus (Janus kinase, JAK). Este medicamento se utiliza si una persona ha tomado metotrexato y no ha mejorado lo suficiente. El tofacitinib puede administrarse al mismo tiempo que el metotrexato. Se toma por vía oral dos veces al día.

El upadacitinib es un nuevo inhibidor de la quinasa de Janus que se

administra a adultos con artritis reumatoide de moderada a grave cuando el metotrexato no ha sido lo suficientemente eficaz.

Bibliografía.

1. MedlinePlus en español [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.) [actualizada 1 abril 2022]. Artritis Reumatoidea; [revisado 26 de abril 2022; [aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000431.htm>
2. Cuadrado Lozano, MJ. Artritis reumatoide [internet]. Navarra, España: Cuadrado Lozano, MJ. 2020 [citado: 2020 agosto 14]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/artritis-reumatoide>
3. Armas Rodríguez, WF, Alarcon Medina, GA, Ocampo Davila, FD, Arteaga Paredes, PA. Artritis reumatoide, diagnóstico, evolución y tratamiento. Rev Cuba Reumatol 21(3): sept.-dic. 2019 Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962019000300013
4. Ruiz Mejía C, Parada Pérez AM, Urrego Vásquez A, Gallego González D. Adherencia al tratamiento en artritis reumatoide: condición indispensable para el control de la enfermedad. Rev cubana Med Gen Integr 32 (3) Ciudad de La Habana jul.-set. 2016 Disponible: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300015