

Reumatología

JAVIER MOLINA

1. ¿Que la sola presencia del factor reumatoideo clásico (prueba de látex) no establece el diagnóstico de artritis reumatoidea (AR)?; puede ser positivo en otras entidades reumatológicas (LES, escleroderma, enfermedad mixta del tejido conectivo, síndrome de Sjögren, etc.) y no reumatológicas (endocarditis infecciosa, TBC, lepra, Kala-azar, etc).

También es muy importante su titulación (debe solicitarse siempre cuando es positivo) ya que títulos altos son más sugestivos de AR. La prueba de Wailer-Rose es más específica que la del látex, pero menos sensible.

Es un error pensar que una persona con dolores articulares (principalmente un anciano) con látex positivo tiene necesariamente AR.

2. ¿Que la determinación de las células LE ya no es un examen necesario en el estudio de los pacientes reumáticos?; los diferentes autoanticuerpos son más sensibles y específicos. Es de utilidad en condiciones muy aisladas.

Durante varios años las células LE fueron de gran utilidad para el diagnóstico de LES y entidades relacionadas; hoy esta prueba es realmente un bello recuerdo histórico.

3. ¿Que en la actualidad es preferible hablar de autoanticuerpos que de anticuerpos antinucleares puesto que no sólo existen anticuerpos que reaccionan con antígenos nucleares sino también con diferentes componentes de la célula?. Los anticuerpos anticitoplasmáticos pueden tener implicaciones diagnósticas distintas. .

4. ¿Que la hiperuricemia no establece el diagnóstico de gota?; algunos pacientes con ataque agudo de gota tienen niveles normales de ácido úrico. La mayoría de los pacientes hiperuricémicos no tienen gota. Artralgias en presencia de hiperuricemia no es gota. El mejor examen para hacer el diagnóstico de gota es la demostración de cristales de urato monosódico en el líquido sinovial o tofos gotosos.

Muy rara vez la hiperuricemia asintomática requiere tratamiento.

5. ¿Que sólo ocasionalmente los pacientes con artritis gotosa necesitan tratamiento dietético o restricción de la ingesta de alcohol?. La dieta es importante cuando el paciente con gota tiene además hiperlipidemia, diabetes mellitus u otras complicaciones.

6. ¿Que es un error prescribir bloqueadores de la xantina-oxidasa (alopurinol) o agentes uricosúricos (probenecid) en presencia de ataque agudo de gota?; esta medida puede incrementar la intensidad y la duración del ataque. Si son necesarios, deben administrarse cuando el ataque agudo haya cedido y siempre asociados con colchicina u otro agente antiinflamatorio no esteroideo.

DR. JAVIER MOLINA, Profesor, Sección de Reumatología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.