

Características del cuadro clínico de la artritis reumatoide de acuerdo a la edad de inicio de la enfermedad: reporte preliminar

Characteristics of the rheumatoid arthritis's clinical picture according to the disease's onset age: preliminary report

Betty Díaz¹, Anny Vargas¹, Silvia Vargas¹, Alfredo Berrocal-Kasay²

RESUMEN

Objetivo: Conocer las características demográficas, clínicas, radiológicas, de laboratorio y comorbilidad asociada a la Artritis Reumatoide (AR) de acuerdo a la edad de inicio de la enfermedad. **Métodos:** Durante los últimos 4 meses del año 2006, 176 pacientes con diagnóstico de AR, acudieron al servicio de Inmunorheumatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) de Lima y 68 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión del estudio. De ellos, 41 pacientes fueron menores de 60 años (grupo ARIE) y 27 mayores o igual de 60 años (grupo ARIT) al inicio de la enfermedad. Los parámetros evaluados incluyeron características demográficas, clínicas, radiológicas, de laboratorio, comorbilidades asociadas al momento del diagnóstico. Las variables de manifestaciones extraarticulares e infecciones desarrolladas se evaluaron de la evolución del paciente. El grado de capacidad funcional fue evaluado mediante la escala Modified Health Assessment Questionnaire (M-HAQ) en un corte transversal. Las variables fueron analizadas mediante el test Chi Cuadrado y Test estandarizado de Mann Whitney. **Resultados:** El promedio de edad fue 37,41 años para el grupo ARIE y 64,62 años para el grupo ARIT. No hubo diferencias estadísticas entre ambos grupos respecto al sexo. El tiempo de enfermedad al momento del diagnóstico fue mayor en el grupo ARIT. Se encontró diferencias significativas en el compromiso de hombros ($p = 0,024$), compromiso cervical ($p = 0,03$) y de medianas articulares ($p = 0,04$), así como en las manifestaciones radiológicas: presencia de pinzamiento ($p = 0,015$) y erosiones ($p = 0,004$); las características de laboratorio como VSG, PCR y FR no tuvieron diferencia estadística pero se encontró mayor frecuencia de pacientes con anemia ($p = 0,009$) en el grupo ARIT, así como un mayor valor en el M-HAQ ($p = 0,046$). Los pacientes ARIT tuvieron más comorbilidades asociadas. En el tratamiento no se observó diferencias en el tratamiento con corticoides y drogas antirreumáticas modificadoras de enfermedad (DMARD) pero sí hubo menor frecuencia del uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINE) para el grupo ARIT ($p < 0,05$). **Conclusión:** Al describir el cuadro clínico de ambos grupos se encontró diferencias clínicas al momento del diagnóstico; sin embargo, se necesita de otro tipo de estudios para afirmar que la edad de inicio es un factor pronóstico en la evolución de la AR.

Palabras claves: Artritis reumatoide, M-HAQ, Comorbilidad.

ABSTRACT

Objective: To evaluate demographics, clinical, radiological, laboratory characteristics and associated comorbidity of rheumatoid arthritis (RA) is related to disease's onset age. **Methods:** In the last 4 months of 2006, 176 patients with diagnosis of RA were attended in the Immunorheumatology Service at the Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) of Lima and 68 patients had the inclusion criteria. Of them, 41 patients were younger than 60 years old (ARIE group) and 27 were 60 years old or older (ARIT group) at the onset of the disease. It was evaluated parameters included de-

mographics, clinical, radiological, laboratory characteristics, associated comorbidity and treatment at the moment of diagnosis. The extra-articular involvement and infections were evaluated during the patient's follow up. The physical disability was assessed by a transversal Modified Health Assessment Questionnaire (M-HAQ). The data were analyzed with the χ^2 test and the Mann Whitney test. **Results:** The mean age was 37,41 year-old in the ARIE group and 64,62 year-old in the ARIT group. There was no statistical difference between both groups in relation to gender. The duration of the disease at the moment of diagnosis was longer in the ARIT group. We found significant differences in the involvement of: shoulders ($p = 0,024$), cervical spine ($p = 0,03$) and medium size joints ($p = 0,04$) as well as in radiological manifestations as joint space loss ($p = 0,015$) and erosions ($p = 0,04$). Laboratory tests like ESR, CRP and RF had no significant difference but it was found more frequency of anemia in the ARIT group ($p = 0,009$) and

1. Internas de la Facultad de Medicina Alberto Hurtado, Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH)

2. Profesor Principal, Departamento de Medicina, FMAH-UPCH; Servicio de Inmunología y Reumatología, Hospital Nacional Cayetano Heredia de Lima.

higher scores in MHAQ ($p = 0,046$). The ARIT patients had more associated comorbidities. It was not found differences in corticoids and disease-modifying antirheumatic drugs (DMARD) treatment but there was less frequency in the use of non-steroidal antiinflammatory drugs (NSAID) in the ARIT group ($p < 0,05$). **Conclusion:** Describing the clinical feature in both groups, there was no clinical differences at the moment of diagnosis. However, it is necessary other studies to affirm that the onset age is a prognostic factor in the RA evolution.

Key words: Rheumatoid arthritis, M-HAQ, Comorbidity

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoidea (AR) es la enfermedad articular inflamatoria crónica más común, afectando aproximadamente a 1% de la población general^(1,2). La evolución de la AR es muy variable y difícil de predecir en cada paciente. Al cabo de 10 a 12 años de enfermedad, más de 20% de pacientes presenta signos de incapacidad o deformidad articular.

Desde 1941, cuando por primera vez Schnell reportó que el 10 % de pacientes con AR era mayor de 60 años y que presentaba características clínicas diferentes, un nuevo grupo de AR en la población mayor empezó a surgir⁽³⁾. Diez años después, Cecil sostuvo que la AR que iniciaba a esa edad no difería de aquellos pacientes que inician el cuadro antes⁽⁴⁾.

La severidad y evolución de los pacientes con AR en varios estudios ha estado influenciado por una variedad de factores tales como raza⁽⁵⁾, edad de inicio, duración de la enfermedad⁽⁶⁾, escores articulares para el dolor y tumefacción, manifestaciones sistémicas y cambios radiológicos^(1,7). Además, otros factores que también pueden influir en la expresión de la enfermedad y su evolución son los valores de los reactantes de fase aguda (velocidad de sedimentación globular y la proteína C reactiva)^(8,9), la presencia de factor reumatoideo^(10,11) y el fenotipo HLA⁽¹²⁾.

Los estudios que evalúan la edad como factor predictivo en la evolución de la AR muestran resultados conflictivos cuando consideran presentación, severidad, y pronóstico de la AR en relación a la edad de inicio de la enfermedad. Por lo que la AR de inicio tardío, definida como la AR después de los 60 años, empezó a merecer especial atención y se convirtió en un cuadro de considerable debate pues era una entidad clínica diferente o la expresión de la enfermedad era modificada por los efectos de la enfermedad.

Algunos muestran un cuadro leve en los pacientes con ARIT⁽¹²⁻¹⁴⁾ y otros muestran pacientes con una evolución desfavorable^(3,15,16), especialmente cuando se evalúa capacidad funcional, el grado de destrucción de la articulación y la tasa de mortalidad⁽⁹⁾.

No hay hasta ahora en la literatura un consenso firme si la presentación de la AR antes de los 60 años es favorable, igual o desfavorable con respecto a la presentación tardía de la misma. En nuestro país no se encuentran estudios que relacionen

la edad como factor independiente que prediga una mejor o peor evolución en la AR por lo que el objetivo principal de este trabajo es describir diferencias clínicas, radiológicas, de laboratorio y comorbilidad de la AR al inicio de la enfermedad de acuerdo a la edad (en mayores y menores de 60 años).

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio es retrospectivo, descriptivo y de tipo serie de casos.

Durante los últimos cuatro meses del año 2006 acudieron 176 pacientes al Servicio de Inmunorreumatología del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) de Lima siendo incluidos al estudio 68 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión que se mencionan a continuación:

Criterio de inclusión:

- Pacientes mayores de 16 años
- Que cumplan con 4 de los 7 criterios diagnósticos para AR del Colegio Americano de Reumatología⁽²⁾.
- Tiempo de enfermedad y seguimiento mayor de 6 meses.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que tuvieron signos, síntomas o historia familiar de psoriasis, espondilitis anquilosante, síndrome de Reiter, polimialgia reumática o lupus eritematoso sistémico (LES).
- Pacientes que no aceptaron participar voluntariamente en la encuesta.

De los 176 pacientes que acudieron al servicio de Inmunorreumatología, se excluyó a 108 pacientes: 19 tuvieron un tiempo de enfermedad menor de 6 meses, 14 tiempo de seguimiento menor de 6 meses, 9 tuvieron historia de enfermedad de LES, 4 tuvieron historia de psoriasis, 17 tuvieron síntomas de polimialgia reumática, 15 pacientes tuvieron historia familiar de LES, 8 historia familiar de psoriasis y 22 pacientes no respondieron a la encuesta, de los cuales 15 pertenecieron al grupo ARIT y 7 al grupo ARIE.

Los pacientes fueron divididos en dos grupos de acuerdo a la edad de inicio de la enfermedad, el grupo ARIE definido como los pacientes menores de 60 años y el grupo ARIT de los pacientes mayores o iguales a 60 años. Nuestro estudio eligió la edad de 60 años como punto de corte pues ha sido más frecuentemente usada en estudios anteriores^(17,18).

El estudio inicia con la realización de encuestas M-HAQ en un corte transversal a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Posteriormente se revisó sus respectivas historias clínicas recolectándose datos correspondientes a las características demográficas, clínicas, radiológicas, de laboratorio y comorbilidad que se tomaron al momento del diagnóstico de la enfermedad de AR en el servicio del hospital.

Para la recolección de datos como manifestaciones extraarticulares y desarrollo de infecciones se consideró a las que se desarrollaron en la evolución del paciente y que fueron registrados en la historia clínica.

Las características demográficas (edad, sexo, peso, edad de inicio y tiempo de enfermedad al momento del diagnóstico, tiempo de enfermedad al momento de la realización de la encuesta); clínicas, como compromiso de grandes articulaciones (hombros, codos, caderas, rodillas), medianas articulaciones (muñecas y tobillos) y pequeñas articulaciones (metacarpofalángicas, interfalángicas proximales, metatarsofalángicas), compromiso cervical, rigidez matutina, escala subjetiva del dolor del paciente (siendo medido con una escala de 0 a 10 donde 0 indica que no hay dolor y 10 el mayor dolor posible); manifestaciones extraarticulares, las cuales fueron: compromiso pulmonar (enfermedad intersticial), compromiso cardíaco (pericarditis), vasculitis reumatoide; nódulos reumatoides; síndrome de Sjogren secundario, epiescleritis/escleritis. Los datos de laboratorio recogidos fueron: velocidad de sedimentación globular (VSG, considerando valor normal el menor o igual a 20 mm/h, por el método de Westergreen), proteína C reactiva (PCR, considerando como valor positivo mayor de 1/8), factor reumatoide (FR, considerando como valor positivo mayor de 1/8), hematocrito (considerándose anemia como valores menores de 35%).

Para la recolección de los datos radiológicos se utilizó los informes descritos por el equipo de reumatología de las radiografías de las manos tomadas al momento del diagnóstico. Para evaluar la frecuencia de erosiones y pinzamiento en cada grupo se consideró la presencia o ausencia de las mismas.

La capacidad funcional fue evaluada mediante el M-HAQ, escala que agrupa 8 categorías, cada una de las cuales se consigna de 0 a 3, siendo 0 la actividad normal y 3 la imposibilidad total de realizar la actividad. El resultado obtenido va de 0 a 3, siendo 0 una capacidad funcional normal y 3 la peor posible⁽¹⁹⁾.

Las comorbilidades asociadas que se consideraron fueron hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus (DBM), enfermedades cardiovasculares (como enfermedad coronaria, ICC), dislipidemia y osteoporosis. Además, se colectó datos sobre infecciones desarrolladas. Finalmente se consideró el tipo de tratamiento instaurado: AINE, corticoides y DMARD.

Se contó con la aprobación del Comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Comité de Ética del HNCH.

Análisis estadístico

Las características clínicas, radiológicas, demográficas, laboratoriales, comorbilidades, tratamiento instaurado que fueron evaluados en ambos grupos de acuerdo a la edad de inicio se analizaron en el programa estadístico STATA y SPSS 12.0.

Las variables paramétricas fueron analizadas con el test de chi cuadrado y las variables no paramétricas se evaluaron con test estandarizado de Mann Whitney.

RESULTADOS

La relación de género entre los dos grupos fue similar habiendo predominio de mujeres en ambos grupos (ARIE 85% mujeres, ARIT 85% mujeres); la edad media de inicio en el grupo de ARIE fue de 37,41 años (20-57) y en los ARIT 64,62 años (60-85). El tiempo de enfermedad al diagnóstico fue 3,1 años (0,4-6 años) en el grupo ARIE y 7,4 años (0,5-13 años) en el grupo ARIT, encontrándose diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$), el tiempo de enfermedad promedio al momento de realizar la encuesta M-HAQ fue en el grupo ARIE de 16,1 años (1-49) y en el grupo ARIT 8,5 años (1-22). Tabla 1.

En el grupo de ARIE se encontró que existe un promedio de 2,70 (0-8) grandes articulaciones comprometidas, en comparación con 4,17 (0-8) en el grupo de ARIT, con un $p = 0,001$. Dentro de este grupo articular, la rodilla y el hombro fueron las más comprometidas en ambos grupos. Para la articulación del hombro se encontró una frecuencia de 46,34% en el grupo ARIE vs. 74,07% en el grupo ARIT ($p = 0,024$) y para la articulación de la rodilla un porcentaje de 65% en el grupo ARIE vs. 76% en el grupo ARIT ($p = 0,27$).

Asimismo se encontró que el grupo ARIE tiene un promedio de 10,63 (2-20) pequeñas articulaciones comprometidas similar a 10,81 (0-26) en el grupo de ARIT, lo cual no fue significativo. En el grupo ARIE se encontró un compromiso de 1,73 (0-4) medianas articulaciones comprometidas en comparación con 3,42 (0-4) medianas articulaciones en el grupo ARIT lo cual resultó significativo ($p < 0,04$).

La descripción radiológica evaluada mediante el grado de compromiso erosivo y de pinzamiento muestra una frecuencia mayor en los pacientes ARIT (erosiones: 85,19% vs. 51,22%, pinzamiento 100% vs. 80,4%), siendo significativo en ambos parámetros, $p = 0,004$ y $p = 0,015$, respectivamente (Tabla 2).

Tabla 1. Datos demográficos

	ARIE	ARIT
Total	41	27
• Mujeres	85%	85%
• H/M	1/6	1/6
• Edad de inicio (años)	37,41 (20-57)	64,62 (60-85)
• Tiempo de enfermedad al momento del diagnóstico (años)	3,1 (0,4-6)	7,4 (0,5-13)
• Tiempo de enfermedad al momento del M-HAQ (años)	16,1 (1-49)	8,5 (1-22)
• Peso (kilogramos)	62,41 (44-85)	61,76 (45-74)

De acuerdo al número de articulaciones comprometidas se encontró que ARIE presentó un promedio de 15,24 (5-30) articulaciones comprometidas similar al promedio hallado en el grupo ARIT 15,11 (6-31), no existiendo diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,78$).

Tabla 2. Características clínicas, funcionales, radiológicas y de laboratorio.

	ARIE (n = 41)	ARIT (n = 27)	p*
• Número de articulaciones	15,24 (5-30)	15,11 (6-31)	0,78
• Grandes articulaciones	2,71 (0-8)	4,17 (0-8)	0,001
• Pequeñas articulaciones	10,63 (2-20)	10,81 (0-26)	0,93
• Medianas articulaciones	1,73 (0-4)	3,42 (0-4)	0,04
• Compromiso cervical	29,27% (12/41)	55,56% (15/27)	0,03
• Erosiones (+)	51,22% (21/41)	85,19% (23/27)	0,004
• Pinzamiento (+)	80,4% (33/41)	100,0% (27/27)	0,015
• MHAQ (+)	53,66%	80,0%	0,046
• MHAQ promedio	1,09	1,92	0,92
• Rigidez matutina (min)	59,12 (0-180)	51,01 (0-180)	0,84
• Escala subjetiva del dolor	4,12 (1-10)	5,0 (2-9)	0,066
• VSG (mm/h)	45,23 (11-80)	57,83 (23-140)	0,10
• PCR (+)	69,5%	71,4%	0,89
• FR (+)	68,29 (28/41)	70,37 (19/27)	0,85
• Hematocrito (< 35%)	34,15% (14/41)	66,67% (18/27)	0,009

* p < 0,05 se considera estadísticamente significativo

Al evaluarse la capacidad funcional mediante el M-HAQ, el grupo ARIE presentó algún grado de discapacidad en el 53,66% y en 80% del grupo ARIT hallándose diferencia significativa, p = 0,046. Sin embargo, al evaluar el promedio del puntaje de M-HAQ el grupo ARIE obtuvo 1,09 mientras que el grupo ARIT tuvo de promedio 1,92, no encontrándose diferencia significativa en estos resultados (p = 0,92).

Tampoco se encontró diferencias significativas al evaluar el valor de VSG y la positividad de los marcadores de laboratorio en ambos grupos (PCR, FR) pero sí mayor porcentaje de pacientes con anemia en el grupo ARIT (p < 0,05).

Tabla 3. Manifestaciones extraarticulares

	ARIE n = 41	ARIT n = 27	p
• Pulmón (enfermedad intersticial)	9,76% (4/41)	25,9% (7/27)	0,076
• Cardiovascular	0	0	NE
• Vasculitis	0	1	0,21
• Nódulos	1	1	NE
• Epiescleritis/escleritis	12,0%	(5/41)	00
• Sjögren secundario	63,41% (26/41)	66,67% (18/27)	0,49

NE: no evaluable

Tabla 4. Comorbilidad asociada.

	ARIE N = 41	ARIT n = 27	P
• Dislipidemia	17,07%(7/41)	40,74%(11/27)	0,030
• Hipertensión	14,63% (6/41)	44,40% (12/27)	0,006
• Diabetes mellitus	7,31%(3/41)	25,92%(7/27)	0,034
• Enfermedad coronaria	0	0	NE
• Insuficiencia cardiaca	0	3,70%(1/27)	NE
• Osteoporosis	56,10%(23/41)	55,56% (15/27)	0,960
• Infecciones	46,34%(19/41)	74,07%(20/27)	0,027

Dentro de las manifestaciones extraarticulares los tipos de compromiso más frecuentes fueron: enfermedad pulmonar intersticial (9,76% ARIE y 25,9% ARIT) y síndrome de Sjögren secundario (ARIE: 41,46% y ARIT 66,67%), aunque no hubo diferencias significativa. Solo en el grupo ARIE se encontró 5 pacientes con epiescleritis/escleritis representando el 12%, (p < 0,05).

De acuerdo a la comorbilidad estudiada las enfermedades asociadas que se encontraron con mayor frecuencia fueron hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemia en el grupo ARIT con diferencia estadísticamente significativa. Sólo se encontró un caso de insuficiencia cardiaca crónica en el grupo de ARIT, y un porcentaje similar de pacientes con osteoporosis en ambos grupos. Es importante, mencionar que el grupo ARIT desarrolló más infecciones que el grupo ARIE con un p = 0,027 (Tabla 5) y la tuberculosis pulmonar fue la única infección asociada significativamente (p = 0,001).

Dentro de los tipos de tratamiento prescritos, ambos grupos recibieron el mismo esquema que incluyó AINE, corticoides y DMARD, habiendo una frecuencia mayor en el uso de AINE en el grupo ARIE (p < 0,05).

Tabla 5. Infecciones asociadas.

	ARIE 19/41	ARIT 20/27	p
• Infección del tracto urinario	6	4	0,930
• Tuberculosis pulmonar	0	6	0,001
• Neumonía	7	5	0,086
• Infecciones respiratorias altas	3	2	0,955
• Dermatocosis	2	0	NE
• Celulitis	1	2	0,318

Tabla 6. Tratamiento

	ARIE n = 41	ARIT n = 27	P
• AINE	70,73 (29/41)	25,90 (7/27)	0,000
• Corticoides	82,93 (34/41)	77,78 (21/27)	0,590
• DMARD	80,49 (33/41)	88,89 (24/27)	0,357

DISCUSIÓN

La AR, una enfermedad inflamatoria crónica que afecta alrededor del 1% de la población adulta en el mundo⁽¹⁾ y al 2% de la población geriátrica^(3,20), representando el 10 a 33% de los casos de AR los pacientes mayores de 60 años^(4,18).

La predominancia del sexo femenino en enfermedades autoinmunes es bien conocida. Se describe que la diferencia de género va disminuyendo cuando se estudia a pacientes mayores de 60 años, encontrándose una proporción de mujeres/hombres de 4-1,6/1⁽²⁰⁾. En nuestro estudio la predominancia de mujeres en ambos grupos fue mayor (ARIE, 6/1; ARIT, 6/1), lo que podría ser explicado por la cantidad de pacientes incluidos en este estudio.

Se ha descrito que la población ARIT presenta con más frecuencia un inicio más agudo de la enfermedad^(17,18). En nuestro estudio, se encontró que el grupo de pacientes ARIT presentaron un mayor tiempo de enfermedad al momento del diagnóstico que los pacientes ARIE, lo cual podría justificar algunos de los hallazgos clínicos obtenidos en el estudio como compromiso de grandes articulaciones, de medianas articulaciones y daño observable por radiología.

El grupo ARIT se ha descrito mayor dolor o *discomfort* en las articulaciones de las extremidades superiores: encontrándose al examen físico sinovitis en la articulación del hombro y de la muñeca con marcada limitación para el movimiento y signos de inflamación⁽¹⁷⁾. También se ha descrito que en la población ARIT el compromiso de grandes articulaciones es la más frecuente siendo la rodilla y hombro las más comprometidas⁽²¹⁾. En nuestro estudio, la rodilla fue la articulación más comprometida en ambos grupos pero solo se encontró diferencia significativa en el compromiso del hombro en el grupo ARIT.

Con respecto a la rigidez matutina, Deal⁽²²⁾ enfatizó que no hay diferencia entre ambos grupos poblacionales, sin embargo Pease⁽¹⁵⁾ encontró que pacientes ARIT tenían un tiempo más prolongado que pacientes ARIE. Estas diferencias no fueron encontradas en nuestro estudio. No se encontró diferencias con respecto a la escala subjetiva del dolor referido por el paciente.

Dentro de los síntomas sistémicos, se refiere que hay mayor pérdida de peso en pacientes ARIT^(15,21). En nuestro estudio no hubo diferencia, lo cual podría ser explicado ya que sólo se

considero el peso del paciente al momento del diagnóstico y no fue comparado con el peso al inicio de la enfermedad.

El daño articular encontrado fue mayor en la población ARIT, esto puede estar influenciado por la mayor susceptibilidad del cartílago a la inflamación sinovial^(14,15,23).

La pérdida de espacio articular, erosiones y deformidades se ven en estadios avanzados de la enfermedad y este daño articular encontrado en población ARIT puede deberse a la dificultad en el diagnóstico exacto y el tiempo que toma en hacerlo pues el diagnóstico diferencial en este grupo población aumenta.

El daño articular y periarticular característicos de la AR a menudo compromete la movilidad y el desarrollo de actividades de la vida diaria⁽¹⁴⁾. Se ha mostrado que el grado de discapacidad es crítico tanto en la calidad de vida y la supervivencia de pacientes con AR y esta asociación es más importante en la población ARIT^(21,24). El M-HAQ comparado entre ambos grupos fue peor en el grupo ARIT, lo puede ser debido al tiempo de enfermedad al inicio del diagnóstico, edad avanzada, daño radiológico y las comorbilidades asociadas.

Se ha reportado que pacientes ARIE tuvieron mayor frecuencia de ser FR positivo al inicio de la enfermedad que los pacientes ARIT^(15,18,21). Cuando se compara edad de inicio y FR, aproximadamente, 80% de los pacientes jóvenes es FR positivo en comparación al grupo mayor de 60 años en quienes predomina el FR negativo, encontrándose sólo porcentajes de positividad entre 32% y 66%^(24,25). Encontramos que la frecuencia de positividad del FR fue similar en ambos grupos.

El grupo ARIT tuvo una mayor frecuencia de anemia al inicio de la enfermedad que pacientes ARIE pero no se obtuvo datos que permitan determinar el tipo de anemia con certeza. La anemia en el grupo ARIT podría estar relacionado a la edad por menor respuesta medular a la producción de células sanguíneas, asociación con enfermedades crónicas y pérdidas ocultas de sangre⁽¹⁵⁾. Los valores altos de VSG Y PCR son útiles en establecer la actividad de la enfermedad, pronóstico y respuesta al tratamiento^(9,17,18,21). Se describe niveles elevados de reactantes de fase aguda en pacientes ARIT al inicio de la enfermedad y nuestros pacientes tuvieron niveles más elevados de VSG y mayor frecuencia de positividad del PCR pero no de manera significativa.

Se describe que los pacientes ARIE tienen mayor compromiso extraarticular que los ARIT^(21,26) siendo el compromiso pulmonar una de las causas principales de mortalidad después del compromiso cardiovascular⁽²⁶⁾. No encontramos diferencia significativa con respecto al compromiso pulmonar. Dentro de las manifestaciones del síndrome de Sjögren secundario desarrollado por los pacientes no hubo diferencia en ambos grupos.

Se describe una frecuencia de 4 a 10% de epiescleritis/escleritis en pacientes con AR⁽²⁷⁾ y hallamos esta manifestación ocular sólo en los pacientes ARIE.

Cuando se compara población joven con AR, la destrucción articular y la inflamación sistémica causada por AR puede ser menos tolerada por pacientes ancianos pues este grupo presenta comorbilidades asociadas en otro sistema de órganos, aunado a estos factores la duración de la enfermedad^(9,25). La comorbilidad reportada para pacientes AR se ubica entre 45 y 54%, contrastando con el 71,4% encontrado en un estudio nacional, que incluye patologías como osteoporosis, hipertensión arterial, dislipidemia, cataratas, diabetes posterior al diagnóstico de AR y gastropatía medicamentosa, entre las más frecuentes⁽²⁶⁾. Nuestra población ARIT tenía como comorbilidades más frecuentes hipertensión arterial, diabetes y dislipidemia. Estos hallazgos también podrían estar relacionados con lo que en recientes años ha merecido considerable atención, que el proceso inflamatorio por sí mismo puede jugar un rol en el desarrollo de enfermedades cardiovasculares provocando un incremento de la mortalidad cardiovascular en pacientes con AR. Así, la posibilidad de tener un mejor control de la enfermedad podría influenciar en el pronóstico de estos pacientes^(27,28).

Se encontró que el grupo ARIT había desarrollado más infecciones en el curso de su enfermedad, siendo la tuberculosis pulmonar más frecuente. Estos resultados podrían estar en relación a lo que se reporta en estudios en los que los pacientes ancianos tienen mayor riesgo de desarrollar tuberculosis pulmonar secundario a la reactivación de una infección latente, debido a un mayor compromiso de la inmunidad celular⁽²⁹⁾.

El manejo en población anciana es complicado por el diagnóstico incierto, presencia de comorbilidades y cambios en la farmacocinética y aumento en la frecuencia de eventos adversos.

En la población anciana, una consideración importante con el uso de AINE es el riesgo incrementado de toxicidad gastrointestinal. Factores de riesgo para hemorragia digestiva alta incluyen pacientes mayores de 65 años, uso de corticoides orales, anticoagulantes y la presencia de comorbilidades. Además, lo AINE se asocian a un inicio más temprano de terapia antihipertensiva en pacientes ancianos por lo que deben evaluarse el riesgo/beneficio antes de su prescripción⁽³⁰⁾. Por ello, se puede explicar que en nuestro estudio los pacientes ARIT tuvieron mayor indicación en el uso de AINE.

Las DMARD han dado como resultado una mejora sustancial en la actividad física, disminución de la sinovitis, retardo y prevención del daño estructural de la articulación comprometida⁽³⁰⁾. Esto explicaría que en nuestro estudio se observara que la prescripción de este grupo de drogas fue similar en ambos grupos.

En conclusión, al describir el cuadro clínico de ambos grupos se encontró diferencias clínicas al momento del diagnóstico pero se necesita de otro tipo de estudios para afirmar que la edad de inicio es un factor pronóstico en la evolución de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alarcon G. Predictive factors in rheumatoid arthritis. *Am J Med.* 1997;103:195-245.
2. Lipsky P. Rheumatoid arthritis: Harrison's Principles of Internal Medicine, ed 12. New York, McGraw-Hill, 1991, pp 1437-1442.
3. Schnell A. The clinical features of rheumatic infection in the aged. *Acta Med Scand* 1941;345-50
4. Cecil R, Kammerer W. Rheumatoid arthritis in the aged. *Am J Med.* 1951;10:439-45
5. Pincus T, Callahan LF, Sale WG, Brooks AL, Payne LE, Vaughn WK. Severe functional declines, work disability, and increased mortality in seventy-five rheumatoid arthritis patients studied over nine years. *Arthritis Rheum.* 1984;27:864-72
6. Wolfe F, Mitchell D, Sibley J, Fries J, Bloch D, Williams C, Spitz P, Haga M, Kleinheksel S, Cathey M. The mortality of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1994;37:481-94.
7. Scott D, Symmons D, Coulton B, Popert A. Long-term outcome of treating rheumatoid arthritis: results after 20 years. *Lancet.* 1987;16:1108-11.
8. Otterness I. The value of C-reactive protein measurement in rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 1994;24:91-104.
9. Kavanaugh A. Rheumatoid arthritis in the elderly: is it a different disease? *Am J Med.* 1997;29:405-485.
10. Jantti J, Kaarela K, Luukkainen R, Kautiainen H. Prediction of 20-year outcome at onset of seropositive rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 18:387-90.
11. Olsen N, Callahan L, Brooks R, Nance E, Kaye J, Stastny P, Pincus T. Associations of HLA-DR4 with rheumatoid factor and radiographic severity in rheumatoid arthritis. *Am J Med.* 1988;84:257-64.
12. Peltoma R, Leirisalo-Repo M, Helve T, Paimela L. Effect of age on 3 year outcome in early rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 2000; 27: 638-43.
13. Fonseca J, Canhao H, Teixeira da C, Pereira da S, Queiroz M. Global functional status in rheumatoid arthritis: disease duration and patient age. *Clin Rheumatol.* 2002;21:32-4.
14. Ferraccioli G, Cavalieri F, Mercadanti M, Conti G, Viviano P, Ambanelli U. Clinical features, scintiscan characteristics and X-ray progression of late onset rheumatoid arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 1984;2:157-61.
15. Pease C, Bhakta B, Devlin J, Emery P. Does the age of onset of rheumatoid arthritis influence phenotype?: a prospective study of outcome and prognostic factors. *Rheumatology (Oxford).* 1999;38:228-34.
16. Van Schaardenburg D, Hazes J, Boer A, Zwinderman A, Meijers K, Breedveld F. Outcome of rheumatoid arthritis in relation to age and rheumatoid factor at diagnosis. *J Rheumatol.* 1993; 20: 45-52.
17. Papadopoulos IA, Katsimbri P, Alamanos Y, Voulgari PV, Drosos AA. Early rheumatoid arthritis patients: relationship of age. *Rheumatol Int.* 2003;23(2):70-74.
18. Zuhre T, Kavanaugh A. Rheumatic Disease in the elderly: Rheumatoid arthritis. *Clin Geriatr Med* 2005;21:513-525
19. Calvo F, Vega E, Cusi R, Visaga M, Romero F, Berrocal A, Calvo A. Validación de Validación de una versión peruana de la dimensión física del Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ). *Revista Peruana de Reumatología.* 1996;2:1-12.
20. Olivieri I, Palazzi C, Peruz G, Padula A. Management Issues with elderly onset Rheumatoid Arthritis. *Drugs Aging* 2005; 22:809-822.
21. Nuran T, Ozgur D, Teslime A, Murat K, Murat T. Late onset rheumatoid arthritis: Clinical and laboratory comparisons with younger onset patients. *Arch Gerontol Geriatr* 2006;42:225-231.
22. Deal C, Meenan R, Goldenberg D, Anderson J, Sack B, Pastan R, Cohen A. The clinical features of elderly-onset rheumatoid arthritis. A comparison with younger-onset disease of similar duration. *Arthritis Rheum.* 1985;28:987-94.
23. Calvo-Alen J, Corrales A, Sanchez S, Fernandez M. Outcome of late onset rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol.* 2005;24:485-489.
24. Arana C, Kaway V, Bernal C, Ninahuanca M, Huamanchumo R, Berrocal A, Calvo A. Factores que influyen en la capacidad funcional de pacientes con artritis reumatoide. *Rev Per Reumatol* 1999;2:1-11.
25. Yusuf Yazici, Stephen A, Paget. Elderly onset Rheumatoid arthritis. *Rheum Dis Clin N Am.* 2000;26(3):517-526.
26. Chigne O, Calvo A, Berrocal A, Huamanchumo R. Costos en Pacientes con AR en monoterapia con metrotexato según respuesta terapéutica y calidad de vida. *Rev Per Reumatol* 2004;10:6-18.
27. Sayjal J, Patel L. Ocular manifestations of autoimmune disease. *Am Fam Phys.* 2002; 66(6):991-998.
28. Young A, Koduri G, Batley M, Kulinskaya E, Gough A, Norton S, Dixey J, on behalf of the Early Rheumatoid Arthritis Study (ERAS) group. Mortality in rheumatoid arthritis. Increased in the early course of disease, in ischaemic heart disease and in pulmonary fibrosis. *Rheumatology* 2007;46:350-357.
29. Manzi S, Wasko M. Inflammation-mediated rheumatic diseases and atherosclerosis. *Ann Rheum Dis* 2000;59:321-325.
30. Zevallos M, Justman J. Tuberculosis in the elderly. *Clin Geriatr Med* 2003;19:121-138.
31. Fleming A. Drug management of arthritis in the elderly. *J Royal Society Med.* 1994; 82:87:22-25.

Correspondencia a: Alfredo Berrocal Kasay. E-mail: aberrocal@hotmail.com