

# ***Revisión analítica de 100 historias clínicas de pacientes con artritis reumatoide***

Por el Dr.:

**FRANCISCO GARCÍA BERTRAND (9)**

García Bertrand F. *Revisión analítica de 100 historias clínicas de pacientes con artritis reumatoide*. Rev. Cub. Med. 10: 2, 1971.

Se hace una revisión de 100 historias clínicas de pacientes con artritis reumatoide estudiados por el Profesor: M. F. Kahn, en la consulta externa de la Clínica Reumatológica "Centro Viggo Petersen" del Hospital Lariboisiere. París.

## INTRODUCCION

La artritis reumatoide aun llamada por los autores franceses, poliartritis crónica evolutiva o poliartritis crónica reumatismal, representa el más frecuente de los reumatismos inflamatorios crónicos. Es una enfermedad que afecta entre el 0.5 al 2.7% de los adultos según estadísticas de diversos países.<sup>1</sup>

Por tratarse de una afección con una forma de presentación extraordinariamente variada, en la que constantemente se plantean problemas diagnósticos y terapéuticos, nos lia parecido importante realizar el estudio de 100 pacientes portadores de esta entidad.

## MATERIAL Y METODO

Con la finalidad de obtener conclusiones prácticas hemos tomado 100 pacientes de artritis reumatoide, los cuales liemos clasificado según los criterios de

la "American Rheumatism Association", consultados por el Profesor *M. F. Kahn* en la Clínica Reumatológica del Hospital Lariboisiere. Servicio del Profesor *S. de Séze, París*. De estos 100 pacientes, 95 constituyen todos los pacientes con este diagnóstico que fueron por él consultados en el año 1969, y 5 fueron escogidos al azar entre los consultados en el año 1970. Entre estos 100 pacientes, 64 han sido retenidos en el servicio, habiendo sido vistos varias veces evolutivamente, por motivos variados: dificultades diagnósticas, problemas terapéuticos, complicaciones intercurrentes, investigaciones especializadas, interés de asociaciones de la artritis reumatoide a otras afecciones, etc. ..

Hemos considerado interesante efectuar un análisis por separado, de los pacientes que han sido atendidos una sola vez y de aquellos que por las diversas causas señaladas han sido objeto de reconsultas, ya que los datos obtenidos en el estudio de la serie de pacientes vistos una sola vez reflejarían mejor la realidad.

En los 100 pacientes anotamos el sexo y la edad de inicio de la afección. Es

---

<sup>9</sup> Instructor de Medicina Interna de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de La Habana. Especialista de Medicina Interna del Hospital General Docente "Enrique Cabrera". Calzada de Aldabó y Calle E, Reparto Altahabana. La Habana. Cuba.

tudiamos las características del modo de comienzo de la enfermedad. Precisamos clínica y radiológicamente las localizaciones articulares de las lesiones, haciendo hincapié en las localizaciones de caderas y luxación atloidoaxoidea.

Los hallazgos clínicos de adenopatías, esplenomegalia, nodulos subcutáneos, síndrome del canal carpiano, dedos en resorte y rupturas tendinosas fueron objeto de atención.

Se exponen los resultados de las perturbaciones inmunológicas puestas en evidencia mediante: la búsqueda del factor reumatoide, la de anticuerpos anti-nucleares por métodos citológicos (presencia de células L. E. y de células B de Heller) e inmunológicos (Inmunofluorescencia), la presencia en el líquido sinovial de células particulares (los rago-citos) y las modificaciones de los niveles de complemento estudiados en el suero y en el líquido sinovial.

Se expone la uricemia y el título de antiestreptolisina O.

Los antecedentes personales y familiares, las enfermedades asociadas, el tratamiento actual, las complicaciones iatrogénicas y el tratamiento quirúrgico realizado en estos pacientes fueron considerados en nuestra revisión.

La cantidad de pacientes que han necesitado hospitalización y el dato evolutivo de la agravación o no de la afección tras 5 años de evolución fue recogido.

*Análisis de nuestra serie de 100 pacientes de artritis reumatoide:*

*Sexo.* Comprobamos la predilección por el sexo femenino. Si examinamos el total de 106 100 casos, la proporción se corresponde con lo referido en la literatura, 3 a 4 veces más frecuente en la mujer que en el hombre.<sup>1</sup>

Esta mayor proporción por el sexo femenino se acentúa notablemente, al considerar solamente los pacientes que en nuestra serie han sido vistos una sola vez.

Sexo	Ira. con sulta	Con re- consulta	Total
F	32	46	78
M	4	18	22

*Edad de aparición de la enfermedad:*

Después de la infancia donde ella es rara, la A.R. puede comenzar a cualquier edad. Parece ser más frecuente entre los 35 y 55 años, sobre todo en la mujer.<sup>1</sup>

Nosotros hemos encontrado que la repartición de casos en las distintas formas de análisis que estamos realizando (atendidos una sola vez, atendidos varias veces, y consideración en total) tiene de común, el que la mayoría de los mismos aparecen entre los 45 y los 54 años.

Edad inicio	Menos de	Ira. con- sulta	Con re- consulta	Total
			3	4
15 a 24 años		4	13	17
25 a 34 años		7	7	14
35 a 44 años		7	9	16
45 a 54 años		<b>10</b>	15	25
55 a 64 años		4	<b>10</b>	14
65 a 74 años		3	7	<b>10</b>

### Modo de inicio

Es (le señalar la gran variabilidad de las formas de comienzo de la A.R. lo que dificulta con frecuencia el diagnóstico inicial. En esta serie podemos individualizar las de comienzo progresivo, las de comienzo agudo febril, las de comienzo agudo oligo o poliarticular, las de comienzo agudo monoarticular, las de comienzo subagudo, las de comienzo pseudogotoso por el dedo grueso del pie, las formas a hidartrosis de la rodilla y la pseudotuberculosa. Las formas a comienzo progresivo son las más frecuentes, las formas a comienzo agudo tienen distintos porcentajes de acuerdo a las características de las distintas series estudiadas, por ejemplo, *Henrard*<sup>2</sup> encuentra 22 inicios agudos en su serie de A.R. femenina a la edad adulta, cita a *Short* con 22 por 100 también y a *Isemein* con 30 por 100. Nuestra serie se asemeja más a la de este último.

CUADRO III

Modo de Inicio	Ira. con sulta	Con re consulta	Tot al
Progresivo	18	38	56
Agudo febril	4	10	14
Agudo oligo o poliarticular	7	5	12
Agudo monoarticular	4	4	8
subagudo	2	4	6
Pseudogotoso	1	1	2
Hidartrosis de la rodilla	0	1	1
Pseudotuberculoso	0	1	1

### Manifestaciones clínicas articulares:

Las más frecuentes son localizadas en las manos, a nivel de las articulaciones interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF) o ambas y con la misma frecuencia a nivel de las muñecas. En esta serie las rodillas ocupan el tercer lugar en orden de frecuencia.

En la serie de *Henrard*<sup>2</sup> los hombres ocupan el tercer lugar.

Es de señalar la existencia de lesión reumatisal a nivel de la cadera en 29 pacientes del total de 100, existiendo lesión radiológica en 20 de estos pacientes entre los cuales la lesión radiológica es bilateral en 10. *Coste*<sup>3</sup> refiere coxitis en el 24% de las A.R. seropositivas y en el 28 de las A.R. seronegativas.

De los 29 pacientes de nuestra serie que presentan coxitis, 14 han tenido un inicio progresivo de la A.R., 13, un inicio agudo y 2', un inicio subagudo. Uno de los 100 pacientes presenta como hallazgo radiológico una necrosis de la cabeza del fémur.

Manifestaciones clínicas de localización cervical en 29 de los pacientes. Mediante estudio radiológico sistemático con radiografías en flexión anterior de la cabeza, se encontraron 9 pacientes con luxación atloidoaxoidea de 4 mm., o más sin que existieran manifestaciones neurológicas, al igual que lo señalado por *Djari*<sup>1</sup> y *Henrard*.<sup>2</sup>

En el Cuadro IV podemos apreciar la proporción de lesiones a nivel de las distintas regiones articulares.

CUADRO IV

Manifestaciones clínicas articulares	Ira. con sulta	Con re- consulta	Tot al
Manos (IFP-MCF)	34	57	91
Muñecas	32	59	91
Rodillas	26	50	76
Hombros	21	40	61
Pies	19	41	60
Tobillos	16	30	46
Codos	9	27	36
Columna cervical	9	20	29
Luxación Atloidoaxoidea	3	6	9
Caderas	8	21	29
Tempomaxilar	1	6	7
Esternoclavicular	0	2	2

#### *Lesiones radiográficas:*

Existen lesiones radiográficas en 27 de los 36 pacientes con una sola consulta (75%) y en 53 de los 64 con reconsultas (82.81%). En el total de 100 pacientes hay 80 con lesiones radiográficas.

Las lesiones más frecuentes se encontraron en el siguiente orden: muñecas, manos, pies, rodillas, hombros, codos, y tobillos. Las consideraciones sobre las lesiones encontradas a nivel de cadera V cervical con luxación atloidoaxoidea ya han sido expuestas.

*Thould*<sup>5</sup> al igual que otros autores, ha realizado sistemáticamente radiografías de los pies en los pacientes con A.R. y refieren que las lesiones radiográficas a nivel de las articulaciones metatarsofalángicas son tan frecuentes como las de manos y muñecas.

#### *Diversas manifestaciones clínicas extrarticulares:*

*Aderwpatías.* Se encuentran adenopatías en 15 de los 36 pacientes de A.R. con una consulta (41.66%) y en 31 de los 64 reconsultas (48.43%). Si consideramos el total de 100 pacientes hay adenopatías en 46 (46.00%).

*Nodulos subcutáneos.* Se encuentran nodulos en 1 paciente de los 36 con una sola consulta (2.77%) y en 9 de los 64 con reconsultas (14.06%). Hay 10 con nodulos en el total de 100 (10.00%).

*Esplenomegalia.* No se encontró esplenomegalia en los 36 pacientes con una consulta y sí en 7 de los 64 con reconsultas (10.93%). Por lo tanto, hay 7 pacientes con esplenomegalia en el total de 100 (7.00%).

*Síulronie del canal carpiano.* Se precisó en 3 de los 36 pacientes atendidos una sola vez en la consulta (8.33%) y

en 3 de los 64 pacientes con reconsultas (4.68%). En el total de 100 pacientes hay 6 síndromes del canal carpiano (6.00%).

*Ruptura tendinosa.* En ningún paciente, visto una sola vez en la consulta, se encontró ruptura tendinosa y sí en 5 de los 64 pacientes con reconsultas (7.81%). En el total de 100 pacientes hay por lo tanto 5 rupturas tendinosas (5.00%).

*Dedo en resorte.* No se halló entre los 34 pacientes vistos una sola vez y sí 2 veces en los 64 de reconsulta (3.12%). Entre los 100 pacientes, 2 con dedos en resorte (2.00%).

#### *Serología reumatoide:*

En cada caso dos reacciones de detección del factor reumatoideo han sido practicadas; la primera de tipo *Waalser Rose* empleando glóbulos rojos humanos 0(RH—) sensibilizados con antisueros de conejo, la segunda de tipo FII con partículas de látex recubiertas de gammaglobulina humana (reacción de látex). Han sido considerados como positivos los sueros con una reacción de aglutinación a partir de 1/20 para la primera reacción y de 1/160 para la segunda reacción.

Hemos encontrado en los 36 pacientes consultados una sola vez, 21 con W.R. positivo (58.33%) y 23 con látex positivo (63.88%). Entre los 64 pacientes con reconsultas hay 44 con W.R. positivo (68.75%) y 52 látex positivo (81.25%). En total de 100 pacientes contamos 65 W.R. positivo (65.00%), y 75 látex positivo (75.00%).

Todos los pacientes W.R. positivos son látex positivos. No existen pacientes W.R. positivo, látex negativo y sí, W.R. negativo, látex positivo.

#### *Búsqueda de anticuerpos antinucleares:*

Dos tipos de método son utilizados.

*Métodos citológicos:* La presencia de células L.E. se puso de manifiesto en un caso de los 36 vistos una sola vez (2.77%) y en 3 de los 64 con reconsultas (4.68%). En el total de 100 casos existen 4 en que se encontraron células L.E. (4.00%).

La presencia de células B de *Heller* v de masas libres se encontró en 4 de los 36 casos con una sola consulta (11.11 %) y en 15 de los 64 con reconsultas (23.43%). Por lo tanto se encontraron células B y masas libres en 19 de los 100 pacientes (19.00%).

En 3 de los 4 pacientes en los que se encontraron células L. E. se hallaron también células B y masas libres, por lo que el total de pacientes con presencia de células L.E. o células B o masas libres es de 20.00%.

*Kahn y colab.*<sup>6</sup> han referido que 20 pacientes de 21, con células de tipo B, tenían en su suero factor antinuclear a dosificaciones de 1/1 a menos de 1/100.

*Métodos inmunológicos:* Los anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia fueron precisados en 5 de los 36 pacientes, con una sola consulta (13.88%), y en 13 de los 64 pacientes con reconsultas (20.31%). Se precisaron por consiguiente, anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia en 18 pacientes del total de 100 (18.00%).

*Antiestreptolisina O:* Dosificación de antiestreptolisina O por encima de 300 Unidades se encontró en 1 paciente de los 36 vistos una sola vez (2.77%), y en 10 de los 64 con reconsultas (15.62%). Por consiguiente, en 11 de los 100 pacientes se encontraron dosificaciones elevadas (11.00%).

*Uricemia:* La uricemia por encima de 7 mg. no se precisó en ningún paciente de los 36 vistos una sola vez, y sí en 4 de los pacientes de reconsulta (6.25%).

En el total de 100 pacientes hay 4 con hiperuricemia (4.00%).

#### *Líquido sinovial:*

En 19 pacientes de los 100, existía derrame articular.

*Examinado el líquido sinovial se precisó:* Aumento del número de células. En 14 de los 19 pacientes, superior a 5000 y en los otros 5 es de 1040 a 3220. Los polinucleares constituyen más del 50% de las células en 13 de los 19 líquidos examinados y menos del 50% en 6 de los líquidos.

En 16 de los líquidos sinoviales se precisó si había fagocitos, hay 1 solo con ausencia de fagocitos. En 10 de los líquidos, hay más de un 30% de fagocitos, en 3, entre 10 a 30%, y en 2, menos del 10%.

Entre los 15 pacientes con presencia de fagocitos en el líquido sinovial, hay 10 con serología reumatoide positiva y 5 con serología reumatoide negativa. El único caso con ausencia de fagocitos en el líquido sinovial es seronegativo. En dos pacientes se buscó el factor reumatoideo con el líquido sinovial, coincidiendo con el resultado obtenido en el suero. Uno de los pacientes es seropositivo y el otro, seronegativo.

Se dosificó complemento en 7 de los líquidos sinoviales, hallándose siempre disminuido en relación al suero. De estos pacientes, 5 son seronegativos y 2 son seropositivos. *Peltier A.*<sup>7</sup> ha referido que en la A.R. los niveles de complemento en el suero están elevados, que esta elevación es función del potencial inflamatorio de la enfermedad, si-

guiendo casi siempre su curso evolutivo, y que los líquidos sinoviales de la A.R. tienen, la mayoría, niveles de complemento disminuidos.

*Clasificación en los 100 casos de nuestra serie según los criterios de la "American Rheurnatism Association":*

CUADRO V

A.R.A.	Ira.cor sulta	i Con re- consulta	Tot al
Clásica	20	52	72
Definida	13	10	23
Probable	1	1	2
Posible	2	1	3

*Tiempo de evolución de de los pacientes nuestra serie:*

CUADRO VI

Tiempo de evolución	Ira. con- sulta	Con re- consulta	Tot al
0 a 5 años	16	22	38
6 a 10 años	8	17	25
11 a 15 años	6	10	16
16 a 20 años	2	7	9
Más de 20 años	4	8	12

*Antecedentes personales:*

Llama la atención la gran frecuencia de antecedentes infecciosos, las infecciones más frecuentes son las anginas y las broncopleuropulmonares. Notamos 10 pacientes con bronquitis crónica en nuestra serie, hallazgo que se asemeja al de la serie de *Henrard*<sup>2</sup> en la cual se refieren 12 pacientes con bronquitis crónica. Existen

numerosos trabajos en relación a la A.R. y las afecciones broncopleuropulmonares. En algunos pacientes al parecer existe relación entre la agudización de procesos respiratorios crónicos y los brotes de A.R. A continuación podemos apreciar los antecedentes de afecciones médicas y de intervenciones quirúrgicas en nuestra serie de 100 A.R.

CUADRO VII

Antecedentes personales médicos	No. de pacientes
Amigdalitis	17
Bronquitis crónica	10
Pneumopatías agudas	5
Pleuresías	3
Tuberculosis pulmonar	2
Otras enfermedades infecciosas	21
Manifestaciones alérgicas	5
Migrañas	4
Reumatismo articular agudo	3
Traumatismos	2
Gota	1
Serología sifilítica falsa positiva	2

CUADRO VIII

Antecedentes personales médicos	No. de pacientes
Amigdalectomía	2
Apendicectomía	3
Colecistectomía por litiasis	2
Úlcera gastroduodenal	1
Quiste del ovario	1
Hernia inguinal	1
Histerectomía 1 salpingitis 1 fibroma	2
Radical de mama por neo	1
Peritonitis	1
Iujerto vertebral después de caída	1
Retroversión uterina	1
Quiste congénito cervical	1
Catarata	1

En 16 de los 100 pacientes de A.R. encontramos antecedentes familiares de afecciones reumatisinales, en 8 de los cuales existe el antecedente de A.R. *Lombas*<sup>s</sup> cita que aunque estudios genéticos bien orientados no han podido demostrar que esta sea la razón etiológica de la enfermedad, la observación de una mayor proporción de reacciones serológicas positivas entre familiares de pacientes reumatoides, así como una mayor incidencia de la afección en los miembros de una misma familia ha hecho establecer a *Blecowrt*, *Stelcher* y otros que se trata de una afección genética y que *Stelcher* parece haber demostrado la presencia de un gen autosómico dominante con una penetración de un 50%.

*Enfermedades asociadas:*

En el cuadro siguiente podemos apreciar como en nuestra serie existen una gran variedad de afecciones concomitantes. Recordamos que la A.R. es una enfermedad que en la mayoría de los casos continúa evolucionando después de 10 o más de 20 años y que frecuentemente no deja de evolucionar.

Como ya hemos referido, las asociaciones frecuentes a afecciones bronco-pleuropulmonares han sido motivo de publicaciones, así como asociaciones frecuentes también a afecciones del tiroides, leucosis linfoide crónica, miastenia, anemia perniciosa y otras afecciones con la misma base disimmunitaria.

Pasamos a precisar las patologías de la glándula tiroides y posteriormente a analizar las manifestaciones cutáneas y renales.

Enfermedades asociados	No. de pacientes
Bronquitis crónica (4 con bron-	
quiectasias)	10
Fibrosis intersticial	1
Broncoalveolitis subaguda	1
Lesión pulmonar y costal pos-	
rradioterapia (radical mama-	
porneo)	1
Patologías tiroideas	8
Patologías psicógenas (5 síndro	
me depresivo)	10
Manifestaciones cutáneas	11
Úlcus gastroduodenal	3
Leucosis linfoide crónica	3
Neoplasias (dos de mama y uno	
de páncreas)	3
Miastenia de <i>Erb Goldflam</i>	1
Síndrome de <i>Gougerot Sjogren</i>	1
Necrosis de la cabeza del fémur	1
Nefropatías	6
Artrosis vertebral	6
Coxartrosis	3
Herpes Zoster	3
Iritis	2
Enfermedad de <i>Paget</i>	2
Amiloidosis rectal adrenal	1
Enfermedad de <i>Dupuytren</i>	2
Anemia perniciosa con síndro	
me neuroanémico	1
Tuberculosis ganglionar	1
Hemorragia meníngea espinal	1
Arteritis obliterante de m. infe	
riores. Artrosis vertebral des	
tructiva	1
Algoneurodistrofia decalcifican-	
te postraumática de miembros	
superiores	1
Síndrome del aro aórtico	1

*Patologías de la glándula tiroides en nuestra serie:*

- 1 — Antecedentes de bocio con hipotiroidismo coincidiendo con el inicio de la A.R.

- 2 — Bocio nodular pequeño a nivel del lóbulo derecho.
- 3 — Hipertiroidismo tratado con yodo radiactivo, 6 años después del comienzo de la A.R.
- 4 — Insuficiencia tiroidea desde un año antes al comienzo de la A.R.
- 6 — Bocio con hipertiroidismo tratado con yodo radiactivo.
- 7 — Bocio difuso. Eutiroideo.
- 8 — Hipertiroidismo tratado con yodo reactivo 12 años antes del comienzo de la A.R.

*Manifestaciones cutáneas:*

- 1 — Erupción cutánea en la que se planteó psoriasis, paraqueratosis psoriasiforme o lupus eritematoso. No hubo conclusión de la naturaleza de la lesión cutánea. Se encontraron algunas células B. Se diagnóstico A.R. clásica seropositiva. Esta paciente falleció a causa de neoplasia de la cabeza del páncreas.
- 2 — Psoriasis. A.R. clásica seronegativa.
- 3 — Lesión psoriasiforme a nivel del codo A.R. clásica seronegativa.
- 4 — Eritema indurado de Bazin. A.R. clásica seronegativa.
- 5 — Paraqueratosis banal. A.R. clásica seronegativa.
- 6 — Vitíligo. Este paciente, además presenta lesión renal, hepática y un síndrome de Gougerot Sjogren. Se discutió la posibilidad de lupus eritematoso a forma reumatisal. A. R. clásica seropositiva.
- 7 — Esclerodactilia. Atrofia cutánea peribucal. Lesión cutánea en la pierna derecha caracterizada por numerosas placas necróticas por

capilaritis trombosante. A.R. clásica seronegativa.

- 8 — Vitíligo. A.R. clásica seronegativa.
- 9 — Lesiones pruriginosas evocando un prurigo. A la biopsia existen focos de capilaritis con infiltrados linfocitocitarios. Este paciente presenta un síndrome de Raynaud y polimiositis que cedió al tratamiento con corticoides. En las investigaciones se precisaron células B, anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia e liipergamma M policlonal.  
A. R. clásica, seropositiva, con trastornos inmunológicos determinando una expresión clínica fronteriza con el L.E. y la dermatomiositis.
- 10 — Erupción eritematosa pruriginosa. A.R. clásica seropositiva.
- 11 — Lesiones eritematosas a nivel del dorso de las manos. Antecedentes de manifestaciones alérgicas y de hipertiroidismo tratado con yodo radiactivo. A.R. definida seropositiva.

*Nefropatías:*

- 1 — Nefropatía crónica con albuminuria e insuficiencia renal a los exámenes complementarios. Paciente que además presenta células L.E. y presencia de anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia. Se plantea la posibilidad de lupus eritematoso a forma reumatisal A. R. definida, seropositiva.
- 2 — Nefropatía crónica con albuminuria. Este paciente con síndrome de *Gougerot Sjogren* y presencia de anticuerpos antinucleares por inmunofluorescencia plantea la

posibilidad de lupus eritematoso a forma reumatisal. A.R. clásica seropositiva.

- 3 — Nefropatía crónica. Paciente con amiloidosis rectal precisada por biopsia y que falleció en insuficiencia renal y cardíaca. Plantea la posibilidad de nefropatía amiloidea.
- 4 — Glomerulonefritis estreptocócica.
- 5 — Nefroangiosclerosis.
- 6 — Albuminuria transitoria. Biopsia renal donde se aprecian lesiones mínimas mal sistematizadas, indiscutibles, a tipo de hipertrofia del tejido intercapilar sin proliferación celular.

#### *Hospitalización:*

De los 36 pacientes de artritis reumatoide con una sola consulta, 9 (25%) fueron ingresados en el hospital y de los 64 pacientes con reconsultas, 32 (50%) han necesitado de ingreso en el hospital.

Si consideramos el total de 100 pacientes tenemos que 41 (41%) han necesitado de ingreso al hospital.

*Agravación o no después de 5 años de evolución de la enfermedad.* Del total de 100 pacientes, hay 62 con una evolución mayor a 5 años y de estos 62 pacientes, 52' (83.87%) se han agravado después de los 5 años.

*Mortalidad.* Dos fallecidos, 1 a la edad de 46 años por metástasis hepáticas de carcinoma de la cabeza del páncreas y el otro paciente a la edad de 76 años, en insuficiencia renal por posible amiloidosis.

*Consideraciones sobre el tratamiento médico actual.* De los 100 pacientes de la serie están bajo tratamiento 97 ya

que hay dos fallecidos y 1 paciente no necesita de medicación.

*Corticoides por vía bucal.* 47 pacientes toman corticoides y entre ellos, 4 a una dosis superior a 10 mg., 23 a una dosis de 10 a 6 mg. y 20 a una dosis de 5 mg. o menos por día.

*Corticoides por vía local.* 54 de los pacientes reciben actualmente corticoides por esta vía.

*Antipaludeanos de síntesis.* 50 de los pacientes mantienen actualmente esta medicación.

*Sales de oro.* 36 de los pacientes están bajo este tratamiento.

*Inmunodepresores.* 7 de los pacientes reciben esta medicación, 6 clorambucil y 1 imurán.

*Salicilatos.* 54 pacientes, generalmente aspirina.

*Indometacina.* 28 pacientes, de los cuales 9 en forma de supositorios.

*Fenübutazona.* 2 pacientes solamente, 1 en forma de supositorios.

*Otros antiinflamatorios y analgésicos* son indicados como medicación asociada.

#### *Férulas y reeducación:*

Empleados para atenuar el dolor y evitar las actitudes viciosas.

Reeducación en presencia de deformaciones establecidas.

#### *Complicaciones gastrogénicas:*

##### *D) Corticoides:*

De los 100 pacientes de artritis reumatoide, 74 han sido tratados con corticoides.

Entre estos 74 pacientes, hay 29 en los cuales existen complicaciones yatrogénicas, en ocasiones varias en un mismo caso.

16 manifestaciones de hipercorticismismo.

5 amiotrofia (tres de estos pacientes con triacínoloma).  
6 desmineralización vértebropelviana.  
5 aplastamiento vertebral dorsal D2, D6, D9, D5, D11).  
4 úlceras gastroduodenales.  
3 tuberculosis pulmonar.  
2 catarata.

111 *Sales de oro:*

De los 100 pacientes 63 han sido tratados con sales de oro. Entre estos 63 enfermos, 13 han presentado manifestaciones ya trogénicas.  
3 albuminuria. Se precisó en uno de estos una glomerulonefritis estreptocócica.  
3 liquen aurico.  
2 eritrodermia.  
3 prurito.  
1 estomatitis bastante severa.  
1 eczema.

III) *Antipaludianos de síntesis:*

De los 100 pacientes, 87 han recibido esta medicación, generalmente la cloroquina.  
Hay 4 con complicaciones yatrogénicas.  
1 disminución importante del campo visual.  
1 púrpura alérgica.  
1 disminución de la agudeza auditiva.  
1 canicie.

IV) *Inmunodepresores:*

Sólo indicados en las A.R. maligna con angeitis necrosante o ciertas formas altamente inflamatorias y febriles resistentes al tratamiento y

susceptibles de hospitalización. *Bedoiseau*.<sup>9</sup>

De los 100 pacientes, 16 han sido tratados por los inmunodepresores, 15 con clorambucil y 1 con imurán. Entre estos 16 pacientes tratados con inmunodepresores, 3 han presentado manifestaciones yatrogénicas.  
2 infecciosas.

1 púrpura por trombopenia.

*Resultado de inyecciones intraarticulares de thiothepa e isótopos radioactivos:*

El conocimiento del papel que juega la membrana sinovial en numerosas afecciones articulares, ha conducido a buscar los medios de su destrucción. Los éxitos de la sinovectomía quirúrgica han confirmado lo bien fundado de esta actitud. Ellos han incitado a los médicos a buscar otros procedimientos de destrucción de la sinovial.

Desde hace muchos años se han realizado tentativas en este sentido tendiendo a realizar la llamada sinovectomía química. Diferentes productos han sido sucesivamente utilizados: el ácido ósmico, las mostazas nitrogenadas, las sales de oro y por último la utilización de los radioisótopos que es la adquisición más reciente.<sup>10</sup>

De los pacientes de nuestra serie, 6 han sido tratados con este procedimiento terapéutico. Todos a nivel de rodilla.

1 — Rodilla derecha: en dos ocasiones inyección intraarticular de thiothepa.

*Resultado:* sin acción.

2 — Rodilla derecha: inyección intraarticular de thiothepa.

*Resultado:* mediocre.

3 — Rodilla derecha: inyección intraarticular de Yttrium radiactivo.

*Resultado:* mejoría.

- 4 — Rodilla derecha: inyección intra-articular de Yttrium radiactivo.  
*Resultado:* mediocre.
- 5 — Rodilla derecha: Inyección intra-articular de Yttrium radiactivo.  
*Resultado:* bueno.
- 6 — Rodilla izquierda: inyección intra-articular de oro radiactivo.  
*Resultado:* mejoría.

*Tratamiento quirúrgico:*

La indicación de la sinovectomía en la A.R. está fundada sobre el hecho de que ella parece capaz de modificar favorablemente el curso evolutivo local y general de la afección. La inflamación reumatoidea comienza a nivel de la sinovial. El pannus, constituido de tejido granulomatoso hipertrófico invade secundariamente y poco a poco los cartílagos, los huesos y los tendones vecinos destruyéndolos. La sinovectomía efectuada a un estado precoz donde no existe aún destrucción osteoarticular podría evitar las deterioraciones ulteriores.

La sinovectomía es practicada actualmente entre los casos de A.R. donde a pesar del tratamiento médico la articulación continúa aumentada de volumen y presenta una sinovitis exudativa. *Debeyre*.<sup>11</sup>

En el total de 100 pacientes se han realizado 25 intervenciones quirúrgicas.

*A nivel de In muñeca:*

- 1 — Sinovectomía a nivel de la muñeca izquierda con resección de la extremidad inferior del cúbito. Complicación posoperatoria: embolismos pulmonares con evolución favorable.  
*Resultado:* mediocre.
- 2 — Sinovectomías a nivel de las dos muñecas.

*Resultado:* bueno.

- 3 — Sinovectomías parciales a nivel de las dos muñecas.  
*Resultado:* mejoría.
- 4 — Sinovectomía a nivel de la muñeca izquierda, con resección de la extremidad inferior del cúbito.  
*Resultado:* excelente.
- 5 — Sinovectomía radiocubital inferior. Artrodesis radiocarpiana.  
*Resultado:* bueno.
- 6 — Sinovectomía a nivel de la muñeca izquierda.  
*Resultado:* bueno.
- 7 — Sinovectomía de las muñecas con resección de la extremidad inferior de cúbitos y sutura de los tendones extensores de 4 a 5 dedos.  
*Resultado:* bueno.
- 8 — Sinovectomía de la muñeca izquierda.  
*Resultado:* poco favorable desde el punto de vista del dolor.

*A nivel de las manos*

- 1 — Mano derecha: sinovectomía de los extensores, resección de la extremidad inferior del cúbito y artroplastia de metacarpofalanges. Mano izquierda: sinovectomía de los extensores y de metacarpo-falanges; sección de los extensores 4 y 5.
- 2 — Mano derecha: intervención de desviación en decúbito de los dedos y ruptura del extensor del 4to. dedo.  
*Resultado:* bastante bueno.
- 3 — Dos manos: sinovectomías.  
*Resultado:* bastante bueno.
- 4 — Mano izquierda: sinovectomía a nivel de interfalángicas proximales 1, 2 dedos, y metacarpofalángicas del 3er. dedo.  
*Resultado:* bastante bueno.

*A nivel de rodillas:*

- 1 — Sinovectomías de las dos rodillas.  
*Resultado:* mejoría transitoria.
- 2 — Sinovectomía de la rodilla de recha. Complicación infecciosa.  
*Resultado:* anquilosis casi total de la rodilla.
- 3 — Sinovectomía de la rodilla de recha.  
*Resultado:* bueno.
- 4 — Sinovectomías de las dos rodillas.  
*Resultado:* limitación de los movimientos de las rodillas.
- 5 — Sinovectomía de las dos rodillas.  
En este paciente se realizó también sinovectomía de la muñeca e interfalángica próxima del 2do. dedo.  
*Resultado:* malo en relación al curso general de la afección. Bastante bueno desde el punto de vista local a nivel de las rodillas.
- 6 — Rodilla izquierda: resección con artrodesis.  
Rodilla derecha: artroplastia.  
Complicación: lesión de ciáticos poplíteos externos en relación a los enyesados.  
*Resultado:* a nivel de la rodilla izquierda artrodesis en buena posición. A nivel de la rodilla derecha retroluxación de la tibia bien soportada.

Marcha posible con un bastón simple.

*A nivel de los pies:*

- 1 — Alineación metatarsiana. Intervención de *Hallux Valgus*.  
*Resultado:* bueno.
- 2 — Alineación metatarsofalangiana con resección de la cabeza de los metatarsianos. Intervención sobre *Hallux Valgus*.  
*Resultados:* bastante bueno.
- 3 — Alineación metatarsiana e intervención sobre *Hallux Valgus* bilateral.  
*Resultado:* muy bueno.
- 4 — *Hallux Valgus* bilateral.  
*Resultado:* buen resultado estético y funcional.

*A nivel de cadera:*

- 1 — Resección bilateral de la cabeza del fémur, (operación de *Milch*).  
*Resultado:* inestabilidad de caderas, claudicación bilateral, dolor.

*Otras intervenciones:*

- 1 — Resección de la extremidad interna de la clavícula por artritis estafilocócica.  
*Resultado:* curación de la infección.
- 2 — Biopsia de cuerpo vertebral.  
*Resultado:* precisión diagnóstica.

SUMMARY

García Bertrand F. A. *review of 100 clinical charts from patients with rheumatoid arthritis*. Rev. Cub. Med. 10: 2, 1971.

The author is performing a review of 100 clinical charts from patients suffering of Rheumatoid Arthritis, all studied by *Profesor M. F. Kahn*, in the out-patients Department of Rheumatologic Clinic "Centre Viggo Petersen" of the Hôpital Lariboisière. Paris.

RESUME

García Bertrand, F. *Revisión imalytique (de 100 hisloires cliniques de malades avec (ir)rhile rhumntoid*. Rev. Cub. Med. 10: 2, 1971.

L'auteur fait une révision de 100 cas de P.C.E. étudiés par le *Professeur M. F. Kahn* á la consultaron externe de la Clinique Rhumatologique "Centre Viggo Peter en" de l'Hôpital Lanboisiere. Paris.

**PE3BKME rapcaa BepTpaHfl \$>. AHaffHTir'jecKas**  
**peBmxHH 100 HCTopei óojie3HB 6oja>**- hhx, nocTpaEarmHx peBManrqecKHM apTpaTOM.  
 «ev. Cub., Med., 10j 2, 1971.

**ИлeпeMOTpHБaDTCH 100 HCTopeü <5ojie3Ha dojrbmn, nocTpaTajxnax peBMaTH qeCKHM apTpaHTOM,**  
**BHTSeHH ИлpCX). M.\$.** KaHOM BO BHeMHOfi KOHCыИITaIQTH hsTpeBiaTOJioruHeCKofi (5ojh>hhhh  
 "UeHTp Viggo-Peterse", npimajuexaB- mefi rocHTajID HMcHK JIariboisfere H3 Dapnta.

#### BIBLIOGRAFIA

1. —*Séze S. de, Ryckewaert A.*: Polyarthrite chronique évolutive In *Maladie des Os et des Articulations*, 2vol., pag. 657-730. Editions Medicales Flammarion, Paris, 1968.
2. —*Henrad, J. Cl.*: Contribution á l'Etude de la Polyarthrite Rhumatoïde. Thèse pour le Doctorat en Médecine, Paris, 1968.
3. —*Coste F., Delbarré F.; Amor B.; Bontoux D.* ; *Brouilhet H.*; *Guiraudon C.*; *Menkes C.*; *Suporta L.*: Etude comparée de 100 cas de polyarthrites rhumatoïdes seronegatives et de 100 cas de polyarthrites rhumatoïdes seropositives. Sem. H5p, Paris, 1968, 42, 777-792.
4. —*Djian A.; Debeyre N.*; *Séze S. de*: Les atteints de la charnière cervico-occipital au cours de la polyarthrite rhumatoïde. In: *Séze S. de, Rickewaert A., Guerin Cl., Kahn M. F.* L'Actualité rhumatologique présentée au praticien, pag. 58-68. Editions Expansión, Paris, 1964.
5. —*Thould A. K.; Simón G.*: Assessment of radiological changes in the hands and feet in rheumatoid arthritis, their correlation with prognosis. *Ann Rheum Dis.*, 1966, 25, 220-228.
6. —*Kahny Colb.*: Comunicación personal.
7. — *Peltier A.*: Pathogenie et Immunologie de la Polyarthrite Rhumatoïde. In: *Coste F.* Progrés en Rhumatologie. pag. 1-30. Editions Médicale- Flammarion, Paris, 1968.
8. —*Lombas García. M.*: La Artritis Reumatoïde a la luz de los conocimientos actuales y su tratamiento. *Rev. Cub. Med* 8: 395-403, Sep.-Oct. 1969
9. —*Bedoiseau M.; Kahn, M. F.*: *Séze S. de*: Les Thérapeutiques á visée Immuno-suppressive en rhumatologie. In: *Séze S. de, Rickewaert A., Welfling J., Kahn M. F.* L'Actualité rhumatologique présentée au praticien, pag. 236-245. Edition Expansión, Paris, 1966.
10. —*Slora Ph.*: Les thérapeutiques intra-articulaires locales á visée sjonvialytique- A la recherche d'une méthode dite de "synorectomie chimique": l'ytrium radioactif. In: *Séze S. de, Mickewaert A., Dreyfus P.* L'Actualité rhumatologique présentée au praticien, pag. 167-177. Editions Expansions, Paris, 1968.
11. —*Debeyre J.; Debeyre N.; Olivier Ch.; Mazabrand A.; Amoureux* Place de la synorectomie dans le traitement de la Polyarthrite Rhumatoïde. In: *Séze S. de, Mickewaert A., Welfling J., Kahn M. F.* L'Actualité rhumatologique présentée au praticien, pag. 285-293. Edition Expansions, Paris, 1966.