

Artritis asociadas a enfermedades inflamatorias intestinales

– *un enigma a develar* –

Dr. Gabriel MACIEL *

Dra. Inés CORBACHO **

Es conocida la relación entre la inflamación intestinal y el desarrollo de artritis. De hecho se demostró la presencia de lesiones inflamatorias intestinales crónicas, clínicamente no evidentes, en muchos pacientes con espondiloartritis.

*Médico Internista y Reumatólogo.
Prof. Adjunto de Clínica Médica "1".
**Médica Internista y Reumatóloga.
Asistente de Clínica Reumatológica.



Definición

Se trata de la asociación entre dos conocidas enfermedades inflamatorias del tubo digestivo, la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa crónica (CUC), con manifestaciones articulares de carácter inflamatorio tanto a nivel axial como periférico.

El aparato locomotor es su principal asociación extraintestinal, aunque otros sistemas pueden verse implicados. Esta enfermedad se encuentra incluida dentro de las espondiloartropatías al igual que la espondilitis anquilosante, su principal representante, la artritis soriásica, y las espondiloartropatías juveniles e indiferenciadas.

Epidemiología

Se desconoce la prevalencia e incidencia de las enfermedades inflamatorias del tubo digestivo en nuestro medio.

Son más frecuentes en Norteamérica y norte de Europa (prevalencia entre 8 y 214 casos c/100.000 personas para enfermedad de Crohn y 21 a 43 c/100.000 personas para CUC). La incidencia de la CUC en Norteamérica y Europa es de 2 a 20 casos/100.000 y de la enfermedad de Crohn en España es de 5,5/100.000 habitantes.

Afectan predominantemente a individuos de raza blanca. A diferencia de la espondilitis anquilosante, que predomina en hombres, aquí la distribución por sexos es semejante. Las enfermedades inflamatorias del tubo digestivo afectan a pacientes de entre 20 y 30 años.⁽¹⁾

Etiopatogenia

La etiología de las enfermedades inflamatorias del tubo digestivo es desconocida. Las evidencias manejan como en tantas otras enfermedades factores desencadenantes de corte ambiental e inmunológico que interactúan con un terreno genético predisponente. Tal es así que los antecedentes familiares son el principal factor de riesgo para el desarrollo de estas enfermedades. El riesgo relativo de padecerlas es 10 a 15 veces mayor en los familiares de primer grado.

Se ha encontrado una fuerte asociación entre las enfermedades inflamatorias del tubo digestivo y la espondiloartritis concomitante con el HLA-B27 con una prevalencia del 30 a 75%.⁽²⁾

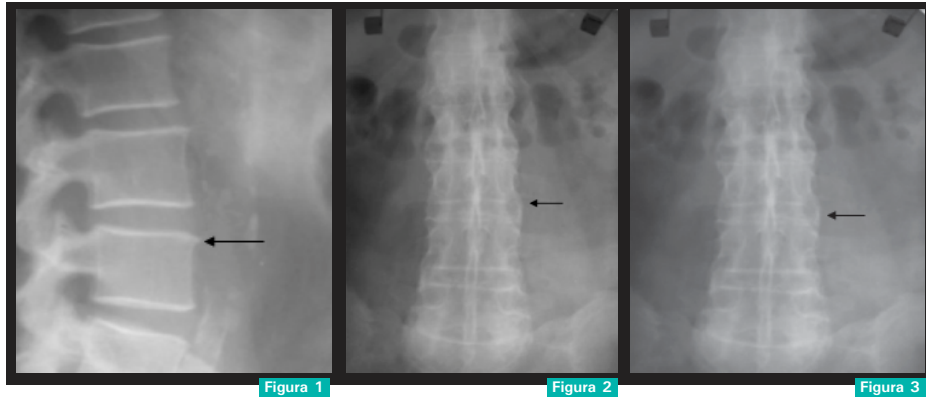


Figura 1

Figura 2

Figura 3

El tabaquismo supone un factor de riesgo para la enfermedad de Crohn.

Es conocida la relación entre la inflamación intestinal y el desarrollo de artritis. De hecho se demostró la presencia de lesiones inflamatorias intestinales crónicas, clínicamente no evidentes, en muchos pacientes con espondiloartritis. Estas lesiones producirían un aumento de la permeabilidad de la pared del tracto digestivo con absorción y posterior diseminación de antígenos artríticos no conocidos que favorecerían el desarrollo de artritis. Existe una respuesta inmunológica anormal del huésped que desencadenaría procesos inflamatorios en distintos tejidos.

Manifestaciones clínicas

La presencia de compromiso articular y periarticular es la comorbilidad más frecuente de las enfermedades inflamatorias del tubo digestivo con una prevalencia oscilante entre el 2 y 26%.⁽³⁾

La **artritis periférica** es la más frecuente (5 a 20%).⁽⁴⁾ Suele ser mono u oligoarticular, asimétrica y predomina a nivel de rodillas y tobillos. En 1998 un grupo de Oxford publicó un artículo en donde dividió el compromiso periférico en dos tipos: **1 oligoarticular y 2 poliarticular**

- **Tipo 1**, con participación inflamatoria **oligoarticular** (hasta 4 articulaciones) que cede en aproximadamente 10 semanas, coincidiendo con empuje de las enfermedades inflamatorias del tubo digestivo y muchas veces con eritema nodoso y/o uveítis.
- **Tipo 2 o poliarticular** (5 o más articulaciones), con persistencia de los síntomas por meses o años independientemente del curso

de la enfermedad intestinal. Se asocia uveítis pero no otras participaciones extraarticulares.⁽⁵⁾

La artritis periférica en general ocurre junto o luego (incluso después de 10 años) del primer brote digestivo. Es más frecuente en pacientes con CUC o enfermedad de Crohn con compromiso de colon.⁽⁶⁾ Mientras en la CUC existe una relación entre los brotes y la gravedad de la enfermedad intestinal y los episodios de artritis, esta no es tan clara en la enfermedad de Crohn.

El HLA B27 se asocia más con la artritis tipo 1. La **espondiloartropatía** se hace ostensible clínicamente en 3-12% de los enfermos, aunque radiológicamente se documenta sacroileitis en 14-20%⁽⁷⁾ y es más frecuente en la enfermedad de Crohn. La distribución por sexos es similar.

Al contrario que la afección periférica es independiente del curso de la enfermedad intestinal. La inflamación sacroilíaca se manifiesta con dolor glúteo uni o bilateral, o alternante. Puede irradiar por cara posterior de muslo a rodillas, en forma similar a una ciática. El dolor raquídeo es de tipo inflamatorio lo que significa que aparece en el reposo, por lo que el paciente sufre más durante la noche, y disminuye con el ejercicio. La rigidez matinal del tronco es una característica distintiva que puede durar a veces varias horas. Puede haber afección de articulaciones condrovertebrales y esternocondrales que determina dolor torácico y disminución de la expansibilidad torácica, que puede determinar insuficiencia respiratoria de tipo restrictivo.

La **entesitis** es un elemento clave y distintivo en este grupo de enfermedades y consiste en la

inflamación de la inserción de tendones, cápsula articular y ligamentos en el hueso. Si bien existen innumerables entesis los lugares más frecuentemente afectados son la inserción aquilea provocando talalgia posterior o inferior si se compromete la fascia plantar. Se presenta en cualquier momento de la evolución y suelen ser de difícil manejo.

Manifestaciones extraarticulares y complicaciones

La **osteoporosis** y **osteomalacia** son hallazgos frecuentes y son de causa multifactorial siendo la corticoterapia una de las más importantes. A esto se suma la malabsorción de calcio y vitamina D secundaria a la enfermedad intestinal y la presencia de moléculas inflamatorias (interleukinas, anti TNF α) en la circulación que favorece la resorción ósea. Las fracturas son una complicación frecuente.

El tratamiento corticoideo puede determinar a su vez **osteonecrosis aséptica** sobre todo en cabeza femoral y rodilla. La **coxitis séptica** se ve como consecuencia por ejemplo de fistulas intestinales y es poco frecuente.

También se pueden ver **acropaquias** sobre todo en la enfermedad de Crohn con compromiso de delgado proximal. Pueden presentar periostitis, incluyendo osteoartropatía hipertrófica asintomática o dolorosa.

Como consecuencia de actividad inflamatoria por años puede desarrollarse **amiloidosis**, fundamentalmente en la enfermedad de Crohn y es de mal pronóstico.

Finalmente estas enfermedades pueden complicarse con uveítis anterior, aortitis inicial con o sin insuficiencia aórtica, nefropatía secundaria a toxicidad por antiinflamatorios no esteroideos, amiloidosis renal o neuropatía IgA.

Diagnóstico

El diagnóstico de artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal se basa en criterios clínicos y radiológicos que están detallados en los criterios del grupo europeo de estudio de las espondiloartropatías y en los criterios de Amor.⁽⁸⁾ Debemos recordar que estos son criterios de clasificación que se utilizan con fines de investigación, son muy específicos pero poco sensibles por lo cual si los utilizamos como



Más de 5.500 cirugías realizadas
Más de 28 años de experiencia y trabajo en equipo

- Cirugías altamente especializadas
- Cirugías videolaparoscópicas
- Vertebroplastias
- Consulta especializada en policlínica
- Ateneos multidisciplinarios
- Bloques facetarios
- Estudios Moire

Consultas de Urgencia en Sanatorio
576.00.44

Servicio de Asistencia a los Profesionales las 24 hs.

www.cedefco.com.uy

herramienta diagnóstica nos perderemos de identificar las formas iniciales.

El diagnóstico es entonces **clínico por excelencia** basado en los datos clínicos señalados en un paciente portador de enfermedad de Crohn o CUC. El diagnóstico diferencial se plantea con otras espondiloartropatías o eventualmente con artritis séptica sobre todo si se presenta con compromiso monoarticular.

Los índices Bath como clave evolutiva

Existen numerosos recursos para valorar la evolución de las espondiloartropatías. Es posible medir por ejemplo el número de articulaciones tumefactas. Hace 14 años se crearon una serie de mediciones estandarizadas para cuantificar el grado de movilidad de la columna vertebral en la espondilitis anquilosante (BASMI: índice metrológico de Bath)⁽⁹⁾ o su índice de actividad (BASDAI) que pueden aplicarse a las artritis asociadas a enfermedades inflamatorias intestinales.

Valoración paraclínica

Los hallazgos patológicos dependen más de la actividad de la enfermedad intestinal que de la actividad clínica articular por lo cual no siempre va a existir buena correlación con la misma. Puede existir anemia por enfermedad inflamatoria crónica, trombocitosis, leucocitosis, VES elevada y PCR aumentada.

Valoración radiológica

Afortunadamente a diferencia de la artritis sorriásica, la artritis enteropática a nivel periférico no produce en general lesiones radiológicas salvo un aumento de las partes blandas o desmineralización yuxtaarticular. Cuando aparecen lesiones erosivas o destructivas se ven sobre todo en la cadera. En cambio a nivel axial las lesiones suelen ser de mayor envergadura y son indistinguibles de las que se ven en la espondilitis anquilosante. También se pueden ver calcificaciones en los sitios de inserción ósea de ligamentos y tendones como expresión de entesitis (Fig. 1 y 2). La sacroileítis es frecuente (Fig. 3). Otros métodos como la RNM pueden mostrar lesiones en columna o sacroiliacas no detectables por la radiografía convencional y puede ser útil al inicio de la enfermedad o en casos dudosos.

Tratamiento

Las bases terapéuticas de esta patología son en esencia superponibles al resto de las espondiloartropatías. Los objetivos que se persiguen son calmar el dolor y reducir la rigidez articular, prevenir las deformidades y la anquilosis. Mantener la función articular o mejorarla y mantener una buena calidad de vida.

Al igual que en todas las espondiloartropatías la **fisioterapia** es clave para alcanzar estos objetivos, haciendo hincapié en los ejercicios y normas de higiene postural. Pueden practicarse

deportes que eviten el contacto físico como la natación. La participación del fisiatra es clave en el correcto manejo de estas medidas.

El uso de **AINE** mejora el dolor en muchos pacientes, pero al aumentar la permeabilidad intestinal pueden exacerbar la enfermedad intestinal o desarrollar úlceras intestinales. Debemos utilizar aquél que objetive una buena respuesta y buena tolerancia, sabiendo que puede demorar algunas semanas en ser efectivo.

Los pacientes que no responden a AINE pueden beneficiarse de fármacos presumiblemente modificadores de la enfermedad como **sulfasalazina** a dosis de 2 a 3 g/día. Se debe comenzar con 500 mg/día pudiendo aumentar de a 500 mg semanales hasta llegar a la dosis indicada. Es fundamental el buen control de la enfermedad digestiva sobre todo en aquellos pacientes con artritis periférica. El uso de **prednisona**, 5 a 10 mg/día pueden ser útiles en la artritis periférica tipo 1. De persistir una mono u oligoartritis que no responde a las medidas anteriores se puede recurrir a la infiltración con **acetidrona**.

Las entesitis también pueden beneficiarse de infiltraciones. Las fisiatras de nuestro grupo

continúan aplicando con éxito la **iontoforesis con dexametasona**. Otros fármacos como el **metotrexate** o la **azatioprina** son también utilizados.⁽¹⁰⁾

El uso del **infliximab** ha demostrado ser altamente eficaz en el tratamiento tanto de la enfermedad intestinal como articular, tanto a nivel axial como periférico, refractarias a la terapéutica antes señalada. El seguimiento con RNM objetivó reducción en los cambios inflamatorios vertebrales con este último fármaco. También se observó disminución e incluso normalización de los parámetros inflamatorios como VES y PCR. Su elevado costo sigue significando un gran obstáculo para su uso en nuestro medio.

Pronóstico

La artritis periférica en general tiene un buen pronóstico ya que suele resolverse en corto tiempo sin dejar secuelas y evoluciona en forma paralela a la actividad de la enfermedad intestinal. En cambio la participación vertebral puede avanzar dejando secuelas anatómicas y grave incapacidad funcional con importante repercusión en la calidad de vida del enfermo.

Bibliografía

- Lashner BA, Epidemiology of inflammatory bowel disease. *Gastroenterol Clin North Am.* 1995; 24:467-74.
- Brown MA, Crane AM, Woodwards BP. Genetic aspects of susceptibility, severity, and clinical expression in ankylosing spondylitis. *Curr Opin Rheumatol.* 2002;14(4):354-60.
- Weiner SR, Clarke J, Taggart NA, et al. Rheumatic manifestations of inflammatory bowel disease. *Semin Arthritis Rheum.* 1991;20:353-66.
- Scarpa R, del Puente A, D'Arienzo A, di Girolamo C, Della Valle G. The arthritis of ulcerative colitis: clinic and genetic aspects. *J Rheumatol.* 1992; 19(3):373-7.
- Orchard TR, Wordsworth BP, Jewell DP. Peripheral arthropathies in inflammatory bowel disease: their articular distribution and natural history. *Gut.* 1998;42(3):387-91.
- Gravallese EM, Kantrowitz FG. Arthritis manifestations of inflammatory disease. *Am J Gastroenterol.* 1988;83:703-9.
- Queiro R, Maiz O, Inbausti J, de Dios JR, Belzunegui J, González C et al. Subclinical sacroiliitis in inflammatory bowel disease: a clinical and follow-up study. *Clin Rheumatol.* 2000;19(6):445-9.
- Dolisky D, Maciel G, Varela M, Franco V, De Pizzol G. Concepción actual de las espondiloartropatías: una propuesta integradora. *Tendencias en Medicina.* 2003;22:69-76.
- Jenkinson T, Mallorie PA, Whitelock HC; Kennedy LG, Garret SL, Calin A. Defining spinal mobility in ankylosing spondylitis: the Bath ankylosing spondylitis metrology index (BASMI). *J Rheumatol.* 1994;21:1694-8.
- Mease PJ. Disease-modifying antirheumatic drug therapy for spondyloarthropathies in treatment. *Curr Opin Rheumatol.* 2003; 15(3):205-12.

Porque Ud. necesita saber... siempre!!!

a toda hora,
desde
cualquier lugar

www.farmanuario.com

El sitio de salud
más visitado de Internet



Calidad • Accesibilidad • Amplia Gama

IVAX
Uruguay S.A.

Producto de tu confianza

TEVA
Miembro del Grupo Teva