

Guía de Práctica Clínica: Nuevos criterios para el diagnóstico temprano de la artritis reumatoide

New diagnostic classification for rheumatoid arthritis

Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al Ann Rheum Dis. 2010; 69:1580-1588.

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por tumefacción, dolor articular y destrucción de la sinovial, lo que lleva a una discapacidad grave y mortalidad prematura.

En la última década, la optimización del uso de fármacos anti-reumáticos modificadores de la enfermedad (FARME), en particular el metotrexato, así como la disponibilidad de los nuevos agentes biológicos, han mejorado enormemente el éxito del manejo de la AR.

Se ha comprobado que la intervención terapéutica precoz mejora los resultados clínicos y reduce la acumulación del daño en las articulaciones, lo cual reduce a su vez la discapacidad. Sin duda, sería ideal tratar a los pacientes en una fase en la que la evolución de la destrucción de las articulaciones todavía pueda ser prevenida.

El modo estándar para definir la AR está basado en criterios que fueron establecidos por el Colegio Norteamericano de Reumatología (ACR por su sigla en inglés) en 1987, que permiten estratificar a los grupos de individuos para estandarizar su incorporación a los trabajos de investigación, brindar las bases para un abordaje común, y poder establecer comparaciones entre los estudios y los países.

Actualmente, con las terapias modernas, el objetivo es prevenir que los individuos afectados de AR lleguen al estadio de enfermedad crónica que da lugar a los criterios previamente mencionados. Es así que se formó un grupo de trabajo entre ACR y la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR por su sigla en inglés) para desarrollar un nuevo enfoque que facilite la identificación de las personas que se hallan en el primer estadio de la AR.

Descripción general de la hipótesis y los métodos utilizados

El grupo de trabajo estableció como objetivo el desarrollo de recomendaciones que puedan ser aplicadas a pacientes con sinovitis indiferenciada y permitan: 1) identificar al subgrupo de pacientes con alto riesgo de cronicidad y daño erosivo; 2) su utilización como base para el inicio de terapias modificadoras de la enfermedad y, 3) continuar identificando a los pacientes en estadios posteriores de la enfermedad.

Para alcanzar estos objetivos, el grupo de trabajo desarrolló un programa en tres fases: a) identificación de los factores que llevan a los médicos a iniciar tratamiento con FARME, sobre la base de cohortes de pacientes reales con AR temprana; b) discusión de la información y consenso; y c) elaboración final de la clasificación.

Para la primera fase (julio 2007 a noviembre 2008) se incluyeron nueve cohortes con 3.115 pacientes que presentaron artritis incipiente sin otra causa evidente. Se consideró al metotrexato como el patrón de oro terapéutico. De esta fase surgió información sobre el peso relativo (expresado en odds ratio*) de distintos escenarios clínicos y de laboratorio en la probabilidad de desarrollar AR.

Para la segunda fase (noviembre 2008 a junio 2009) se reunieron 24 reumatólogos con amplia experiencia en el diagnóstico y manejo de AR para refinar mediante consenso los dominios (y sus respectivas categorías) involucrados en el juicio clínico sobre la probabilidad de progresión a AR. El peso de cada categoría se realizó mediante proceso interactivo e iterativo asistido por el programa computarizado ad hoc.

En la tercera fase se integraron los hallazgos de las dos fases anteriores para refinar el sistema de puntuación y establecer un punto de corte apropiado para el diagnóstico definitivo de AR.

La determinación del punto de corte óptimo para clasificar a un individuo como portador de una AR definida se logró analizando la puntuación de 50 casos clínicos utilizando la escala previamente elaborada. De esta manera, luego de redondear (maximizando la sensibilidad del punto de corte) se estableció un valor de 6/10 puntos como umbral para identificar el punto en que los casos cambian de "AR probable" a "AR definida". Ver cuadro 1.

Posteriormente se realizó la validación del conjunto de criterios finales tanto en las cohortes inicialmente utilizadas para la elaboración de esta guía, como en otras cohortes no incluidas inicialmente.

Otras presentaciones clínicas: enfermedad tardía y erosiones. Debido a que estos nuevos criterios de clasificación persiguen el diagnóstico y tratamiento precoz de la AR, las erosiones articulares no fueron consideradas en el sistema de puntuación. Sin embargo, el grupo de trabajo reconoció que los pacientes se pueden presentar en las etapas posteriores de la enfermedad.

Por lo tanto, además de los pacientes con presentación incipiente, se deberán considerar el diagnóstico de AR en otros tres grupos: 1) pacientes con las erosiones típicas de AR; 2) pacientes con enfermedad de larga data, activa o inactiva que, en quienes se pueda establecer que hubieran cumplido con los nuevos criterios sobre la base del análisis retrospectivo de los datos disponibles; y 3) en pacientes bajo tratamiento por enfermedad temprana que aún sin cumplir con todos los criterios al inicio del tratamiento, lo hacen a medida que su estado evoluciona en el tiempo.

Fuente de financiamiento: no referida específicamente para el desarrollo de la guía, sin embargo se explicita claramente que varios de los autores han recibido aportes económicos de entidades farmacéuticas varias.

Comentario

En los nuevos criterios ACR/EULAR 2010 desaparece la valoración de la rigidez matinal, así como el compromiso de las manos o la simetría. Los nódulos reumatoideos también dejan de formar parte de la misma ya que se consideran manifestaciones tardías y se excluyen asimismo las lesiones radiológicas (su presencia hace diagnóstico de AR). Por otro lado, los nuevos criterios consideran la valoración de nuevos grupos articulares, como hombros y caderas e incorporan y ponderan a los marcadores serológicos (factor reumatoideo y anticuerpos anti péptidos citrulinados), introduciendo además los reactantes de fase aguda (eritrosedimentación y proteína C reactiva).

Otra diferencia importante a señalar es la duración de los síntomas. En los criterios ACR 1987 era indispensable la persistencia temporal de los síntomas para establecer el diagnóstico de AR, mientras que en esta nueva clasificación, la duración forma parte de un punto individual, no necesariamente excluyente.

Conclusiones del comentarador

Los nuevos criterios de clasificación de la artritis reumatoide ACR/EULAR presentan un nuevo enfoque con énfasis en la identificación específica de pacientes con una duración relativamente corta de los síntomas que pueden beneficiarse con la indicación de FARME al comienzo de la enfermedad o participar en ensayos clínicos de nuevos agentes terapéuticos que pueden detener el desarrollo de la enfermedad.

Determinación del punto de corte óptimo para definir AR

Cuadro 1: Criterios de clasificación de Artritis Reumatoidea 2010 ACR/EULAR

Población blanco (¿quienes deberían ser incluidos?):* pacientes que:	
1) Tengan al menos una articulación con clínica de sinovitis (tumefacción)**, y	
2) Cuya sinovitis no pueda explicarse por otra enfermedad ¹ .	
Criterios de clasificación (se requiere un puntaje de 6/10 para que el paciente sea clasificado definitivamente con diagnóstico de AR ³)	
	Puntaje
a) Articulaciones comprometidas⁴	
1 articulación grande ⁵	0
2 a 10 articulaciones grandes	1
1 a 3 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de articulaciones grandes) ⁶	2
4 a 10 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de grandes articulaciones)	3
Más de 10 articulaciones (con al menos 1 articulación pequeña)**	5
b) Serología (se requiere al menos de un resultado para realizar la clasificación) ⁷	
FR – y anti ACPA –	0
FR + a títulos bajos o ACPA + a títulos bajos	2
FR + a títulos altos o ACPA + a títulos altos	3
c) Reactantes de fase aguda (se requiere al menos de un resultado para realizar la clasificación) ⁸	
VSG o PCR normal	0
VSG o PCR anormal	1
d) Duración de los síntomas⁹	
Menos de seis semanas	0
Seis semanas o más	1

AR: artritis reumatoidea. FR: factor reumatoideo. ACPA: anticuerpos anti péptidos citrulinados, por su sigla en inglés. VSG: velocidad de sedimentación globular, o eritrosedimentación. PCR: reacción en cadena de la polimerasa, por su sigla en inglés.

*El criterio está orientado a clasificar pacientes nuevos. Los pacientes con patrones erosivos típicos de AR con historia compatible previo a la elaboración de los criterios 2010, deberían ser clasificados como AR. Los pacientes con enfermedad de larga data, incluso aquellos con formas inactivas (con o sin tratamiento), en quienes revisando retrospectivamente los datos disponibles cumplan con los criterios 2010, deben ser clasificados como AR.

**Tiene que haber evidencia de sinovitis clínicamente activa (tumefacción) al menos en una articulación, determinada por un evaluador especializado. Todas las articulaciones pueden ser asignadas para este propósito salvo las articulaciones interfalángicas distales, las primeras metatarsofalángicas y las primeras carpometacarpianas, ya que estas suelen estar comprometidas en la artrosis.

¹El diagnóstico diferencial varía según el tipo de presentación y podría incluir al lupus eritematoso sistémico, artritis psoriásica y gota. Cuando el cuadro no resulte claro se deberá solicitar la consulta a un experto en reumatología.

³Aun cuando los pacientes con puntaje menor a 6/10 no califican para AR, su estatus puede ser reevaluado y el criterio podría ser cumplido acumulativamente con el tiempo.

⁴El compromiso articular se refiere a tumefacción o sensibilidad, que podría ser confirmada por imágenes. Las articulaciones interfalángicas distales, primera carpometacarpianas, y primera metatarsofalángicas deben ser excluidas de la valoración. Las articulaciones afectadas se categorizan de acuerdo a la localización y el número de articulaciones comprometidas.

⁵Articulaciones grandes: hace referencia a hombros, codos, rodillas, caderas, tobillos.

⁶Articulaciones pequeñas: hace referencia a articulaciones metacarpofalángicas, interfalángicas proximales, segunda a quinta metatarsofalángicas, interfalángicas del pulgar y muñecas.

⁷En esta categoría, al menos el compromiso articular debe ser de una pequeña articulación. Las otras articulaciones pueden incluir cualquier combinación de articulaciones grandes y articulaciones pequeñas adicionales, así como otras articulaciones no específicamente listadas (ej.: temporomandibular, acromioclavicular, esternoclavicular, etc.).

⁸Negativo: se refiere a valores expresados en unidades internacionales menores o iguales al límite normal superior establecidos por el laboratorio y la prueba de referencia.

Positivos bajos: valores que exceden al límite normal superior hasta tres veces el valor del mismo. Positivos altos: valores que superan en tres o más veces el límite normal superior. Cuando el resultado del factor reumatoideo solo este disponible como positivo o negativo, un valor positivo deberá ser considerado como positivo bajo.

⁹Un resultado normal/anormal se determina de acuerdo a los estándares del laboratorio local.

¹⁰La duración de los síntomas hace referencia a lo que el paciente refiere como síntomas de sinovitis (ej.: dolor, tumefacción, sensibilidad).

Gabriela Villarreal [Médica Especialista en Reumatología del Hospital Misericordia de Córdoba. gabi_villarreal@yahoo.com.ar]

Villarreal G. Nuevos criterios para el diagnóstico temprano de la artritis reumatoide. Evid Act Pract Ambul Abr-Jun 2012;15(2):76-77. Comentado de: Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann Rheum Dis 2010;69:1580-1588. PMID: 20699241.

Bibliografía

1. Gómez, A: Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide. Reumatol Clin. 2011;6(S3):S33-S37.