



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), noviembre-diciembre 2024,
Volumen 8, Número 6.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6

ELABORACIÓN DE UN CASO CLÍNICO DE ARTRITIS REUMATOIDE EN ADULTOS MAYORES Y REVISIÓN DE LITERATURA: UN ENFOQUE CLÍNICO

**PREPARATION OF A CLINICAL CASE OF
RHEUMATOID ARTHRITIS IN OLDER ADULTS AND
REVIEW OF LITERATURE: A CLINICAL APPROACH**

Madelayne Nayelli Moreta Quispe
Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Yajaira Marilin Rueda Castillo
Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Erika Tatiana Núñez Hernández
Pontificia Universidad Católica del Ecuador

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i6.15317

Elaboración de Un Caso Clínico de Artritis Reumatoide en Adultos Mayores y Revisión de Literatura: Un Enfoque Clínico

Madelayne Nayelli Moreta Quispe¹mnmoreta@pucese.edu.ec<https://orcid.org/0009-0008-8451-3925>Pontificia Universidad Católica del Ecuador
sede Esmeraldas
Ecuador**Yajaira Marilin Rueda Castillo**ymrueda@pucese.edu.ec<https://orcid.org/0009-0006-5028-2028>Pontificia Universidad Católica del Ecuador
sede Esmeraldas
Ecuador**Erika Tatiana Núñez Hernández**etnunez@pucese.edu.ec<https://orcid.org/0009-0009-1304-3193>Pontificia Universidad Católica del Ecuador
sede Esmeraldas
Ecuador

RESUMEN

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una patología autoinmune crónicas, caracterizada por una inflamación prolongada y progresiva de las articulaciones. AR es multifactorial, incluye la predisposición genética, exposición a factores ambientales, y alteraciones inmunológicas que desencadenan una respuesta inflamatoria desregulada. **Objetivo:** Investigar sobre los biomarcadores para la detección de artritis reumatoide en adultos mayores. **Metodología:** Se realizó una revisión sistémica en PubMed, Scielo y Scopus, los datos utilizados fueron de los últimos cinco años sobre casos clínicos y estudios experimentales de AR en adultos mayores. **Resultados:** Se presentó el caso de una mujer de 61 años con sintomatología distintiva a AR. Los exámenes serológicos mostraron niveles elevados y las pruebas de imagen revelaron erosión ósea y consolidación pulmonar. **Discusión:** Los Anticuerpo Antipéptido Citrulinado (anti-CCP) y la Proteína C Reactiva son herramientas clave para el diagnóstico y monitoreo de AR, mientras que la ultrasonografía y la resonancia magnética han mejorado la detección temprana de lesiones articulares y complicaciones pulmonares, frecuentes en adultos mayores con AR. **Conclusión:** Se investigó que los biomarcadores serológicos y de imagen fueron esenciales para un diagnóstico preciso y la detección temprana de AR, fundamentales para reducir la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Palabras clave: artritis reumatoide, enfermedad autoinmune, adultos mayores, pruebas diagnósticas

¹Autor principal

Correspondencia: ymrueda@pucese.edu.ec

Preparation of a Clinical Case of Rheumatoid Arthritis in Older Adults and Review of Literature: A Clinical Approach

ABSTRACT

Introduction: Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic autoimmune pathology, characterized by prolonged and progressive inflammation of the joints. RA is multifactorial, including genetic predisposition, exposure to environmental factors, and immunological alterations that trigger a dysregulated inflammatory response. **Objective:** To investigate biomarkers for the detection of rheumatoid arthritis in older adults. **Methodology:** A systemic review was carried out in PubMed, Scielo and Scopus, the data used were from the last five years on clinical cases and experimental studies of RA in older adults. **Results:** We presented the case of a 61-year-old woman with distinctive RA symptomatology. Serological tests showed elevated levels and imaging tests revealed bone erosion and pulmonary consolidation. **Discussion:** Anti-citrullinated peptide antibody (anti-CCP) and C-reactive protein are key tools for the diagnosis and monitoring of RA, while ultrasonography and magnetic resonance imaging have improved the early detection of joint lesions and pulmonary complications, which are frequent in older adults with RA. **Conclusion:** We investigated that serological and imaging biomarkers were essential for accurate diagnosis and early detection of RA, fundamental to reduce disease progression and improve patients' quality of life.

Keywords: rheumatoid arthritis, autoimmune disease, older adults, diagnostic tests

Artículo recibido 18 noviembre 2024
Aceptado para publicación: 15 diciembre 2024



INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune crónica que provoca inflamación en las articulaciones, lo que resulta en dolor, rigidez y, con el tiempo, un daño articular significativo. Aunque puede afectar a cualquier persona, es más común en mujeres y suele manifestarse en la mediana edad. Tiene una etiología compleja, con factores genéticos, ambientales e inmunológicos que influyen en su desarrollo (1).

En cuanto a los factores genéticos, se estima que aproximadamente entre el 50 y el 60% de la susceptibilidad de desarrollar artritis reumatoide está determinada por la predisposición hereditaria. En particular, las variantes del gen HLA-DRB1, que forma parte del complejo mayor de histocompatibilidad, desempeña un papel crucial en la presentación de antígenos al sistema inmune (2). Estas variaciones genéticas están directamente relacionadas con niveles elevados de anticuerpos antipéptidos citrulinados (ACPA), los cuales son fundamentales en la progresión de la enfermedad. Además, otras mutaciones genéticas, como el gen PTPN22, también han sido identificadas como contribuyentes a la disfunción inmunológica que caracteriza a la artritis reumatoide (2).

Los factores ambientales como la exposición al tabaco, la contaminación del aire, las infecciones virales o bacterianas, y ciertos aspectos dietéticos han sido vinculados con la aparición y progresión de esta enfermedad (2). El tabaquismo es uno de los factores externos más influyentes, debido a que en el humo del tabaco puede modificar ciertas proteínas, como las involucradas en el proceso de citrulinación aumentando así la probabilidad de que el sistema inmunológico las reconozca como extrañas y desencadene una respuesta autoinmune en individuos predispuestos genéticamente (2).

Los factores inmunológicos son clave en el desarrollo de la artritis reumatoide, ya que la presencia de autoanticuerpos, como el factor reumatoide (FR) y los anticuerpos antipéptidos citrulinados (ACPA), son una de las principales características de esta enfermedad. Estos anticuerpos atacan tejidos propios, como el cartílago y el hueso, contribuyendo a la inflamación crónica. Las células del sistema inmunológico, como las células T y B, también juegan un papel crucial en la perpetuación de la respuesta autoinmune, lo que resulta en un daño progresivo a las articulaciones (2).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la prevalencia de esta enfermedad a nivel mundial se sitúa entre el 0,5% y el 1%, mientras que en América Latina es del 0,2 y 0,4% en adultos.



Cada año, se observan 50 casos por cada 100,000 habitantes de los países desarrollados (4,5). Afectando mayormente a mujeres entre 25 y 50 años, en relación entre mujeres a hombres entre 2:1 y 3:1 a nivel global (4). Por consiguiente, las mujeres tienen tres veces más probabilidades de ser afectadas que los hombres, y la incidencia anual de artritis reumatoide en mujeres es de 40 casos por cada 100,000 habitantes (7).

Asimismo, la mayor susceptibilidad en mujeres se debe a factores hormonales, genéticos e inmunológicos. Las fluctuaciones en los niveles de estrógeno, especialmente durante la menopausia, juegan un papel clave en la mayor vulnerabilidad femenina, ya que la disminución de esta hormona se asocia con un aumento en el riesgo de desarrollar la enfermedad (7,8).

El diagnóstico de AR, se utilizan varias pruebas clave de laboratorio e imagenología. El Factor Reumatoide (FR), detectado en el 60% de los pacientes con esta enfermedad, es un autoanticuerpo que sugiere la presencia de la enfermedad, aunque su especificidad es limitada, ya que también puede aparecer en otras patologías autoinmunes (12). Por otro lado, la prueba de anticuerpos antipéptido cíclico citrulinado (anti-CCP) es altamente específica, con una precisión diagnóstica superior al 90%. La presencia de estos anticuerpos no solo apoya al diagnóstico, sino que también está asociada con una etapa más severa de la enfermedad (12).

Las pruebas inflamatorias como la Proteína C Reactiva (PCR) y la Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) son útiles para monitorear la actividad inflamatoria en los pacientes. Si bien no son específicas para AR, su elevación indica un proceso inflamatorio activo y son herramientas valiosas para evaluar la progresión de la enfermedad (12).

Objetivo general

- Investigar sobre los biomarcadores para la detección de artritis reumatoide en adultos mayores.

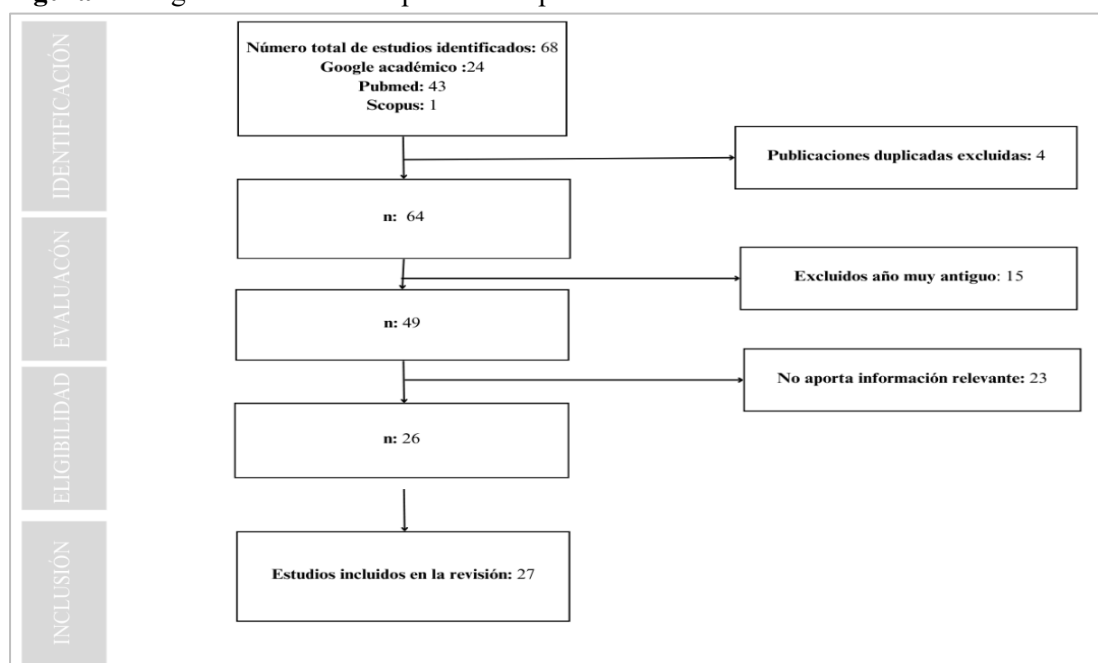
Objetivos específicos

- Identificar las características clínicas y epidemiológicas de la artritis reumatoide en adultos mayores.
- Evaluar la prevalencia y comorbilidades asociadas con la artritis reumatoide en esta población.
- Evaluar la precisión y utilidad de los métodos diagnósticos en la detección de artritis reumatoide en adultos mayores.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión según la guía PRISMA. La búsqueda se realizó en Pubmed, Scielo y Scopus, utilizando palabras claves como, artritis reumatoide, casos clínicos, prevalencia e incidencia, adultos mayores y pruebas de diagnóstico. Se seleccionó todos los estudios experimentales, revisiones de historias clínicas en la elaboración de casos clínicos en idioma español e inglés con una vigencia de cinco años que traten sobre artritis reumatoide en adultos mayores. Para la selección se preparó una tabla de extracción de datos donde se colocó la información más relévante de cada estudio. Los ítems incluidos en la tabla de extracción de datos fueron: antecedentes de los pacientes, signos y síntomas y pruebas de diagnóstico. Se identificaron 68 artículos, 42 fueron excluidas porque se consideraron irrelevantes en la búsqueda. Finalmente, un total de 26 artículos fueron incluidos para realización de un caso clínico. Se utilizó también el apoyo de filtros de búsqueda para la obtención de la información actualizada, estos filtros fueron obtenidos en base al año de publicaciones, la metodología de estudio.

Figura 1. Diagrama de PRISMA para la recopilación de artículos científicos.



Elaborado: autores.

RESULTADOS

Paciente femenino de 61 años, de profesión estilista. Acude por emergencia con dolor en las articulaciones, especialmente en manos, muñecas, codos y rodillas, presente desde hace mes y medio. También refiere debilidad significativa, rigidez matutina y ocasional hormigueo en las manos y pies.

La paciente se encuentra afebril, con una frecuencia cardíaca de 80 rpm, presión arterial 135/80 mm Hg, orientada en tiempo y espacio, y presenta fatiga extrema. La exploración física revela dolor a la palpación en las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas, calor e hinchazón intermitente en el codo derecho, con limitación del rango de movimiento. Presenta dificultad para respirar, tos seca y dolor a nivel del tórax.

Antecedentes médicos

- Hipertensión arterial e hiperlipidemia, tratada con enalapril y atorvastatina.
- Diabetes mellitus tipo 2 bien controlada con metformina.
- Gonartrosis diagnosticada hace 5 años.

Antecedentes familiares

- Madre con artritis reumatoide.
- Abuela paterna con Síndrome de Sjögren.

Tabla 1. Prueba de laboratorio utilizadas en la detección de artritis reumatoide.

Parámetro	Resultado	Intervalo de Referencia
Hemoglobina	14 g/dL	13-18 g/dL
Ferritina	107 ng/mL	23-336 ng/mL
Creatinina	0.8 mg/dL	0.6-1.3 mg/dL
Albumina	4.0 g/dL	3.9-5.3 g/dL
Gammaglobulina	1.9 g/dL (elevado)	0.6-1.6 g/dL
Hemoglobina A1c	5.1%	4.0-6.0%
Ácido úrico	6.1 mg/dL	4.4-7.6 mg/dL
Velocidad de Sedimentación Globular	120 mm/h (elevado)	<20 mm/h
Recuento de Glóbulos Blancos	9000/ μ L	4000-11000/ μ L
Plaquetas	295 x 10^9 /L	150-400 x 10^9 /L
Factor Reumatoide	107 U/mL (elevado)	<15 U/mL
C3	95 mg/dL	80-160 mg/dL
C4	18 mg/dL	15-45 mg/dL
Anticuerpos Antinucleares (ANA)	1:40 (negativo)	Título >1:160 (positivo)
Proteína C Reactiva (PCR)	75 mg/L (elevado)	<10 mg/L
Anticuerpo Antipéptido Citrulinado (anti-CCP)	200 U (elevado)	>60 U (positivo fuerte)

Elaborado: autores.

Tabla 2. Pruebas de imagen utilizadas en la detección de artritis reumatoide.

Radiografías	Resultados
Radiografía de manos	Erosión
Radiografía de codo derecho	Desplazamiento de la almohadilla de grasa anterior y posterior, indicativo de derrame de la articulación intraarticular.
Radiografía de tórax	Infiltrados bilaterales
Tomografía computarizada	Consolidación pulmonar

Elaborado: autores

Interpretación

La paciente de 61 años presenta síntomas que sugieren una enfermedad articular inflamatoria crónica, caracterizada por dolor en las articulaciones, rigidez matutina, hinchazón y calor en las áreas afectadas. La fatiga extrema, dificultad para respirar, tos seca y dolor torácico indican una posible afectación sistémica de naturaleza autoinmune.

Los antecedentes familiares de artritis reumatoide y síndrome de Sjögren, junto con los resultados de laboratorio (gammaglobulina y VSG elevadas, factor reumatoide y anticuerpo antipéptido citrulinado positivos), refuerzan la sospecha de artritis reumatoide debido a la respuesta autoinmune e inflamatoria característica de estas enfermedades. La elevación de la gammaglobulina se debe a la hiperproducción de inmunoglobulinas, fenómeno común en patologías autoinmunes, ya que el sistema inmune se encuentra hiperactivado. Se considera que el factor reumatoide en niveles altos es un marcador clave que indica la formación de complejos inmunes que perpetúan la inflamación articular. Posee una importancia considerable, aunque no es exclusivo de la AR, su combinación con otros marcadores mejora la precisión diagnóstica.

Los anticuerpos anti-CCP con una especificidad notablemente alta, son particularmente importantes en el diagnóstico temprano de la enfermedad. Su relevancia radica no solo en la identificación de la AR, sino también en la predicción de un curso más agresivo de la enfermedad, ya que su presencia suele estar asociada con mayor daño articular.

La elevación de la velocidad de sedimentación globular (VSG) indica la existencia de un proceso inflamatorio sistémico activo, reflejando la respuesta del organismo ante una inflamación en curso. Aunque no es específica para AR, es útil para evaluar la actividad inflamatoria de esta y otras enfermedades.

Las pruebas radiológicas confirman el diagnóstico al mostrar erosión en las manos y derrame articular en el codo, mientras que los infiltrados bilaterales y la consolidación pulmonar sugieren una complicación pulmonar relacionada con la enfermedad autoinmune.

Tabla 2. Tabla de extracción para la elaboración del caso clínico de artritis reumatoide.

Datos demográficos.	Antecedentes	Signos y síntomas.	Biomarcadores.	Bibliografía
Hombre, 97 años.	Hipertensión arterial y tabaquismo severo en el pasado.	Poliartralgia y rigidez matutina, evolución rápida a poliartritis.	Pruebas de laboratorio: Factor reumatoide elevado (107 U/mL), PCR elevada (182 mg/L), VSG elevado (120 mm/hora), anemia leve. Radiografía: Osteoartritis sin erosiones.	(1)
Hombre, 75 años.	Diabetes tipo 2, hipertensión, hiperlipidemia.	Derrame y sinovitis en rodilla y codo derechos	Pruebas de laboratorio: PCR elevada (25,7 mg/L), VSG elevada (47 mm/hora), Factor reumatoide elevado (268 U/mL), anti-CCP positivo (>200 U).	(2)
Mujer, 81 años	Artritis reumatoide tratada con prednisolona y metotrexato (desde hace 4 años).	Fiebre, alteración de la conciencia, hemiparesia (debilidad o falta de control muscular).	Pruebas de laboratorio: Factor reumatoide elevado (829 U/mL), anti-CCP elevado (>500 U/mL), niveles bajos de complemento (C3 Y C4).	(3)
Hombre, 67 años.	Artritis reumatoide de 6 años tratada con metotrexato y leflunomida	Fiebre, dolor articular, debilidad significativa y abscesos subcutáneos.	Pruebas de laboratorio: PCR elevada (121 mg/L), Anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) positivo (cANCA > 1:160, pANCA >1:1280). Radiología: Abscesos encapsulados en el tórax.	(4)
Mujer, de mediana edad.	Hipertensión arterial, trauma laboral en brazo y cuello hace 5 años, con posterior desarrollo de deformidad y presión en las vértebras (C4-C6).	Dolor en el codo derecho que ha ido empeorando con el tiempo, ha tenido hinchazón y sensación de calor en el codo de manera intermitente, movimiento limitado del codo y la muñeca.	Pruebas de laboratorio: VSG elevada (26 mm/hora), Factor reumatoide negativo, anti-CCP elevado (217 U), anticuerpos antinucleares (ANA) positivo (1:160).	(5)
Hombre, 74 años.	Hipertensión arterial, sin antecedentes de enfermedades en las articulaciones.	Dolor articular en muñecas y manos, rigidez matutina.	Pruebas de laboratorio: Factor reumatoide elevado (995 u/mL), Velocidad de sedimentación globular elevada (95 mm/hora), anti-CCP elevado (>250 U).	(6)

Mujer, 52 años.	Diabetes mellitus tipo 2.	Poliartritis inflamatoria simétrica (dolor e inflamación de articulaciones, especialmente tobillo, rodilla y pequeñas articulaciones de las manos). Rigidez matutina significativa (1-2 horas), manos mecánicas (engrosamiento de la piel sobre los dedos).	Pruebas de laboratorio: Factor reumatoide elevado (202 U/mL), anti-CCP elevado (717 U/mL), VSG elevado (125 mm/hora), PCR elevada (42 mg/L).	(7)
Mujer de 81 años.	Artritis reumatoide desde hace 4 años.	Hinchazón y deformación de las articulaciones de las manos, con presencia de debilidad muscular del lado derecho.	Pruebas de laboratorio: Factor reumatoide elevado (829 UI/mL), anti-CCP elevado (>500 U/mL), niveles bajos de proteínas de complemento en la sangre, VSG elevado (73 mm/hora), PCR levemente elevado (0.99 mg/dL).	(8)
Masculino, 77 años.	Hipertensión arterial controlada, diabetes mellitus tipo 2, sin antecedentes de artritis en la familia.	Dolor e hinchazón en el tobillo izquierdo.	Pruebas de laboratorio: PCR levemente elevada (0.20 mg/dL), factor reumatoide elevado (39.1 U/mL).	(9)
Mujer, 44 años.	Diagnóstico de artritis reumatoide desde hace 23 años. Adicional, presenta Síndrome de Sjögren desde hace 15 años.	Dolor articular, rigidez matutina y fatiga.	Pruebas de laboratorio: Factor reumatoide elevado (25.5 mg/dL), VSG elevado (42 mm/hora).	(10)
Mujer, 58 años.	Diagnóstico de artritis reumatoide desde hace 10 años.	Desviación cubital, dedos en cuello de cisne y artritis en las articulaciones interfalángicas proximales y metacarpofalángicas de ambas manos.	Pruebas de laboratorio: Factor reumatoide elevado (31 UI/mL), anti-CCP elevado (1050 U/mL), VSG elevado (50 mm/hora), PCR elevada (207 mg/dL).	(11)
Hombre, 74 años.	Hipertensión arterial, junto con dolor e hinchazón en ambas muñecas y manos presente desde hace 20 años, sin diagnóstico previo de enfermedad reumática.	Rigidez matutina en ambas muñecas y manos (solo en articulaciones pequeñas), dolor bilateral en la ingle y dolor en parte superior del brazo y codo izquierdo. Además, presentó dolor e hinchazón en la rodilla izquierda, dolor lumbar crónico.	Pruebas de laboratorio: factor reumatoide elevado (995 U/mL), anti-CCP elevado (>250 U), VSG elevada (95 mm/hora). Radiología: Erosiones en muñecas y manos y desgaste articular, articulaciones de los dedos en cuello de cisne.	(12)



Mujer, 81 años.	Artritis reumatoide diagnosticada hace 4 años.	Dolor e hinchazón en el codo derecho durante 2 meses, hinchazón leve en la muñeca derecha y limitación del movimiento en el codo derecho.	Pruebas de laboratorio: PCR elevada (65.7 mg/dL), factor reumatoide normal (10.4 UI/mL), anti-CCP ligeramente elevado (19.4 U/mL), VSG elevado (92 mm/hora). Radiología: Radiografía muestra disminución del espacio articular en el codo y destrucción progresiva de la articulación.	(13)
Mujer, 52 años.	Artritis reumatoide mal tratada desde hace 18 años.	Dolor e hinchazón en múltiples articulaciones, rigidez matutina mayor a 1 hora y deformidades en las manos.	Pruebas de laboratorio: VSG elevado (70 mm/hora), anti-CCP elevado (171.45 RU/mL), factor reumatoide elevado (108 U/L), PCR elevada (82.54 mg/L). Radiología: Rayos X mostraron dislocación de la articulación del hombro derecho y dislocación parcial en el hombro izquierdo.	(14)
Hombre, 81 años.	No tuvo contacto con servicios médicos durante varios años. Experimentó debilidad creciente durante el último año y no tiene antecedentes familiares con enfermedades reumáticas.	Deformidades en las manos, hinchazón en las articulaciones y debilidad muscular en piernas.	Pruebas de laboratorio: Factor reumatoide elevado (1070 UI/mL, VSG elevado (66 mm/hora), PCR elevado (45.9 mg/L) (15). Radiología: Radiografías de manos y pies mostraron desviaciones de los dedos, dislocaciones parciales en las articulaciones de los dedos, y erosión de huesos.	(15)

Elaborado: Moreta Madelayne.



DISCUSIÓN

Miguel-Lavariega D et al. consideran la artritis reumatoide como una enfermedad crónica, degenerativa, inflamatoria y de naturaleza sistémica, caracterizada principalmente por la destrucción progresiva de la membrana sinovial en las articulaciones (13).

En cambio, Domínguez Freire et al. y Tanaka, clasifican la artritis reumatoide como una patología autoinmune sistémica, asociada a un proceso persistente que no solo afecta las articulaciones, sino que también puede generar manifestaciones extraarticulares, afectando órganos como el corazón y los pulmones, entre otros (5,9).

Este enfoque integral permite reconocer que la artritis reumatoide, además de provocar una destrucción progresiva de las articulaciones, también tiene un impacto relevante en la salud sistémica. Resaltando la importancia de abordarla desde diversas perspectivas clínicas para comprender plenamente su complejidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que los primeros indicios de artritis reumatoide suelen incluir dolor, rigidez, sensibilidad y enrojecimiento o inflamación en varias articulaciones, generalmente de forma simétrica, afectando extremidades como manos y pies. Este enfoque subraya la bilateralidad y la localización específica de los síntomas iniciales (3). De manera similar, Brown et al., coinciden en los signos iniciales, pero destacan especialmente las articulaciones de las manos y pies, como las más comprometidas en las primeras etapas de la enfermedad (12).

Tanaka et al., también menciona el dolor, la hinchazón y rigidez como síntomas claves, pero amplía la visión al incluir manifestaciones clínicas como fiebre y malestar general, sugiriendo que la AR puede afectar de manera global al paciente (9). En contraste, Sosa Aquino et al. ofrecen una perspectiva más holística, integrando síntomas comunes como rigidez matutina y fatiga, pero resaltando el impacto funcional y psicológico de la enfermedad, como la incapacidad y la depresión, lo que evidencia las consecuencias más allá de los aspectos puramente físicos (14).

Según Aldea Gonzales et al., la sospecha clínica de artritis reumatoide debe ser corroborada mediante pruebas diagnósticas que permitan evaluar su gravedad y progresión (15). En este sentido, las pruebas serológicas se han convertido en herramientas fundamentales, ya que forman parte de los criterios de clasificación establecidos por el Colegio Americano de Reumatología y la Liga Europea contra las

enfermedades Reumáticas (13). Estas pruebas son esenciales no solo para el diagnóstico, sino también para el pronóstico y la estrategia terapéutica en el manejo de AR (16). En la actualidad existen varios estudios que destacan la importancia de los biomarcadores inmunológicos en la identificación del tratamiento de esta compleja enfermedad autoinmune (17).

En un estudio reciente en Bolivia, Aldea Gonzales et al. reportaron que el factor reumatoide (FR) látex tiene una sensibilidad del 58,33% y una especificidad del 98,04% al compararlo con la proteína C reactiva (PCR). Estos resultados indican que el FR es altamente eficaz para excluir falsos negativos; sin embargo, su limitada sensibilidad subraya su insuficiencia para detectar los casos positivos de AR. Esto refuerza la necesidad de complementar el uso del FR con otros biomarcadores para mejorar la precisión diagnóstica (15). Aunque la proteína C reactiva se presenta como una prueba complementaria útil, ambas tienen limitaciones, especialmente en la detección temprana de la AR.

Clavero López et al. ofrecen una evaluación más crítica del FR, destacando que su sensibilidad, inferior al 35%, lo hace poco confiable para el diagnóstico en etapas tempranas de la AR. En contraste, los anticuerpos antipéptidos citrulinados (anti-CCP) mostraron una sensibilidad del 77,8% y una especificidad del 94%, superando significativamente al FR en ambos aspectos. Este estudio destaca que los anti-CCP son útiles no sólo para el diagnóstico, sino también fundamentales para anticipar la evolución de la enfermedad, lo cual los posiciona como una herramienta crucial en la gestión clínica de la AR (16).

La velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR), ambos son marcadores inflamatorios ampliamente utilizados para monitorear la inflamación en pacientes con artritis reumatoide. Si bien son efectivos para evaluar la actividad inflamatoria de la enfermedad, su valor diagnóstico es limitado, ya que también tienden a elevarse en infecciones y otras condiciones inflamatorias (18,19). Según el estudio de Pope & Choy et al. (20) indican que la proteína C reactiva es un marcador muy sensible que no solo señala la presencia de inflamación sistémica, sino que también desempeña un papel clave en la artritis reumatoide, actuando como regulador inmunológico que agrava el daño articular y contribuye al desarrollo de comorbilidades como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes. El biomarcador de PCR es de gran importancia en situaciones inflamatorias complejas y su capacidad para predecir el desarrollo de otras afecciones (20).

Por otro lado, Lapić et al. destacan que la velocidad de sedimentación globular, aunque tradicionalmente utilizada para detectar inflamaciones, tiene limitaciones debido a su menor sensibilidad y especificidad. La respuesta de la VSG es más lenta en procesos inflamatorios y es menos sensible a cambios pequeños en la inflamación. Además, la velocidad de sedimentación globular puede verse influenciada por factores no inflamatorios, como el hematocrito o la presencia de proteínas alteradas, lo que complica su interpretación en comparación con la PCR (18).

A pesar de estas diferencias, ambos grupos de autores coinciden en que la combinación de PCR y VSG mejora la precisión diagnóstica. Al utilizar ambos marcadores juntos, se incrementa la sensibilidad y especificidad en la detección de enfermedades reumáticas. Asimismo, Özsoy et al. refuerzan la utilidad de la VSG en el contexto de enfermedades reumáticas graves, donde niveles muy elevados (≥ 100 mm/hora) indican la posible presencia de afecciones severas como exacerbaciones de artritis reumatoide o vasculitis (21).

Las pruebas radiológicas juegan un papel crucial para el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad. Se demostró que la ultrasonografía (US) supera significativamente a las radiografías en la detección temprana de estas alteraciones en las articulaciones pequeñas de las manos, identificando erosiones en un número mucho mayor de pacientes. Esta superioridad de la US en casos iniciales de artritis reumatoide se debe a su capacidad para visualizar cambios que aún no son evidentes en las radiografías convencionales (22).

En otro análisis, Tang et al. (23) compararon la US con la resonancia magnética (RM) para evaluar su precisión magnética en erosiones óseas en pacientes con AR. Los resultados indicaron que, aunque ambas técnicas tienen una buena especificidad (0,95 para US y 0,89 para RM), la US también mostró una sensibilidad moderada de 0,61. Este estudio destaca la efectividad de la ultrasonografía en evaluar la articulación metacarpofalángica, siendo esta una de las zonas más afectadas en la AR temprana. La resonancia magnética, por su parte, presentó una mayor sensibilidad (0,77), lo que respalda su precisión para la detección temprana de erosiones, aunque su costo y disponibilidad limitan su uso en entornos clínicos de escasos recursos (23).

El diagnóstico mediante RM y US en personas con artritis reumatoide tienen una alta sensibilidad para detectar sinovitis (93% de sensibilidad en al menos una articulación), pero con una especificidad baja

(25%), lo que sugiere que, aunque útil para identificar cambios tempranos, su capacidad para diferenciar la AR de otras condiciones similares sigue siendo limitada (24).

Al contrastar los resultados de este estudio con investigaciones recientes, se observa que el manejo de las complicaciones sistémicas de la AR, como las manifestaciones pulmonares, ha ganado relevancia en los últimos años. La prevalencia de enfermedad pulmonar intersticial en pacientes con AR ha aumentado significativamente, especialmente en adultos mayores (26,25). Finalmente, se ha destacado que el compromiso pulmonar es una de las principales causas de mortalidad en pacientes con AR.

En la actualidad el manejo de artritis reumatoide ha mejorado gracias a la llegada de los biológicos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (bDMARDs) y los inhibidores de Janus quinasa (JAK). Estos tratamientos actúan bloqueando citoquinas inflamatorias como el factor de necrosis tumoral (TNF) e interleucina 6 (IL-6), con el objetivo de controlar rápidamente la inflamación y evitar daños permanentes en las articulaciones. A pesar de estos progresos, aún existen pacientes que no logran la remisión completa lo que ha llevado al desarrollo de estrategias terapéuticas más personalizadas, incluyendo combinaciones de fármacos y terapias específicas. (12).

CONCLUSIONES

La artritis reumatoide en adultos mayores se manifiesta a través de síntomas clínicos característicos, como dolor, inflamación y rigidez articular, los cuales pueden confundirse con otras patologías asociadas al envejecimiento.

Desde una perspectiva epidemiológica, se observa una mayor prevalencia de esta enfermedad en mujeres, acompañadas de una progresión más severa y acelerada. Además, la coexistencia de comorbilidades como la enfermedad pulmonar intersticial, agrava el pronóstico y destaca la necesidad de un enfoque multidisciplinario para su manejo integral.

Los métodos diagnósticos, la detección precisa de la artritis reumatoide en personas mayores supone un reto considerable, debido a los cambios degenerativos propios de la edad que pueden dificultar la interpretación de los exámenes clínicos y radiológicos. No obstante, herramientas diagnósticas como la ultrasonografía y la resonancia magnética, complementadas por pruebas serológicas tales como el factor reumatoide y los anticuerpos anti-CCP, han demostrado una notable eficacia para el diagnóstico temprano y preciso.

Una evaluación exhaustiva y un diagnóstico oportuno resultan fundamentales para iniciar un tratamiento adecuado que permita mejorar la calidad de vida y retardar la progresión de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Díaz-González F, Hernández-Hernández M V. Artritis reumatoide. Med Clin (Barc). diciembre de 2023;161(12):533-42.
2. Mueller AL, Payandeh Z, Mohammadkhani N, Mubarak SMH, Zakeri A, Bahrami AA, et al. Recent advances in understanding the pathogenesis of rheumatoid arthritis: New treatment strategies. Vol. 10, Cells. MDPI; 2021.
3. World Health Organization: WHO. Artritis reumatoide [Internet]. 2023 [citado 18 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rheumatoid-arthritis>
4. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Artritis reumatoide. Guía de Práctica Clínica. Ministerio de Salud Pública. 2016. p. 55.
5. Domínguez Freire ND, Alban Fierro PE, Carvajal Santana GE, Simbaña Paucar FM. Artritis Reumatoide: una visión general. Rev Cuba Reumatol. 2022;24(2).
6. Institute For Health Metrics And Evaluation. GBD results [Internet]. [citado 18 de septiembre de 2024]. Disponible en: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/?params=gbd-api-2021-public/0cb83b76b72673b461e7b64d2ed166d3>
7. Chancay MG, Guendsechadze SN, Blanco I. Types of pain and their psychosocial impact in women with rheumatoid arthritis. Women's Midlife Heal. diciembre de 2019;5(1).
8. Nilsson J, Andersson MLE, Hafström I, Svensson B, Forslind K, Ajeganova S, et al. Influence of age and sex on disease course and treatment in rheumatoid arthritis. Open Access Rheumatol Res Rev. 2021;13:123-38.
9. Tanaka Y. Rheumatoid arthritis. Inflammation Regeneration. 2020;40(20).
10. Barrera Frómata Y, Molinero Rodríguez C, Gómez Morejón JA, Pozo Abreu SM, Reyes Pineda Y, Blanco Trujillo X, et al. Productividad laboral en pacientes con artritis reumatoide temprana. Rev Cuba Reumatol [Internet]. 2022;24(4). Disponible en: <https://orcid.org/0000-0002-9238-7702>
11. Aguilar Fernández E, Carballo Alfaro AM. Factores asociados con discapacidad en actividades



- básicas e instrumentales de la vida diaria en residentes de Costa Rica de 60 años y más. UNED Res J. 11 de mayo de 2022;14(1):e3838.
12. Brown P, Pratt AG, Hyrich KL. Therapeutic advances in rheumatoid arthritis. BMJ. BMJ Publishing Group; 2024.
 13. Miguel-Lavariega D, Elizarrarás-Rivas J, Villarreal-Ríos E, Baltiérrez-Hoyos R, Velasco-Tobón U, Vargas-Daza ER, et al. Perfil epidemiológico de la artritis reumatoide [Epidemiological profile of rheumatoid arthritis]. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023;61(5):574-82.
 14. Sosa Aquino O, Cáceres Bordón VI, López de Torrez MR, Rodríguez Riveros MI. Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide de una asociación de Paraguay 2022. Rev científica ciencias la salud. 2022;4(2):09-18.
 15. Aldea Gonzales C, Rojas Quispe A, Villca Chuquichambi M. Evaluación del factor reumatoide látex frente a proteína C reactiva en pacientes con artritis reumatoide. Rev Cuba Reumatol. 2024;26.
 16. Clavero López R, Navarro Abad AI, Ruiz Herance M, Urra Ardanaz JM. Anti-péptidos citrulinados cíclicos y factor reumatoide en la artritis reumatoide. Actual Medica. 2021;106(813):157-64.
 17. Khudhair HAA. A study of the roles of some immunological biomarkers in the diagnosis of rheumatoid arthritis. J Med Life. 2023;16(8):1194-200.
 18. Lapić I, Padoan A, Bozzato D, Plebani M. Erythrocyte sedimentation rate and c-reactive protein in acute inflammation: Meta-analysis of diagnostic accuracy studies. Am J Clin Pathol. 2020;153(1):14-29.
 19. Flórez-Suárez JB, Quintana-López G. Velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva como marcadores útiles en la determinación de la etiología de la fiebre en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Rev Colomb Reumatol. 2023;30(4):283-5.
 20. Pope JE, Choy EH. C-reactive protein and implications in rheumatoid arthritis and associated comorbidities. Semin Arthritis Rheum. 2021;51(1):219-29.
 21. Özsoy Z, Bilgin E, Aksun MS, Eroğlu İ, Kalyoncu U. Extremely high erythrocyte sedimentation rate revisited in rheumatic diseases: a single-center experience. Turkish J Med Sci. 2022;52(6):1889-99.



22. Jindal G, Bansal S, Gupta N, Singh SK, Gahukar S, Kumar A, et al. Comparison of Ultrasonography and X-Rays for the Diagnosis of Synovitis and Bony Erosions in Small Joints of Hands in Early Rheumatoid Arthritis: a Prospective Study. *Maedica (Buchar)*. 2021;16(1):22-8.
23. Tang H, Qu X, Yue B. Diagnostic test accuracy of magnetic resonance imaging and ultrasound for detecting bone erosion in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2019;39(4):1283-93.
24. de Pablo P, Dinnes J, Berhane S, Osman A, Lim Z, Coombe A, et al. Systematic review of imaging tests to predict the development of rheumatoid arthritis in people with unclassified arthritis. *Semin Arthritis Rheum*. 2022;52.
25. Joy G, Arbiv O, Wong C, Lok S, Adderley N, Dobosz K, et al. Prevalence, imaging patterns and risk factors of interstitial lung disease in connective tissue disease: a systematic review and meta-analysis. *Eur Respir Rev*. 2023;32(167).
26. Esposito AJ, Chu SG, Madan R, Doyle TJ, Dellaripa PF. Thoracic Manifestations of Rheumatoid Arthritis. Vol. 40, *Clinics in Chest Medicine*. W.B. Saunders; 2019. p. 545-60.