La Artritis en el Lupus Eritematoso Diseminado (LES)

SERGIO IACOBELLI G.

La inflamación articular es una de las manifestaciones clínicas más precoces en aparecer y más frecuentes del LES. La prevalencia en las distintas series varía entre el 60% y el 95% de los enfermos a lo largo de los años. Habitualmente son artritis de mediana intensidad, transitorias, no erosivas, que responden rápidamente al tratamiento. Entre el 5% y el 15% de las veces, sin embargo, esta artritis se hace persistente, deformante, con erosiones o sin ellas, y puede llegar a ser la principal manifestación de la enfermedad.

Se describe el caso de un hombre con Lupus que presenta artropatía crónica, no erosiva, deformante, como la expresión clínica más importante de su enfermedad.

CASO CLÍNICO

Se trata de un hombre de 48 años que empezó su enfermedad en marzo de 2008, con dolor en hombros, codos, rodillas y manos; se trató con AINE, sin mayor respuesta. Como estas molestias estaban dificultando su trabajo de chofer de buses urbanos, decidió consultar en Reumatología. Encontraba que había enflaquecido y había notado la aparición de algunas úlceras en la boca. No tenía historia de fotosensibilidad ni de Raynaud.

Estaba en buenas condiciones, afebril, con artritis de metacarpofalángicas (mcf), de interfalángicas proximales (ifp) y de ambas rodillas. En la boca tenía una erosión superficial. No había evidencias de sequedad bucal ni de los ojos. El resto del examen era normal, pero no se sentía bien.

Los exámenes de laboratorio mostraron hemograma normal con Sedimentación Globular de 42 mm/h. La Proteína C Reactiva era 113 (nml: hasta 20). Perfil bioquímico normal, al igual que el examen de orina y la creatinina sérica.

Tenía Anticuerpos antinucleares positivos a título 1/160 en Inmunofluorescencia (IF) en Células HEP2. También tenía positivo el antiDNA 1/20 por IF en Crithidia y por la técnica de Farr (37 U para un normal de hasta 15 U). También era positivo el anti Ro. Los niveles séricos de Complemento fueron normales y el Factor Reumatoide y los anticuerpos antiCCP fueron negativos.

Figura 1. Se aprecian las manos con deformaciones de los dedos en cuello de cisne, totalmente reducibles. La radiografía de la mano izquierda muestra subluxaciones, pero no hay erosiones.

Se hizo el diagnóstico de LES y se inició tratamiento con Hidroxicloroquina y con Prednisona. Como siguiera con artritis de manos y rodillas, se agregó Metotrexato, llegando a dosis de 20 mg/sem. Tampoco hubo alivio con este tratamiento, de modo que a los 18 meses de evolución se cambió Metotrexato por Azatioprina, hasta 100 mg/día. También se aumentó la Prednisona.

Con este cambio se fue sintiendo mejor. Al ir bajando la Prednisona, reaparecieron las artralgias, por lo que se subió la dosis de Azatioprina. Estando ya más aliviado, se hizo RM de rodilla izquierda, que mostró importante daño meniscal. Su principal problema comenzó a ser la artralgia de las manos y la lenta aparición de deformidad reversible con puño defectuoso.

COMENTARIO

El compromiso articular fue descrito en forma acuciosa por Alarcón-Segovia en 1988. En su serie de 858 enfermos, presentó 41 pacientes con artritis crónica de las manos. Estos enfermos tenían:

Colapso del carpo no erosivo
Deformación del pulgar en "Z"
Desviación hacia cubital de los dedos, no erosiva, con "ganchos" en las mcf.
Subluxación de mcf.
Deformación en cuello de cisne de los dedos
Erosiones escasas y asimétricas.

Posteriormente se fue observando que lo habitual era la presencia de dolor y rigidez sin gran presencia de inflamación al examen físico; estas alteraciones eran habitualmente transitorias, migratorias y reversibles.

En su trabajo de 1998, Van Guth y colaboradores estudiaron 176 enfermos con LES. Encontraron 17 con una artropatía crónica deformante. Según la presencia de erosiones, ellos los agruparon en tres categorías:

1. Ocho enfermos sin erosiones (y los asimilaron a la artropatía de Jaccoud).
2. Tres pacientes con erosiones (y se acuñó el término "Rupus" para estos enfermos).
3. Seis enfermos con artropatía deformante muy leve.

Por otra parte, Sá Ribeiro y colaboradores de Brasil estudiaron con RM 20 enfermos con Lupus y artropatía de Jaccoud. Ninguno tenía erosiones en las radiografías de manos habituales. En la RM encontraron que 10 de ellos (50%) tenían erosiones y que todos tenían sinovitis y tenosinovitis.

Autores italianos publicaron recientemente un estudio sobre 108 enfermos con Lupus vistos en forma consecutiva. Cuatro de ellos tenían erosiones en las radiografías. Usando Ultrasonografía, demostraron erosiones en el 25% de su serie. Además, 38% tenían artritis y 42% tenosinovitis. 20% tenían ambas. Seis enfermos (5,5%) fueron clasificados como artropatía de Jaccoud, en tanto que ocho enfermos (7,4%), con erosiones importantes, fueron identificados como Rupus.

A la luz de estas publicaciones recientes, aún no podemos tener un concepto claro de la naturaleza y progresión de la enfermedad erosiva articular detectada por ultrasonido.

No sabemos si en los años siguientes esas erosiones se van a constituir en daño estructural articular permanente, afectando la función.

No tenemos elementos claros aún para decidir si estas manifestaciones subclínicas de artropatía debieran recibir un tratamiento farmacológico más agresivo.

Por último, hay cierto consenso que el término Rupus se refiere a la sobreposición de dos enfermedades: Artritis Reumatoide y LES. Esto es avalado por la mayor asociación de este cuadro clínico con la presencia de Factor Reumatoide y antiCCP y con la presencia significativamente más frecuente del Epítopo Compartido en una o dos copias en estos enfermos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

— ALARCÓN-SEGOVIA D, ABUD-MENDOZA C, DÍAZ-JOUANEN E y cols. Deforming arthropathy of the hands in systemic lupus erythematosus. J Rheumatol 1988; 15:65-9.

— VAN VUGT RM, DERKSEN RH y cols. Deforming arthropathy or lupus and rhupus hands in systemic lupus erythematosus. Ann Rheum Dis 1998; 57:540-4.

— GABBA A, PIGA M, VACCA A y cols. Joint and tendon involvement in systemic lupus erythematosus: an ultrasound study of hands and wrists in 108 patients. Rheumatology 2012; 51:2278-85.

— CHAN y cols. Associations of erosive arthritis with anti-cyclic citrullinated peptide antibodies and MHC Class II alleles in systemic lupus erythematosus. J Rheumatol 2008; 35:77-83.

— MURPHY G, ISENBERG DA. Connective tissue diseases: SLE-associated arthropathy: truly a benign entity?. Nat Rev Rheumatol 2012; 8:695-6.