

Relato de caso: artritis reumatoide con evolución para síndrome de felty “la rigidez del amanecer”

*Case report: Rheumatoid arthritis with evolution to Felty syndrome
“The sunrise’s of body rigidity”*

RODRIGUES, Morete Nubia Nunes

Médica Cirujana, especialista en Didáctica Universitaria y en Medicina de la Familia

RODRIGUES, Fabricio Nunes

Médico Cirujano, Especialista en Didáctica Universitaria

ANSCHAU, Tiago de Oliveira

Académico del Curso de Medicina de la Universidad Central del Paraguay

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Central del Paraguay
Núcleo de Investigación Internacional en Ciencias Médicas
Ciudad Del Este, Alto Paraná, Paraguay

77

RESUMEN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica, de carácter inflamatorio extra articular y crónica. Presenta predilección por las articulaciones, siendo la membrana sinovial la primera estructura comprometida. Con posterioridad se extiende a los elementos colindantes con alteración de cartílagos, ligamentos, membrana y huesos. Por otro lado, los cambios inflamatorios sistémicos pueden provocar una afectación de otros órganos como el corazón, pulmón, riñón, piel y ojos, entre otros, o bien del sistema hematopoyético o de la esfera neuropsiquiatría. Si no recibe un tratamiento adecuado habitualmente evoluciona a destrucción articular y alteración funcional e incrementa la mortalidad. La etiología de la AR es desconocida. Se acepta que posiblemente exista una exposición ambiental o factor desencadenante que actúe en pacientes predispuestos. Se conocen datos acerca de diferentes agentes tóxicos, sexuales, ambientales, infecciosos y de predisposición genética, que pueden favorecer su aparición. La investigación tuvo como objetivo general analizar el caso clínico en el que un paciente con artritis reumatoide y sus deformidades evoluciona para síndrome de Felty, con alteración disminuida del goteo de glóbulos blancos (neutropenia), poliartritis y hinchazón del bazo. Como método se utilizó

el estudio retrospectivo, descriptivo. Fue incluido un paciente con diagnóstico de AR, en seguimiento en el departamento clínico del Hospital Regional de Paraguarí. Se determinaron variables clínicas, quirúrgicas, epidemiológicas y laboratoriales.

PALABRAS CLAVE: Poliartritis, Simetría, Deformidades, Discapacidades.

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic, extra-articular inflammatory systemic autoimmune disease. It has a predilection for joints, with the synovial membrane being the first compromised structure. Subsequently, it spreads to the surrounding elements, altering cartilages, ligaments, membrane and bones. On the other hand, systemic inflammatory changes can affect other organs such as heart, lungs, kidney, skin and eyes, among others, or the hematopoietic system or the neuropsychiatric sphere. If it does not receive adequate treatment, it usually progresses to joint destruction and functional alteration and increases mortality. The etiology of RA is unknown. It is accepted that an environmental exposure or triggering factor may act in predisposed patients. Data is known about different toxic, sexual, environmental, infectious and genetic predisposition agents, which can favour its appearance. The research had its general objective to Analyses the clinical case in which a patient with rheumatoid arthritis and her deformities evolves into Felty syndrome, with decreased alteration of the white blood cells dripping (neutropenia), polyarthritis and swelling of the spleen. As a method, the retrospective, descriptive study was used. A patient with a diagnosis of RA was included, under follow-up in the clinical department of the Regional Hospital of Paraguarí. Clinical, surgical, epidemiological and laboratory variables were determined.

KEYWORDS: Polyarthritis, Symmetry, Deformities, Disabilities.

1. INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica autoinmune, que afecta sobre todo a las articulaciones, pudiendo producir destrucción articular, alteración de la capacidad funcional y compromete la calidad de vida del paciente de manera considerable (1).

Si a esta enfermedad le agregamos el síndrome de Felty, las articulaciones sufren más, tienen más deformaciones y se ve más reducida su movilidad. Los genes (Base genética: asociación con el HLA-DR4 en el 70% de los casos), el ambiente y las hormonas pueden contribuir (2).

Los tratamientos incluyen medicamentos, cambios en el estilo de vida y cirugía. La artritis reumatoide ocurre cuando el sistema de defensa del cuerpo no funciona bien y puede afectar también los órganos y sistemas internos. La artritis reumatoide es una forma clínica

de las artritis inflamatorias crónicas, con importantes manifestaciones extraarticulares (3).

La tríada constituida por: artritis reumatoide, esplenomegalia y neutropenia, es la base del diagnóstico del síndrome de Felty. El síndrome de Felty es una rara complicación extraarticular de la artritis reumatoide, descrito por primera vez en 1924. Felty describió 5 pacientes que se caracterizaban por la presencia de una tríada clínica de artritis reumatoide, esplenomegalia y neutropenia, que aparece fundamentalmente en los pacientes con largos años de evolución de su enfermedad. Es una entidad clínica con alto grado de mortalidad, dado a que es poco diagnosticada y, por lo tanto, no tratada.

Es una rara, pero severa manifestación extraarticular de la artritis reumatoide y se presenta en menos del 1% de los pacientes. La etiopatogenia se desconoce, pero se sugiere una causa autoinmune. Es más frecuente en pacientes con AR agresiva, seropositiva, con HLA-DR4 y con manifestaciones extraarticulares (4).

La tarea principal que tenemos durante nuestro estudio es demostrar los efectos deformantes de la artritis reumatoide, y su incidencia en adultos mayores, utilizando técnicas del factor reumatoide y anticuerpos antinucleares, en sección de clínica médica del Hospital Regional de Paraguarí (H.R.P.), para el cual hemos organizado nuestro trabajo (4).

El presente estudio es de suma importancia con el fin de aportar al desarrollo de la salud y a la falta de conocimiento, acompañada de la costumbre de la automedicación hace que muchas enfermedades que se encuentran muy marcadas en nuestra sociedad se compliquen acarretando consecuencias muchas veces dolorosas para el paciente y la familia que les rodea (3).

Es muy importante desarrollar este trabajo investigativo a fin de brindar conocimientos y concientizar a los pacientes que padecen de esta patología conocida como la artritis reumatoide. Es muy importante para los médicos especialistas contar con un diagnóstico veraz efectivo allí la gran responsabilidad que tenemos los especialistas en laboratorio clínico de efectuar una valoración eficaz y verdadera (5). Se estableció una hipótesis general: la utilización de técnicas de laboratorio de factor reumatoide y anticuerpos antinucleares permiten diagnosticar los efectos deformantes de la artritis reumatoide en la artritis, gota o seudogota inducidas por cristales (4). La artritis reumatoide juvenil (en niños) es más frecuente en las infecciones bacterianas (2).

2. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1 INSTRUMENTOS DE TRABAJO

Los datos necesarios fueron recogidos mediante la revisión de las historias clínicas de cada paciente seguido en el servicio de estadística del Hospital Regional de Paraguarí, e incluidos en el presente estudio.

El factor reumatoide es un examen de sangre que mide la cantidad de anticuerpos del factor reumatoide en la sangre. La forma en que se realiza el examen, la mayoría de las veces, la sangre se extrae típicamente de una vena localizada en la parte interior del codo o el dorso de la mano (6).

Los valores normales de los resultados generalmente se reportan en una de las dos formas: Menos de 40-60 u/ml o título menor de 1:80 (7).

Las pruebas analíticas de los anticuerpos antinucleares corresponden a una prueba en sangre que examina los anticuerpos antinucleares (AAN). Dichos anticuerpos son sustancias que son producidas por el sistema inmunológico que atacan los propios tejidos del cuerpo. L.N.P. (Laboratorio Central del Paraguay).

2.2 - DESCRIPCIÓN ANATÓMICA

Las enfermedades reumáticas incluyen un amplio espectro de entidades que se asocian con dolor, limitación de la movilidad articular con diferencias en sus manifestaciones clínicas locales y sistémicas según el tipo de enfermedad tratada. Se caracterizan por su alta prevalencia a nivel mundial, siendo la misma variable para cada una de las enfermedades (1). Este grupo de enfermedades se asocian a un elevado potencial de ocasionar discapacidad.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que las enfermedades reumáticas suponen la primera causa de discapacidad física en el mundo occidental. La artritis reumatoide, constituye enfermedad inflamatoria crónica, se caracteriza por afectación simétrica bilateral, con dolor y tumefacción de articulaciones pequeñas, principalmente manos y pies, acompañado de rigidez matinal (3), (6). El tratamiento de las enfermedades reumáticas incluye la medicación cuya acción se enfoca en el sistema inmune del paciente (5).

Estos tratamientos a su vez conllevan un riesgo asociado de infecciones, por lo que previo al inicio de un tratamiento inmunomodulador de alto grado se debe realizar un despistaje de enfermedades infecciosas, para prevenir su reactivación o su aparición durante el tratamiento (7).

“En Paraguay se maneja que el 1 al 1.5% de la población padece de artritis reumatoide. Cabe señalar que los pacientes conviven con la enfermedad durante toda la vida, enfatizando que acudiendo al especialista y con un tratamiento riguroso y sostenido en el tiempo, los pacientes pueden llevar una buena calidad de vida, que les permite desarrollar sus actividades cotidianas con normalidad.” (1 - Ministerio de Sanidad, 2014).

2.3 - RELATO DE CASO.

Se trata de un paciente (G.R), sexo masculino, cincuenta y siete (57) años de edad, procedente de Acaay, con antecedente de poliartritis sin tratamiento, ingresa a nuestro Hospital Regional de Paraguarí, por sensación febril no graduada persistente siempre en mismo horario, de diecisiete (17) días de evolución, dolor corporal y decaimiento, cinco (5) días antes se agrega dolor de garganta y tos seca. Tres (3) meses antes presentó antígeno positivo para SARS-CoV dos (2) y diecisiete (17) días antes había recibido su primera (1º) dosis de vacuna Pfizer.

No es conocido como hipertenso, ni diabético. Fumador crónico y estilista ocasional (uso de bebida alcohólica en ocasiones especiales).

2.3.1 - EXAMEN FÍSICO.

En la Ectoscopia, llama atención el cuello cervical rígido, deformaciones simétricas poliarticulares en manos, codos, rodillas y pies (8).



Imagen 1: La Ectoscopia observada en el paciente demuestra las deformidades de la AR cuando no tratada al inicio.

Fuente: Autoral de la Investigación (2021).

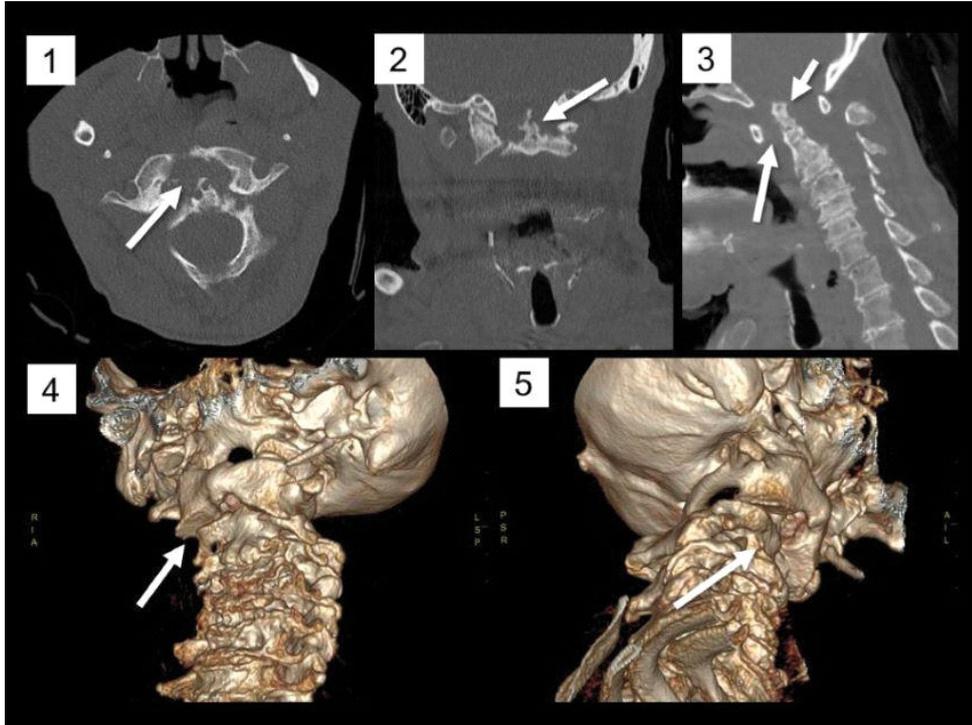


Imagen 2: Disminución del espacio articular atlantoaxial mediana: Tomografía Computadorizada (TC) en flexión de la columna cervical. La distancia de la primera vértebra cervical (Atlas) hacia la segunda vértebra axis es mayor de 3 mm, comprobando una subluxación entre la porción anterior del arco de atlas y el diente del axis presente en pacientes con artritis reumatoide. Fuente: Autoral de la Investigación (2021).
Fuente: Autoral de la Investigación (2021).

82

Las deformidades se observan por medio del ligamento lateral interno de la segunda metacarpofalángica (MCF) suele ser el primero en romperse produciendo la subluxación palmar de la articulación. Pie plano, con talón en valgo por lesión de los ligamentos colaterales (8).



Imagen 3: Examen Radiológico. Dedos en martillo: subluxación dorsal de la primera falange y flexión de IFP y distal. Deformidad en valgo del primer dedo.
Fuente: Autoral de la Investigación (2021).

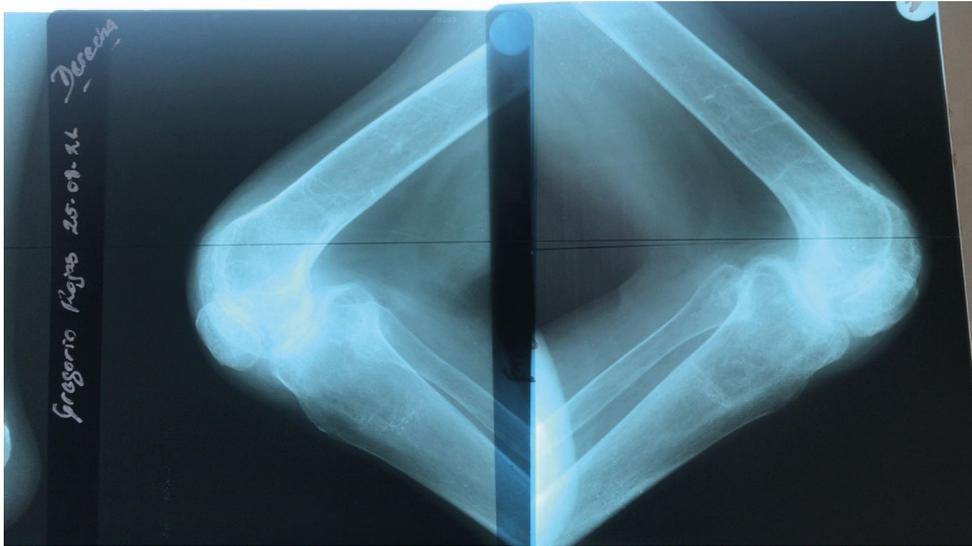


Imagen 4: Examen Radiológico, Miembros Inferiores. Contractura en flexión y atrofia muscular Genu-valgo Inestabilidad en rodillas.
Fuente: Autorial de la Investigación (2021).



Imagen 5: Impresiona bazo aumentado de tamaño con esplenomegalia alterada de 2,5 cm, a través de Radiografía Esplénica: Esplenomegalia RX sobrepasa arco costal izquierdo/desplaza cámara y ángulo esplénico. Tras los hallazgos radiológicos se decide internar.
Fuente: Autorial de la Investigación (2021).

2.4 APORTES DE REVISIÓN DE LITERATURA

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica y autoinmune que se caracteriza principalmente por una inflamación crónica de la membrana sinovial de las articulaciones. Afecta de forma preferente al género femenino con una relación mujer: varón de 3:1 (7).

Se observa en aproximadamente 0,5% de la población mundial adulta. Puede aparecer en cualquier etapa de la vida, aunque es más frecuente entre los 40 y los 60 años (3). La AR es una enfermedad de etiología desconocida, en su etiopatogenia intervienen factores genéticos y ambientales (4). Varios estudios postulan que se requiere de un agente ambiental que interactúe en un individuo genéticamente predispuesto para que se desarrolle la enfermedad (5). Entre los factores ambientales se describe la influencia de ciertos agentes infecciosos (virus de Epstein-Barr, otros herpes virus, el parvovirus, B19 entre otros) y tóxicos ambientales (tabaco) (5).

En la patogénesis de la AR intervienen tanto la inmunidad innata como la adaptativa a través de las células inflamatorias (macrófagos, mastocitos, natural killers y neutrófilos) y fibroblastos locales. De forma asociada, en los pacientes con AR existe un aumento de los linfocitos Th1 y Th17, además de las células B autorreactivas (3). En la fisiopatología de la enfermedad también participan varios autoanticuerpos, siendo los más relevantes el factor reumatoide (FR) y los ACPA (anti-citrullinated protein antibody - anticuerpo de antiproteína citrulinada). El factor reumatoide es un anticuerpo de tipo IgM dirigido contra la fracción constante (Fc) de la inmunoglobulina G (IgG). Presenta una sensibilidad de un 60 al 90% y una especificidad entre el 80 y el 90% para el diagnóstico de AR. Los ACPA reconocen una modificación post transcripcional de arginina a citrulina y presentan una sensibilidad del 70 al 80% con una especificidad mayor que la determinada para el FR (90-98%) (9).

La AR puede presentar manifestaciones articulares y extraarticulares. En este sentido, su principal manifestación es una poliartritis simétrica que afecta de forma preferente a las pequeñas articulaciones de las manos, produciendo dolor, tumefacción y discapacidad (10). Actualmente las manifestaciones extraarticulares son menos frecuentes gracias al control más temprano de la enfermedad y al uso de tratamientos más eficaces (11). Clásicamente se mencionan a los nódulos reumatoides, la afectación ocular, hematológica, pulmonar, cardíaca y la amiloidosis en este grupo de manifestaciones (9). El diagnóstico de AR se realiza según criterios basados en la historia clínica, exploración física y la realización de pruebas complementarias. Con el fin de unificar conceptos se diseñaron varios criterios a lo largo del tiempo, actualmente los utilizados son los criterios presentados por la ACR (American College of 7 Rheumatology) en asociación con el EULAR (European Alliance of Associations for Rheumatology) en el año 2010 (6). La finalidad de estos criterios es la de facilitar el diagnóstico temprano de la AR incluso en etapa preclínica con el fin de influir en la historia natural de la enfermedad, mejorar la respuesta al tratamiento y evitar las deformidades e incapacidad permanente (8).

En el Anexo 1, se presentan los criterios de la ACR/EULAR del año 2010. El objetivo terapéutico en la AR es el de controlar el proceso inflamatorio para evitar el daño estructural y la consecuente discapacidad. Para el control del componente inflamatorio se dispone de los fármacos modificadores de la enfermedad (FAME), sintéticos o tradicionales y biológicos. Entre los FAMEs sintéticos, el metotrexato es considerado de elección para el inicio del tratamiento debido a su comprobada eficacia y seguridad. En los casos de contraindicación para su uso, otros FAMEs sintéticos con indicación para el tratamiento de la AR son la leflunomida, sulfasalazina e hidroxicloroquina (10). La eficacia de los fármacos utilizados en el tratamiento se puede determinar a través de distintas escalas como: ACR 20, 50 y 70, DAS28 (disease activity score 28), entre otras (11). El DAS28 es una de las escalas más utilizadas en la práctica clínica habitual para medir la actividad de la enfermedad, tiene en cuenta ciertos parámetros como el número de articulaciones dolorosas y tumefactas, PCR (proteína C reactiva) o VSG (velocidad de sedimentación globular) y la valoración global del paciente. En esta escala una puntuación menor a 2,6 indica remisión, entre 2,6 -3,2 baja actividad de la enfermedad, 3,2-5,1 actividad moderada y mayor a 5,1 alta actividad de la enfermedad. (13). A pesar de la eficacia demostrada de los FAME sintéticos, un importante número de pacientes no responden al tratamiento, favoreciendo de esta forma el daño estructural y la consecuente discapacidad física con importante limitación para las actividades básicas de la vida diaria (10).

Hasta el año 1998, no existían otras opciones de tratamiento para este grupo de pacientes, pero gracias al importante avance en el conocimiento de la fisiopatología de la enfermedad, se obtuvo mejoras en el tratamiento (8).

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 TRATAMIENTOS

El objetivo del tratamiento es conseguir la remisión o baja actividad de la enfermedad, por lo que el tratamiento debe iniciarse lo más temprano posible (1). En la artritis reumatoide el FAME de elección para inicio de tratamiento es el metotrexato y en caso de contraindicación, leflunomida o sulfasalazina (10). En cuanto al uso de corticoides en la AR se deben utilizar por periodos cortos, generalmente al inicio del tratamiento e idealmente por un tiempo menor a 6 meses y también se pueden utilizar como puente cuando se requiera de cambio de FAMEs (10).

En el caso de que no haya respuesta a metotrexato o si la misma es insuficiente, se pueden utilizar terapias combinadas, como la triple terapia (metotrexato, sulfasalazina e hidroxicloroquina), y en el caso de falla a la combinación se recomienda la utilización de FAME biológico o inhibidores de JAK (Janus kinase) como el tofacitinib o baricitinib (TB) (11). La eficacia de los diferentes fármacos biológicos y sintéticos de pequeñas moléculas es similar por lo cual el médico debe optar por alguno de ellos luego del estudio y análisis detallado del perfil del paciente. Cuando existen factores de mal pronóstico y ante la falta

de respuesta a FAMEs se sugiere el empleo precoz de la combinación FAME sintético y biológico (11).

Son algunos de estos factores de mal pronóstico: la persistencia de actividad moderada a alta, reactantes de fase aguda elevados, gran número de articulaciones tumefactas, FR y ACPA a títulos elevados, presencia de erosiones tempranas, falla a uno o más FAMEs. En cuanto a las TB, según su acción, se clasifican en agentes con acción anti-TNF alfa (infiximab, adalimumab, etanercept, golimumab, certolizumab, pegol), anti CD-20 (rituximab), anti-IL-6 (tocilizumab) y anti CTLA4 (abatacept). Los fármacos anti-TNF alfa, comparten un mismo mecanismo de acción, el bloqueo de la unión del TNF alfa a su receptor celular. Al momento de la escritura del presente estudio, no existe evidencia robusta que sugiera que un anti-TNF alfa presente una mayor eficacia en relación a otro (1), (11). El rituximab es un anticuerpo monoclonal quimérico con acción anti-CD20. Ejerce su acción ocasionando una depleción de las células B mediante lisis celular. Fue aprobado inicialmente para el tratamiento del linfoma, y posteriormente para el tratamiento de la AR. El tocilizumab es un anticuerpo humanizado que actúa inhibiendo al receptor de la interleucina 6 (IL-6), dicha citocina cumple un papel importante en la inflamación (1).

Tiene una eficacia similar cuando se utiliza en monoterapia o en combinación con metotrexato. Una alternativa más reciente al uso de las terapias biológicas, son las pequeñas moléculas sintéticas como el tofacitinib o baricitinib que se pueden utilizar en caso de fallo a FAMEs (6). Estas moléculas son inhibidores de JAK, (proteína 14) de membrana y intracelulares involucradas en diversas cascadas proinflamatorias (6).

Infecciones durante el tratamiento con agentes biológicos, en los pacientes con las TB, son motivo de preocupación. Se ha descrito un mayor riesgo de infección en los pacientes con terapias biológicas con un riesgo relativo de infecciones de 1,2 - 2,8 mayor en comparación a los pacientes que se encuentran en tratamiento con FAME sintético. De forma asociada se ha objetivado que la incidencia de infecciones es mayor durante los primeros meses de exposición a la TB (4).

El paciente con AR y otras enfermedades reumatológicas de por sí tiene un mayor riesgo de infecciones, por una disfunción en el sistema inmune y existen además otros factores que acentúan el riesgo de infección, como la edad, leucopenia, compromiso extraarticular, comorbilidades, dosis elevadas de corticoides y el tabaquismo. Las infecciones más frecuentes observadas en pacientes con uso de las TB son las de origen bacteriano o viral y los órganos más afectados son el aparato respiratorio, piel y partes blandas y el aparato urinario (4).

El uso de las TB ha sido motivo de control constante por el temor al desarrollo de eventos adversos. Con el objetivo de realizar un control de los eventos adversos relacionados con su uso se han establecido diferentes registros de pacientes en tratamiento con estos agentes (BIOBADASER en España, BIOBADAMEX en México, RABBIT en Alemania,

BIOBADAGUAY en Paraguay, Uruguay y BIOBADASAR en Argentina entre otros). El seguimiento y registro de los pacientes con tratamiento de las TB proporciona información de la vida real de suma importancia para el manejo de las enfermedades reumáticas (7).

En este sentido los estudios basados en práctica clínica habitual brindan importante información sobre los eventos adversos a largo plazo que no hayan aparecido en los ensayos clínicos.

3.2 APORTES DE DESCRIPCIÓN DE EXPERIENCIAS

Diseño del estudio observacional descriptivo de corte transversal temporalmente retrospectivo (imagen número 2, corte 1, 2 y 3). La muestra de la población seleccionada para esta investigación está enfocada en pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas (pacientes mayores de 50 años, en tratamiento). Además, se observó también población accesible con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas, mayores de 50 años sin tratamiento. El marco temporal del estudio se llevó a cabo de agosto a octubre del 2021.

Los criterios de inclusión fueron los pacientes con edad igual o mayor a 50 años de ambos sexos. Pacientes con enfermedades reumáticas en planes de iniciar terapia biológica en el servicio público del Hospital Regional de Paraguari. Los criterios de exclusión se aplican a los pacientes de reumatología pediátrica.

Las variables extraídas fueron la edad; género; procedencia; estrato social; diagnóstico; duración de la enfermedad; actividad de la enfermedad al inicio del tratamiento; presencia o ausencia de FR; presencia o ausencia de ACPA; presencia o ausencia de HLA-B27.

3.3 RESULTADOS

En el Servicio de clínica médica (C.M) del H.R.P., en el periodo comprendido entre enero 2021- octubre 2021 se iniciaron dos (2) casos de Artritis Reumatoidea. De éstos, uno (01) expediente fue excluido del presente estudio por no contar con toda la información mínima requerida. La distribución de los pacientes considerando el diagnóstico se presenta en la siguiente tabla.(10).

Variable	Total	Artritis reumatoide	Sx. felty
Edad	40 - 75 años	05	01
Sexo fem.	02	02	00
Sexo masc.	03	03	01
Duración enfermedad	15 años	05	01
Nivel estudio	Primario	05	01
Total	05	05	01

Tabla 01: Distribución de la población por el diagnóstico.

Fuente: Hospital Regional de Paraguari.

Actividad	Alta	Moderada	Baja
%	05	20	+ 80
Total	05	20	+ 80

Tabla 02: Actividad Inflamatoria por Artritis Reumatoide com deformidades.

Fuente: Datos informados por los documentos del paciente.

Laboratorio	Resultado	Imagen	Alteración
Glucosa	10		
Hemograma	13	Eco cardio	03
Hb	13	Tórax	02
Ht	13	Rx. Tórax	02
GB	13	Rx. codo	01
Leucocitos	13	Rx. Tobillo	01
Factor Reumatoideo	01		
Anti ccp	01	Rx. Pelvica	02
Procalcitonina	05	Rx. Pies	01
Ca	10	RM cervical	03
Na	10	RM Craneo	02
PCR	10	00	00
Total	112	908	17

Tabla 02: Cantidad de Estudios laboratoriales y de imágenes.

Fuente: Datos informados por los documentos del paciente.

4. CONSIDERACIONES FINALES

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune crónica. La utilización secuencial o en combinación de FAME sintético y biológico, tiene como objetivo el control de la enfermedad, por lo cual la respuesta al tratamiento debe ser medida de la manera más rigurosa posible. Se concluye que al realizar el diagnóstico con evolución para el síndrome de Felty, el esencial es alcanzar un control inmediato de la enfermedad de base y de las comorbilidades asociadas al enfermo a través del tratamiento y obtener un incremento de la supervivencia de los pacientes.

5. REFERENCIAS

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. **Estrategia en enfermedades reumáticas y musculoesqueléticas del Sistema Nacional de Salud** [Internet]. 2014. Acceso en 18/07/2021 18:20h Disponible en: www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ERyMES.pdf.
2. Goh L, Jewell T, Laversuch C, Samanta A. **Análise sistemática da influência do anti-fator de necrose tumoral [anti-TNF] sobre as taxas de infecção em pacientes com artrite reumatoide**. Ver Bras Reumatol. 2013 Nov 1;53(6): 501–15.
3. Alejandro BC. **Artritis Reumatoide**. In: Manual SER de enfermedades reumáticas. 6ta ed. España: Elsevier; 2014. p. 217–39.
4. Serrano B, Ángel M. **¿Es la puntuación DAS28 el método más adecuado para estimar la actividad de la artritis reumatoide?** Consideraciones clinimétricas y escenarios de simulación. Reumatol Clínica. 2008 Sep 1;4(5):183–90.
5. Geraldino-Pardilla L, Bathon JM. **Management of rheumatoid arthritis: synovitis**. In: **Rheumatology**. Sixth. Philadelphia: Elsevier; 2015. p. 802–8.
6. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto. **Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto** ISBN: 978-607-7790-77-8. Disponible en: <https://isbn.cloud/9786077790778/guia-de-practica-clinica-diagnostico-y-tratamiento-de-artritis-reumatoide-del-adulto/>. Acceso en: 20/09/2021.
7. Domínguez M, Lugo D, Hortazo M, Cardona N, Del Río D, Barragán E et al. **Síndrome de Felty: Presentación de un caso y revisión bibliográfica**. Rev. argent. dermatol. [Internet]. 2013 Mar; 94(1). Disponible en: www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-300X2013000100005&lng=es. Acceso en: 20/09/2021
8. Fong Pantoja Luis, Domínguez Sánchez Leordany, Lora Pantoja José Alejandro. **Sín-**

drome de Felty. Rev Cub Med Mil [Internet]. ; 51(2): Ed. 1728. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572022000200033&lng=es. Acceso en: 15/10/2021.

9. Shah A, & St. Clair E (2019). **Artritis reumatoide.** Kasper D, & Fauci A, & Hauser S, & Longo D, & Jameson J, & Loscalzo J; Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e. McGraw Hill. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1717§ionid=114936472>. Acceso en: 15/10/2021.

10. Bori G et al **Uso apropiado de los antiinflamatorios no esteroideos en reumatología: documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología y el Colegio Mexicano de Reumatología** Reumatol Clin. 2009;5(1): 3-12.

11. Sotero T, Tavares A, Melo M, Lopes C, Cavalcanti F y Pinto A. **Rituximab in the refractory Felty's syndrome.** Rev Bras Reumatol 2009; 49 (2): 188-195.

12. Torres de Taboada Estela, Montiel-Jarolín Dora, Sanguina Marta, López Edgar. **Esplenomegalia gigante por síndrome de Felty.** Rev. virtual Soc. Parag. Med. Int. [Internet]. 2014 Mar;(1): 49-55. Disponible en: [scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932014000100007&lng=en;doi.org/10.18004/rvsp-mi/2312-3893/2014.01\(01\)49-055](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2312-38932014000100007&lng=en;doi.org/10.18004/rvsp-mi/2312-3893/2014.01(01)49-055). Acceso en: 15/10/2021.

13. Shah A, & St. Clair E (2019). **Artritis reumatoide.** Kasper D, & Fauci A, & Hauser S, & Longo D, & Jameson J, & Loscalzo J; Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e. McGraw Hill. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1717§ionid=114936472>. Acceso en: 15/10/2021.

6. ANEXOS

Anexo 1: Criterios de clasificación de artritis reumatoide ACR-EULAR

Población objetivo:

Pacientes con al menos 1 articulación con sinovitis clínica definida o con una sinovitis que no puede ser explicada por otra causa. Índice mayor a 6 para definir la enfermedad.

Criterio Puntuación

Afectación articular:

1 articulación grande	0
2-10 articulaciones grandes	1
1-3 articulaciones pequeñas (con o sin afectación de articulaciones grandes)	2
4-10 articulaciones pequeñas (con o sin afectación de articulaciones grandes)	3
> 10 articulaciones (al menos una pequeña)	5

Serología.

ACPA y FR ambos negativos	+0
ACPA o FR ambos positivos (títulos bajos)	2
ACPA o FR ambos positivos (títulos altos).....	3

Reactantes de fase aguda.

PCR y VSG normales	0
PCR o VSG elevados	1

Duración de los síntomas.

FR: factor reumatoide, ACPA: anti-citrullinated protein antibody, PCR: proteína c reactiva, VSG: velocidad de sedimentación globular.