

7

REUMATISMO PALINDRÓMICO

REVISIÓN DEL TEMA

En busca de un lugar nosológico dentro de la patología articular

Carlos Jaime Velásquez Franco *

RESUMEN

El reumatismo palindrómico se caracteriza por episodios recurrentes de artritis, por lo general, oligoarticular, con inflamación concomitante de tejidos peri y pararticulares, sin dejar cambios residuales clínicos ni radiológicos. Es una entidad heterogénea que puede acompañar a otras condiciones inflamatorias en estadios tempranos de su evolución y cuya relación con la artritis reumatoidea es evidente, pero aún no muy clara. En general, el reumatismo palindrómico tiene un buen pronóstico y responde al tratamiento de la artritis reumatoidea.

Palabras clave : Reumatismo palindrómico, Artritis Reumatoidea.

ABSTRACT

Palindromic rheumatism is characterized by recurrent episodes of mostly oligoarticular episodes of arthritis with peri- and para-articular tissue inflammation, leaving no residual

* Estudiante del Décimo Semestre de la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia. S.A.

Separatas: Calle 9 #41-66 Apartamento 301 Medellín, Colombia, S.A.

clinical or radiographic changes. It is a heterogeneous entity, encompassing other inflammatory conditions at early stages of their evolution, and whose relationship with rheumatoid arthritis (RA) is evident but still unclear. In general, palindromic rheumatism generally has a good long-term prognosis and a good response to conventional (RA) therapy.

Key words : Palindromic Rheumatism, Rheumatoid Arthritis.

El término "reumatismo palindrómico" fue utilizado por primera vez por Hench y Rosemberg en 1944; esta condición clínica se caracteriza por episodios múltiples, afebriles y recurrentes de artritis aguda, periartrosis y algunas veces paraartrosis, con duración variable y sin dejar efectos residuales articulares (1,2). Inicialmente fue separada con claridad de la artritis reumatoidea, porque la distribución articular era diferente, por la ausencia de síntomas constitucionales significativos y por la falta de progresión, cronicidad y de cambios radiológicos (1).

Pero, con el paso del tiempo, esta visión ha cambiado, pues se descubrió que si se siguen estos pacientes por tiempo prolongado, sí desarrollan efectos residuales y que por lo menos la mitad de los casos evolucionaban hacia artritis reumatoidea. No hay estudios clínicos, inmunológicos ni genéticos que puedan predecir qué pacientes hacen esta transición clínica (1). La razón de ser de esta revisión bibliográfica es comentar y compendiar algunos tópicos que se han publicado con respecto al lugar nosológico del reumatismo palindrómico en la patología articular.

EPIDEMIOLOGÍA

La incidencia del reumatismo palindrómico es casi igual en ambos sexos, con una relación mujer/hombre que oscila entre 0.55:1 y 1.7: 1. La edad promedio de comienzo es 45 años(1,3). Por lo inespecífico de su presentación clínica y por ende su subdiagnóstico por parte del médico (4), su prevalencia es difícil de establecer.

PATOGÉNESIS

La etiopatogénesis de esta entidad permanece desconocida, hecho explicable, en gran parte, por la relativa baja incidencia y por las controversias actuales en su definición. Por su carácter recurrente, desde su descripción inicial se le quiso atribuir, con acierto, un carácter alérgico, hipótesis que sigue en proceso de investigación y comprobación (5).

También se ha investigado acerca del papel de complejos inmunes (6). Schumacher describió material finamente granular electrondenso dentro de vacuolas en las células sinoviales y en las vénulas; también se descubrieron estructuras tubulares dentro del retículo endoplásmico rugoso de las células capilares endoteliales (7). Todos estos hallazgos son inespecíficos y son comunes a otras enfermedades reumáticas y a algunas neoplasias.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

El compromiso es generalmente monoarticular, que alcanza su máxima intensidad en cuestión de horas (2,8,9); se presenta en cualquier momento del día, sin factores desencadenantes claros, aunque en algunos pacientes se ha relacionado con el ejercicio extremo, infección previa del tracto respiratorio superior, cambios climáticos, entre otros. El compromiso puede ser de cualquier articulación, pero la columna vertebral y la cadera se afectan raramente (1,10). La tabla # 1 ilustra la distribución de las articulaciones comprometidas, basándose en cinco series que totalizan 227 pacientes (3).

TABLA # 1
DISTRIBUCIÓN DEL COMPROMISO ARTICULAR EN 227 PACIENTES
CON REUMATISMO PALINDRÓMICO

Compromiso articular	Promedio de pacientes (%)	Rango de pacientes %
Metacarpofalángicas e interfalángicas proximales	91	74-100
Muñecas	78	54 - 82
Rodillas	64	41 - 94
Hombros	65	33 - 75
Tobillos	50	10 - 67
Pies	43	15 - 73
Codos	38	13 - 60
Caderas	17	0 - 40
Temporomandibular	8	0 - 28
Columna vertebral	4	0 - 11
Esternoclavicular	2	20 - 6
Paraarticular	27	20 - 29

El dolor descrito por los pacientes es severo e incapacitante, semejante al producido por la artritis gotosa o la artritis séptica, confinando con frecuencia al paciente a la cama.

La inflamación del tejido extraarticular se aprecia en un 30%. Este compromiso puede consistir en inflamación de un tendón o edema de estructuras paraarticulares. La extensión de este tipo de compromiso es variable (1).

La mayoría de los episodios de reumatismo palindrómico duran menos de dos días

(1,11). La frecuencia de los ataques en el tiempo es muy variable (12). Se ha visto que personas que sufren ataques frecuentes (más de uno mensual) están más propensas a desarrollar artritis reumatoidea franca. Muy pocos pacientes presentan síntomas constitucionales, como fiebre o pérdida de peso.

Una característica peculiar del reumatismo palindrómico es la presencia ocasional de nódulos, usualmente del tamaño de un guisante y superpuestos a los tendones de los músculos de los dedos o ubicados en el cojinete graso del pulgar. Su aparición es

paralela a los ataques de artritis y generalmente persisten una semana (1).

ESTUDIOS DE LABORATORIO

La velocidad de sedimentación globular se incrementa antes o durante los ataques de artritis, pero nunca entre ellos (1,6). Generalmente, no hay anormalidad en el hemoleucograma ni en los estudios de química sanguínea; sólo en algunos pacientes se ha reportado anemia transitoria.

El factor reumatoideo ha cobrado importancia por el hecho de que un número significativo de pacientes con reumatismo palindrómico evolucionan hacia artritis reumatoidea. Se ha encontrado que más o menos un tercio de los pacientes seroconvierte poco antes de su transición clínica hacia artritis reumatoidea (2,6). Los anticuerpos antinucleares son consistentemente negativos en los pacientes con reumatismo palindrómico; el complemento sérico es normal (6).

Los estudios radiológicos no revelan ningún hallazgo.

Los análisis del líquido sinovial evidencian conteos de leucocitos variables (150-12700 mm³) y diferenciales que oscilan entre 2 y 66% de polimorfonucleares, cifras que no se correlacionan con la severidad de los síntomas y de los ataques (7).

HALLAZGOS PATOLÓGICOS

Se han hecho pocas evaluaciones. Hench y Rosenberg, en la descripción inicial de la entidad, encontraron edema periarticular, engrosamiento de la cápsula articular e

infiltración por células polimorfonucleares. Entre episodios, no se encontraban hallazgos inflamatorios. No se observa formación de pannus ni destrucción del cartilago (1).

Al analizar los nódulos que se presentan ocasionalmente en estos pacientes, se encontraron sitios de inflamación no específicos y necrosis fibrinoide central.

ASOCIACIÓN CON ANTÍGENOS DE HISTOCOMPATIBILIDAD

Algunos estudios demuestran asociación débil con HLA-DR4 y HLA-DR5, mientras otras series niegan tal vínculo (13). La variabilidad de conclusiones demuestra la falta de consenso en los criterios diagnósticos. Se sabe en la actualidad que la relación entre estos antígenos de histocompatibilidad y artritis reumatoidea es muy clara. Dada la poca clara asociación entre estos marcadores y el reumatismo palindrómico, puede concluirse que esta entidad no es una mera variante de la artritis reumatoidea y que el antecedente de estos antígenos en la historia personal del paciente lo conducen hacia una expresión alternativa de la enfermedad.

DIAGNÓSTICO

Se han propuesto algunos criterios para el diagnóstico del reumatismo palindrómico (4):

- Historia de seis meses de evolución de episodios de monoartritis recurrentes y de aparición súbita, o raramente poliartritis o inflamación de tejidos blandos.

- Observación directa de un ataque, por parte del médico.
- Tres o más articulaciones comprometidas en ataques diferentes.
- Ausencia de erosiones en las radiografías.
- Exclusión de otras artritis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

(1):

La tabla # 2 ilustra el diagnóstico diferencial del reumatismo palindrómico :

TRATAMIENTO

Muchos esquemas se han utilizado, con resultados inconsistentes. Sin embargo, ninguna de las intervenciones ha sido sometida a estudios rigurosos y controlados, debido, posiblemente, al poco conocimiento de esta condición.

Los antiinflamatorios no esteroideos parecen ser efectivos , porque producen alivio parcial del dolor articular en algunos pacientes, pero raramente inducen una remisión prolongada (14).

TABLA # 2

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL REUMATISMO PALINDRÓMICO

Diagnóstico	Características distintivas
Artritis por microcristales	Presencia de cristales en líquido sinovial; signos radiológicos típicos casi siempre presentes
Artritis reactiva	Historia de diarrea o uretritis; manifestaciones oculares o mucocutáneas ; episodios más prolongados
Hidartrosis intermitente	Ausencia de signos inflamatorios; curso generalmente indoloro
Fiebre Mediterránea Familiar	Comienzo en la infancia; fiebre; dolor torácico o abdominal
Hiperlipidemia tipo II	Xantomas ; hiperlipidemia
Angioedema hereditario	Edema no doloroso, no pruriginoso ; dolor abdominal
Sinovitis eosinofílica	Historia de alergia ; dolor mínimo ; IgE elevada en sangre ; eosinofilia en líquido sinovial mayor de 10%

La crisoterapia (terapia con sales de oro), implantada por la relación entre reumatismo palindrómico y artritis reumatoidea, ha sido ampliamente utilizada, con resultados favorables, pero variables (4,14). Una buena respuesta se obtuvo en dos tercios de los pacientes al inyectárseles oro, en dos series. Parece que el oro suspendía los ataques agudos en pocas semanas, a una dosis que osciló entre 200 y 500 mg, pero parece que gran parte de las remisiones vistas en estos pacientes eran totalmente espontáneas.

Se han obtenido resultados variables con D-penicilamina, colchicina, antimaláricos, clorambucil y dapsona, tanto en suspensión de los episodios recurrentes como en la inducción de remisiones prolongadas (15).

En síntesis, la evolución variable del reumatismo palindrómico, su frecuente tasa de remisiones espontáneas, la ausencia de criterios bien definidos para su diagnóstico, dificultan la evaluación de cualquier intervención farmacológica. Puede afirmarse con seguridad que estos pacientes tendrán un alivio importante de sus síntomas, porque esa es la evolución natural de la enfermedad.

EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Numerosos autores han observado que entre un tercio y la mitad de los pacientes desarrollan artritis crónica, clínicamente indistinguible de la artritis reumatoidea (3,4); la mayoría de éstos seroconvierten

(factor reumatoideo positivo). Algunos autores aseguran que si se siguen los pacientes con reumatismo palindrómico por períodos largos de tiempo, todos desarrollarán artritis crónica.

También parece que algunos pacientes evolucionan hacia otras formas clínicas de artritis seronegativas no específicas, enfermedad de Whipple y espondilitis anquilosante (3,4,15). La mayoría de los pacientes parece que entran en una remisión prolongada.

Los resultados de nueve series con 653 pacientes con reumatismo palindrómico, donde se investigó su evolución clínica, revelaron que 8% continuaron padeciendo la entidad, 33% progresaron a artritis crónica, que usualmente era artritis reumatoidea seropositiva (2); 4% evolucionaron a otras enfermedades y 15% tuvieron una remisión prolongada o se curaron (3,6,15). Vale aclarar que las características y severidad de la artritis reumatoidea "post-palindrómica" y la forma clínica típica, no difieren (6).

Se han postulado algunos factores pronósticos para predecir, de cierto modo, qué pacientes tendrán evolución clínica hacia artritis reumatoidea: presencia de HLA-DR4, velocidad de sedimentación globular elevada, factor reumatoideo positivo, rigidez matinal y compromiso poliarticular. La historia familiar de artritis reumatoidea no parece influir en esta transición (1). ■

REFERENCIAS

1. Guerne, P.A. and Weisman, M. Palindromic Rheumatism : Part of or Apart from the spectrum of Rheumatoid Arthritis. *Am J Med.*1992; 93 : 451-460.
2. Krajnc, I. Palindromic Rheumatism : Progression to erosive Rheumatoid Arthritis presentation of 3 years treatment of a patient. *Acta Med Austriaca.* 1995; 22 : 25-28.
3. Emile, B. and Gabriel, K. Palindromic Rheumatism. *J Med Lib* 1989; 38 : 20-24.
4. Hannonen , P.; Mottonen,T.; Oka,T. Palindromic Rheumatism :A Clinical Survey of Sixty Patients. *Scand J Rheumatol.* 1987; 16 : 413-420.
5. Morgolis, J. and Morgolis, L.S. Palindromic Rheumatism : An Allergic Manifestation ? *J Am Geriatr Soc.* 1977; 25 : 189-191.
6. Wajed, M.A.; Brown, D.L. ; Currey, H.L. Palindromic Rheumatism : Clinical and Serum Complement Study. *Ann Rheum Dis* 1977; 36 : 56-61.
7. Schumacher, H.R. Palindromic Onset of Rheumatoid Arthritis : Clinical, Sinovial fluid and biopsy studies. *Arthritis Rheum* 1982 ;25: 361-369.
8. Harris, JR. E. Clinical features in Rheumatoid Arthritis. in: *Kelley's Textbook of Rheumatology.* Fifth Edition. WB Sanders Company. 1997 p. 901.
9. Hawkins, C. and Currey, H.L.F. *Enfermedades Reumáticas.* Primera Edición. 1975. Editorial Trillas, México, D.F. p.15-50.
10. Gall, E.P. Palindromic Rheumatism. En: *Primer on Rheumatic Diseases.* Tenth Edition. Ed Arthritis Foundation. 1993. p 280.
11. Manson, Michael, *Reumatología.* Barcelona. Editorial Labor. 1974. p. 19-41.
12. Rodnan, G.; Mc Ewen,C.; Wallace, S. *Compendio de Enfermedades Reumáticas.* Arthritis Foundation .Primera Edición en Español. 1973. Barcelona. p. 34.
13. Birbieri, P.; Ciompi, M.L.; Memcucci, A.; Pasero, G. HLA antigens in Palindromic Rheumatism.: An Italian Study. *Clin Rheumatol* 1988 ; 7 : 470-473 .
14. Brancos, M.A. *Licenciatura en Reumatología. Serie Manuales Clínicos para Licenciatura y Residencia.* Salvat Editores. Barcelona. 1989. p.24-26.
15. Youssef, W.; Yan, A.; Russell, A.S. Palindromic Rheumatism : A response to Chloroquine. *J Rheumatol* 1991; 18: 35-37.