

## ARTICULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN

## Signos y síntomas de alerta en la artritis reumatoide con compromiso cervical

### Warning signs and symptoms in rheumatoid arthritis with cervical compromise

Israel Marcelo Arévalo Ordóñez <sup>I</sup>, Natalia Elizabeth Proaño López <sup>II</sup>

<sup>I</sup> Médico. Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Quito, Ecuador.

<sup>II</sup> Médico general. Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas No1. Quito, Ecuador.

#### RESUMEN

Como consecuencia del envejecimiento de la población, clínicos, reumatólogos y médicos en general de todo el mundo tendrán que tratar un número cada vez mayor de lesiones de columna cervical relacionadas con la edad avanzada, incluyendo aquellas relacionadas con la artritis reumatoide. Entre el 40-80 % de pacientes con artritis reumatoide padece dolor cervical. El compromiso de la columna cervical ha sido reportado hasta en un 85 % de estos pacientes. Las alteraciones a nivel cervical aparecen temprano, generalmente dentro de los 2 primeros años luego del diagnóstico de la enfermedad ¿Cómo reconocer el compromiso cervical en cada caso? es la interrogante que hoy en día representa un gran reto para los especialistas y residentes. Es importante tener en cuenta algunos signos y síntomas de alerta que no se deben pasar por alto, ya que la intervención temprana parece mejorar el pronóstico de estos pacientes.

**Objetivo:** reiniciar el debate sobre los signos y síntomas de alerta en la artritis reumatoide con compromiso cervical.

**Desarrollo:** existen un conjunto de signos y síntomas que pueden alertar sobre la presencia de una AR con compromiso la columna cervical. En este trabajo han sido agrupados en dos categorías, estas son: de primer nivel y de segundo nivel.

**Conclusiones:** en síntesis, el compromiso cervical en la artritis reumatoide, su diagnóstico y su manejo, representan un desafío para los especialistas y residentes que puede poner en riesgo la actuación oportuna a fin de mejorar el pronóstico de estos pacientes.

**Palabras clave:** signos y síntomas de alerta, compromiso cervical, artritis reumatoide.

#### ABSTRACT

As a result of the aging population, clinicians, rheumatologists and physicians in general around the world will have to deal with an increasing number of cervical spine injuries related to the elderly, including those associated to rheumatoid arthritis. Between 40-80 % of patients with rheumatoid arthritis suffer from neck pain. The commitment of the cervical spine has been reported up to 85 % of these patients. Cervical spine alterations appear early, usually within the first 2 years after diagnosis. ¿How to recognize the cervical compromise in each case? is the question that today represents a great challenge for specialists and residents. It is important to consider some warning signs and symptoms that should not be overlooked, since early intervention seems to improve patient's prognosis.

**Objective:** to restart the debate on warning signs and symptoms in rheumatoid arthritis with cervical involvement.

**Development:** there are a set of signs and symptoms that may warn of the presence of an AR with cervical spine compromise. In this paper these have been grouped into two categories: first level and second level.

**Conclusions:** in summary, cervical involvement in rheumatoid arthritis, its diagnosis and management represent a challenge for specialists and residents can jeopardize timely action to improve the prognosis of these patients.

**Keywords:** warning signs and symptoms, cervical involvement, rheumatoid arthritis.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la población mundial está experimentando un cambio en su estructura de edad. Según la OMS, se estima que la proporción de la población mayor de 60 años de edad alcanzará el 22 % en 2050. Con este envejecimiento de la población, clínicos, reumatólogos y médicos en general de todo el mundo tendrán que tratar un número cada vez mayor de lesiones de columna cervical relacionadas con la edad avanzada, incluyendo aquellas relacionadas con la artritis reumatoide (AR).

Esto se debe a que se ha documentado que esta enfermedad inflamatoria crónica, lesiona con mayor frecuencia a la columna cervical; ya que del 5 % al 86 % de los pacientes que la padecen, presentan alteraciones en este segmento del esqueleto axial.<sup>1-3</sup>

La gravedad del asunto se pone de manifiesto en algunas investigaciones en las cuales se ha encontrado que hasta un 80 % de los pacientes afectados de una artritis reumatoide presentan evidencia radiológica de afectación de la columna cervical (luxación atloaxoidea axial 35 %, luxación atloaxoidea rotacional 10 %, invaginación basilar de la odontoides 4 %, luxación subaxial 20 %, compresión C1-C2 por pannus 15 %). La gran mayoría de estos pacientes presentarán en el transcurso de su enfermedad, en mayor o menor grado, dolor cervical, signos de inestabilidad espinal y hasta un 15% de ellos desarrollarán signos neurológicos, incluso se ha descrito la existencia de muertes súbitas en relación a esta patología.<sup>4-6</sup>

Por otra parte, entre el 40-80 % de pacientes con AR padece dolor cervical. El compromiso de la columna cervical ha sido reportado hasta en un 85 % de estos pacientes. Las alteraciones a nivel cervical aparecen temprano, generalmente dentro de los 2 primeros años luego del diagnóstico de la enfermedad. El grado de daño en la

columna cervical generalmente se correlaciona con la severidad de la enfermedad.<sup>7</sup>

De manera que la presentación clínica puede variar desde formas asintomáticas con importantes cambios radiológicos hasta dolor severo, invalidez e incluso manifestaciones neurológicas graves y muerte por compresión medular de un 10% de los pacientes con AR.<sup>8</sup>

Estos antecedentes permiten comprender por qué los objetivos del tratamiento en la artritis reumatoide con compromiso cervical son:

1. *Aliviar el dolor*
2. *Evitar el desarrollo de déficit neurológico irreversible.*
3. *Evitar la muerte súbita.*

Sin embargo, ¿cómo reconocer el compromiso cervical en cada caso? es la interrogante que hoy en día representa un gran reto para los especialistas y residentes. En esta enfermedad, como en muchas otras, es importante tener en cuenta algunos signos y síntomas de alerta que no se deben pasar por alto, ya que la intervención temprana parece mejorar el pronóstico de estos pacientes. Por ello este artículo aborda un área del saber que resulta central para médicos, reumatólogos, neurólogos y otros especialistas y residentes, ya que el manejo de esta información, aportada por varios estudios internacionales, actualiza a los prestadores de servicios de salud, potencia su capacidad de afrontamiento de situaciones complejas desde el punto de vista clínico y quirúrgico y repercute ampliamente en la calidad de la atención de salud brindada, redundando en la calidad de vida de los pacientes. A tenor con lo descrito hasta aquí este trabajo se propone reiniciar el debate sobre los signos y síntomas de alerta en la artritis reumatoide con compromiso cervical.

## DESARROLLO

El cuello es el segmento más móvil de la columna cuyo sistema articular constituido por: la articulación atlantoaxoidea, articulaciones apofisiarias, articulaciones de Luschka y ligamentos: longitudinal anterior y posterior amarillo e interespinoso de la nuca, junto a músculos, que en su conjunto permiten la movilidad en flexión, extensión, flexión lateral y rotación a izquierda y derecha.

En formas graves de AR, los pacientes deben ser evaluados mediante radiografías dinámicas laterales de C1 –C2, lo cual permite diagnosticar inestabilidad de la articulación. Se deberá estabilizar previamente mediante el uso de collar cervical, dejando constancia de estas indicaciones.<sup>9</sup>

Debido a que la indicación tradicional para el manejo quirúrgico de la AR en la columna cervical es la presencia de dolor y deterioro neurológico el compromiso cervical, sus causas y su manejo han sido objeto de investigación de varios investigadores, interesados en esta temática. De forma general existe consenso entre estos, respecto al manejo del dolor, si este está presente, los objetivos del tratamiento deben perseguir el control y alivio del dolor, recuperar, mejorar o preservar la capacidad funcional, y evitar o retrasar el daño estructural. Por otra parte, los pacientes con dolor crónico necesitan una dedicación especial que se debe traducir en: revisión, valoración y evaluación periódicas del dolor, mejorar el control de dolor (más actividad y más confortable, educación psicológica), facilitar el acceso a la rehabilitación, mejorar el estado psicológico y mantener una comunicación con el médico de cabecera.

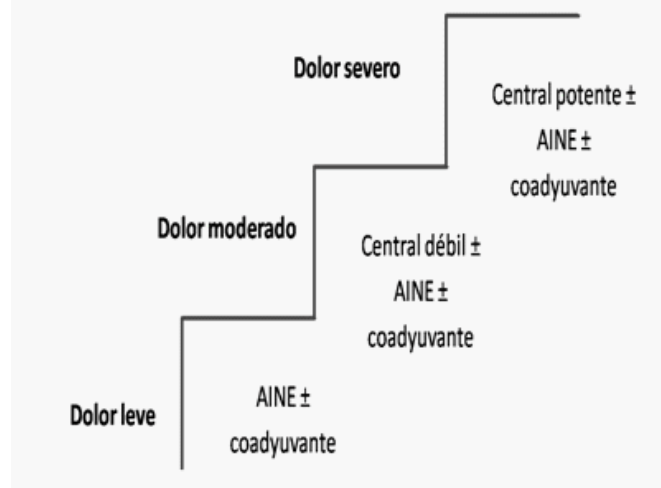
Las opciones terapéuticas incluyen medidas farmacológicas y no farmacológicas: rehabilitación, meditación/relajación, terapia conductual, analgésicos periféricos y centrales, fármacos coadyuvantes y técnicas llamadas invasivas o intervencionistas. La estrategia terapéutica permite establecer una serie de opciones lógicas escalonadas que se inician con un tratamiento etiopatogénico (en base a la causa y los mecanismos de la enfermedad) y continúa con las opciones clásicas de la escalera analgésica de la OMS [Figura 1].

Pueden emplearse además bloqueos nerviosos periféricos o a nivel de la médula espinal, técnicas invasivas de estimulación medular mediante implantación de electrodos en la médula espinal conectados a un estimulador, también implantable.

Por último, cuando han fracasado todas las medidas, es posible recurrir, en casos seleccionados, a la administración de opioides por vía espinal, donde la potencia de éstos se multiplica. A lo largo de la implementación de estas opciones siempre deben estar presentes las posibilidades de un tratamiento rehabilitador, de psicoterapia y/o quirúrgico. Se ha sugerido que los pacientes sin deterioro neurológico

pueden ser tratados de forma conservadora. Sin embargo, aunque los analgésicos y las ortésis proporcionan un alivio sintomático, estos no disminuyen el progreso de la enfermedad y no proporcionan una estabilidad adicional a la columna cervical.<sup>10-13</sup>

**Figura. 1.** Escalera analgésica en función de la intensidad del dolor y de la respuesta a cada escalón.



Según diferentes autores el compromiso de raquis cervical alto no es una entidad estática, por el contrario, es una afección dinámica y progresiva. Esta cadena lesional comienza con la subluxación C1-C2 anterior reducible hasta su rigidez, con la consiguiente migración de la odontoides hacia el foramen magno, lo que ocasiona invalidez o la muerte del paciente. La subluxación C1-C2 se encuentra en el 80 % de los pacientes a los 24 meses del diagnóstico y en el 100 % de ellos a los 5 años de la aparición de la enfermedad, el compromiso neurológico se produce entre el 15 % y el 35 % de los pacientes que presentan esta lesión.<sup>14-15</sup>

Un elemento importante del abordaje es establecer el pronóstico, el cual se ha documentado que cerca de dos tercios de los pacientes con dolor cervical, sin afección neurológica o con enfermedad sistémica, presentan resultados favorables a largo plazo. Sin embargo, un tercio de estos pacientes pueden continuar con dolor. Del mismo modo, los pacientes con dolor neuropático con frecuencia obtienen alivio parcial de la sintomatología dolorosa; lo que limita su actividad y características de vida.<sup>11-13</sup>

### Signos y síntomas de alerta en la AR con compromiso cervical

Es de destacar que existen un conjunto de signos y síntomas que pueden alertar sobre la presencia de una AR con compromiso la columna cervical. En este trabajo estos han sido agrupados en dos categorías, estas son: de primer nivel y de segundo nivel.

**De primer nivel.**<sup>7,16</sup>

. Síntomas neurológicos que pueden ser muy variados, y se presentan con menor frecuencia que el dolor. Dentro de los signos de compresión medular a nivel cervical (mielopatía cervical) podemos encontrar: una marcha espástica de base amplia, alteraciones del equilibrio y disminución de la habilidad motora fina en las manos.

. Presencia de hiperreflexia, signos de Babinski y de Hoffmann, clonus y el reflejo braquio-radial invertido, entre otros.

. El signo de "L'Hermitte" que es la sensación de electricidad en la región del dorso y extremidades, como consecuencia del movimiento del cuello en una columna inestable, es otro hallazgo que sugiere la presencia de compresión medular.

. En forma tardía, también pueden observarse retención urinaria y distintos grados de debilidad muscular en las extremidades.

. Síntomas asociados a la insuficiencia vertebrobasilar por la impactación atlanto-axial incluyen: lipotimias, vértigo, disfagia, convulsiones, tinitus, alteraciones en el equilibrio, disartria, nistagmus o desórdenes visuales.

**De segundo nivel.**<sup>7,17</sup>

. Inestabilidad atlanto-axial, provocada por la erosión del odontoides a nivel de su articulación con el arco anterior del atlas y por la elongación o ruptura del ligamento transversario. Estos cambios producen un desplazamiento anormal de C1 sobre C2 (con mayor frecuencia hacia anterior). Inicialmente éste puede ser reductible en extensión. Posteriormente, si se interpone pannus entre el arco del atlas y el odontoides, puede transformarse en una deformidad fija.

. Impactación atlanto-axial o invaginación pseudobasilar. La destrucción de las articulaciones atlanto-axial, atlanto-occipitales y de las masas laterales pueden provocar una impactación del atlas sobre el axis. Su pronóstico es peor debido al posible riesgo de compromiso del tronco encefálico.

. Subluxación subaxial, como la forma menos frecuente de la enfermedad a nivel cervical, esta se presenta característicamente en distintos niveles, produciendo una deformidad "en escalera", con cifosis y estenosis multisegmentaria.

**CONSIDERACIONES FINALES**

En síntesis, el compromiso cervical en la artritis reumatoide, su diagnóstico y su manejo, representan un desafío que puede poner en riesgo la actuación oportuna a fin de mejorar el pronóstico de estos pacientes. Tanto médicos en general como reumatólogos, neurólogos y otros especialistas y

residentes, en aras de incrementar su intervención desde la perspectiva clínica y quirúrgica, requieren analizar y debatir la información relativa a los signos y los síntomas de alerta de esta complicación que afecta a un elevado porcentaje de los pacientes que padecen AR.

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Nguyen HV, Ludwig SC, Silber J, Gelb DE, Anderson PA, Frank L, Vaccaro AR. Rheumatoid arthritis of the cervical spine. *Spine J.* 2004;4:329-34.
2. Kolen RE, Schmidt MH. Rheumatoid arthritis of the cervical spine. *Sem Neurol.* 2002;22:179-86.
3. Thonse R, Belthur M. Rheumatoid arthritis and neck pain. *Postgrad Med J.* 2003;79:711.
4. Martín Ferrer S, Rimbau Muñoz S, Joly Torta C, Rodríguez Rodríguez R. Tratamiento quirúrgico en la afectación de la columna cervical por la artritis reumatoide. *Neurocirugía.* [Internet]. 2001 [citado 29 junio 2016]; 12 (3). Disponible en: DOI: 10.1016/S1130-1473(01)70734-8
5. Shen Francis H. Rheumatoid arthritis: evaluation and surgical management of the cervical spine *The Spine Journal.* 2004;4(6):689-700.
6. Iizuka H. The relationship between an intramedullary high signal intensity and the clinical outcome in atlanto-axial subluxation owing to rheumat arthritis. *The Spine Journal.* 2014;14(6):938-43 .
7. Cornejo Macchiavello N, Villagrán Ganga M, Pucci Pellegrini M, Ibaceta Schulz R. Columna cervical reumática. *Columna/Columna* [Internet]. 2009 [citado 29 junio 2016];8(1):94-8. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1808-18512009000100018&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-18512009000100018&lng=en)
8. González Morales V, Rodríguez Pérez M. Afectación de columna cervical en artritis reumatoide. Estudio descriptivo de 110 pacientes en una consulta externa de reumatología *Reumatol Clin.* 2005;1(4):228-30.
9. Sepúlveda T. Cervicalgia y Cervicobraquialgia en el adulto mayor. *Rev. Chilena Reumatología.* 2004;20:81-83.
10. Ariza R, Ballina J. Artritis reumatoide: Guía de la enfermedad para el paciente. *Jarpyo Editores, S.A.* [Internet]. [citado 29 junio 2016]. Disponible en: [http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/Guia\\_Artritis.pdf](http://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/Guia_Artritis.pdf)

11. Guevara López U, Covarrubias Gómez A, Hernández Ortiz A. Practice guidelines for the management of acute pain. *Cir Cir.* 2005;73:393-404.
12. Tsang I. Rheumatology: Pain in the neck. *CMAJ.* 2001;164:1182-7.
13. De Angelo NA, Gordin V. Treatment of patients with arthritis-related pain. *J Am Osteopath Assoc.* 2004;104:2-5.
14. Bernasconi JP, Coll P, Rudt T, Ramírez G. Fusión precoz C1-C2 en la artritis reumatoide de columna cervical alta. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol* [Internet]. 2006 [citado 29 junio 2016]; 2(71), pp. 112-7. Disponible en: [http://www.aaot.org.ar/revista/2006/n2\\_vol71/art2.pdf](http://www.aaot.org.ar/revista/2006/n2_vol71/art2.pdf)
15. Neira F, Ortega JL. Pain treatment in rheumatoid arthritis and evidence-based medicine. *Rev. Soc. Esp. Dolor* [Internet]. 2006 [citado 29 junio 2016]; 13(8): 561-566. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-80462006000800008&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462006000800008&lng=es)
16. Lee MJ, Bransford RJ. Spinal manifestations of rheumatoid arthritis. *Contemp Spine Surg.* 2008;9(11):1-9.
17. Ramos Velastegui AJ, Villa Orozco CV, Espinel Núñez NN. Desafíos del manejo trans y post anestésico del paciente con artritis reumatoide. *Rev Cuba Reumatol* [Internet]. 2016 [citado 29 junio 2016]; 18(1): 17-23. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962016000100004&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962016000100004&lng=es)

Los autores refieren no tener conflicto de intereses.

Recibido: 6 de agosto de 2016

Aprobado: 20 de septiembre de 2016

Autor para la correspondencia: *Dr. Israel Marcelo Arévalo Ordóñez*. **E-mail:** [israel.arevalo.m84@gmail.com](mailto:israel.arevalo.m84@gmail.com)  
Hospital de Especialidades Eugenio Espejo. Quito, Ecuador.