

Descripción de casos clínicos: artritis reumatoide con presentación atípica y resultados diagnósticos avanzados

AUTORES


Esteban Darío Zambrano López M.D- Universidad San Martín, Fundación Hospital San Pedro, Unidad de cuidado intensivo, San Juan de Pasto, Colombia.

Ivan Alejandro Erazo Paredes M.D- Egresado, Fundación Universitaria San Martín, Pasto, Residente de Medicina Familiar, Institución Universitaria Autónoma de las Américas sede Pereira, Colombia.

Jhan Sebastián Saavedra Torres MD- M. Sc. – Integrante de la Corporación Del Laboratorio al Campo, Grupo de Investigación en Salud (GIS), Universidad del Cauca, Popayán, Colombia.

Gloria Aurora Delgado Nacaza M.D- Fundación Hospital San Pedro, Unidad de cuidado intensivo, San Juan de Pasto, Colombia.

Autor de correspondencia:
Esteban Darío Zambrano López

 esteb4n102@gmail.com

Tipo de artículo:
Caso clínico

Sección: Medicina Interna y Medicina Familiar.

F. recepción: 07-10-2024

F. aceptación: 13-01-2025

DOI: 10.5281/zenodo.14637238

DOI: 10.5281/zenodo.14637238

Zambrano-López, E.D. Erazo-Paredes, I. A. Saavedra-Torres, J. S. Delgado-Nacaza, G.A.

“Descripción de casos clínicos: artritis reumatoide con presentación atípica y resultados diagnósticos avanzados”

SANUM 2025, 9(1) 20 -27

Resumen

La artritis reumatoide (AR) es un trastorno autoinmune crónico caracterizado por una artritis progresiva, destructiva y simétrica, que puede llevar a una discapacidad significativa sin tratamiento adecuado. Este artículo presenta dos casos clínicos atípicos de AR que destacan la necesidad de reconocer formas no convencionales de la enfermedad. El primer caso involucra a una paciente de 28 años con síntomas en los dedos de los pies y manos, donde la resonancia magnética y ultrasonografía revelaron sinovitis severa antes de observar erosiones óseas en radiografías. El segundo caso describe a una paciente de 34 años con dolor en la columna cervical y los hombros, acompañado de pérdida de peso y sudores nocturnos, con sinovitis severa detectada por técnicas avanzadas antes de los cambios radiográficos. Ambos casos subrayan la importancia de un enfoque diagnóstico exhaustivo y el uso de tecnologías avanzadas para identificar AR en presentaciones no tradicionales, enfatizando la necesidad de una detección temprana para un manejo y tratamiento efectivos.

Palabras clave:

Artritis Reumatoide;
Enfermedades Autoinmunes;
Progresión de la Enfermedad;
Sinovitis;
Diagnóstico Temprano.

Clinical case description rheumatoid arthritis with atypical presentation and advanced diagnostic results

Abstract

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic autoimmune disorder characterized by progressive, destructive, and symmetrical arthritis, which can lead to significant disability without appropriate treatment. This article presents two atypical clinical cases of RA that underscore the importance of recognizing unconventional forms of the disease. The first case involves a 28-year-old patient with symptoms in the toes and hands; here, magnetic resonance imaging and ultrasonography revealed severe synovitis before bone erosions were observed on radiographs. The second case describes a 34-year-old patient with pain in the cervical spine and shoulders, accompanied by weight loss and night sweats; in this case, severe synovitis was detected using advanced techniques before radiographic changes were observed. Both cases highlight the need for a comprehensive diagnostic approach and the use of advanced technologies to identify RA in non-traditional presentations, emphasizing the necessity for early detection for effective management and treatment.

Key word:

Arthritis, Rheumatoid;
Autoimmune Diseases;
Disease Progression;
Synovitis;
Early Diagnosis.

Introducción

Definición

La artritis reumatoide (AR) es un trastorno autoinmune crónico que se manifiesta principalmente a través de una artritis progresiva, destructiva y simétrica. Además de afectar las articulaciones, la AR puede involucrar otros tejidos y órganos, como la piel, los ojos, los pulmones y los vasos sanguíneos (1,2). Esta afectación multisistémica a menudo conduce a una discapacidad significativa si no se recibe un tratamiento adecuado. La naturaleza generalizada de la AR requiere estrategias de tratamiento integrales para mitigar sus efectos y mejorar la calidad de vida de quienes la padecen (1,2).

Características esenciales

La (AR) a menudo afecta a las mujeres y se presenta típicamente como una artritis simétrica que afecta principalmente los huesos pequeños de las manos y los pies. Entre sus características esenciales se encuentran el aumento de los reactantes de fase aguda en suero y la presencia de autoanticuerpos positivos, como el factor reumatoide y los anticuerpos antiproteína citrulinada. A nivel microscópico, se observa un engrosamiento del revestimiento sinovial, abundantes linfocitos y células plasmáticas, así como angiogénesis y erosión del hueso y el cartílago. Además, las manifestaciones extraarticulares son comunes e incluyen nódulos reumatoides, pleuritis, vasculitis y escleritis.

Metodología del reporte de caso

Se analizaron dos casos clínicos atípicos de artritis reumatoide (AR) a través de una metodología que incluyó la recolección exhaustiva de datos clínicos, pruebas diagnósticas y técnicas de imagen. Los pacientes, uno de 28 años con síntomas predominantes en los dedos de los pies y otro de 34 años con dolor en la columna cervical y hombros, fueron evaluados inicialmente con serología para determinar niveles de Factor Reumatoide (RF), anticuerpos anti-péptidos cíclicos (ACPA), velocidad de sedimentación de eritrocitos (ESR) y proteína C-reactiva (CRP). Se realizó aspiración del líquido sinovial y pruebas de imagen, incluyendo radiografías, resonancia magnética (MRI) y ultrasonografía. Los resultados se compararon con los criterios de clasificación ACR/EULAR 2010, destacando la relevancia de técnicas avanzadas para detectar inflamación y daño articular en fases tempranas, y subrayando la importancia de considerar presentaciones atípicas de AR en el diagnóstico y manejo.

Etiología

La etiología de la (AR) se caracteriza por una combinación de factores genéticos y ambientales, aunque la

causa exacta sigue siendo desconocida. Se trata de un trastorno autoinmune en el cual el sistema inmunitario ataca erróneamente las articulaciones. La predisposición genética juega un papel crucial, con asociaciones significativas con el complejo mayor de histocompatibilidad (CMH), especialmente los polimorfismos en el gen HLA-DRB1, que influyen en la gravedad de la enfermedad. Los genotipos compuestos, como DRB1*0401/*0404, están vinculados a un inicio más temprano y a una mayor severidad de la AR. Además, factores ambientales como el tabaquismo, infecciones virales como el virus de Epstein-Barr y cambios hormonales, como la deficiencia de estrógeno en mujeres posmenopáusicas, pueden actuar como desencadenantes que inician o agravan la enfermedad (2,4).

Epidemiología

La artritis reumatoide (AR) afecta aproximadamente al 0,5% al 1,0% de la población mundial, con una incidencia anual estimada de 20 a 50 casos por cada 100.000 personas. La población de pacientes con AR, las mujeres representan entre el 66% y el 80% del total, mientras que los hombres constituyen el restante 20% al 33%. Esta diferencia en la prevalencia sugiere que factores hormonales, genéticos y/o ambientales pueden desempeñar un papel significativo en el desarrollo de la enfermedad. Aunque AR puede comenzar a cualquier edad, su aparición es más frecuente en la cuarta y quinta décadas de la vida. Las tasas de prevalencia son significativamente más altas en el norte de Europa y América del Norte, mientras que son más bajas en Asia y en ciertos grupos afrocaribeños (5,6).

Compromiso articular

La (AR) tiene la capacidad de afectar todas las articulaciones del cuerpo, aunque suele predominar en las pequeñas articulaciones de las manos y los pies. Estas áreas son a menudo las primeras en mostrar signos de inflamación y dolor. Sin embargo, la enfermedad no se limita únicamente a las articulaciones pequeñas; también puede involucrar articulaciones de mayor tamaño, como las rodillas, caderas, codos y hombros. La afectación de estas articulaciones más grandes puede contribuir a una disminución significativa en la movilidad y la calidad de vida del paciente, resaltando la importancia de un diagnóstico temprano y un tratamiento adecuado para manejar la progresión de la enfermedad (5,6).

Fisiopatología

La fisiopatología de la (AR) se inicia con la activación de células inmunes, como los linfocitos T y B, que migran hacia la membrana sinovial de las articulaciones afectadas. Este proceso desencadena una serie de eventos inflamatorios, incluyendo la liberación de citocinas

proinflamatorias como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF α), la interleucina-1 (IL1) y la interleucina-6 (IL6), las cuales amplifican la respuesta inflamatoria. El entorno inflamatorio resultante favorece la proliferación de células en la sinovial (hiperplasia sinovial) y la formación de nuevos vasos sanguíneos (angiogénesis), generando un tejido anormal conocido como pannus. Este pannus invade y destruye el cartílago articular y causa erosiones óseas. Adicionalmente, las células plasmáticas producen factores reumatoides y otros anticuerpos, como los dirigidos contra el colágeno tipo II, contribuyendo a la destrucción de las articulaciones. La activación de los osteoclastos, células responsables de la reabsorción ósea, lleva a la erosión ósea periarticular. Finalmente, las enzimas degradantes de la matriz, como las metaloproteinasas de matriz, son responsables del daño a las superficies articulares, exacerbando la degeneración articular y los síntomas de la enfermedad (7,8).

Análisis clínico

La (AR) se caracteriza por un curso clínico variable, con períodos de remisión y recaída. Los pacientes comúnmente experimentan dolor articular simétrico, hinchazón y rigidez, especialmente en articulaciones pequeñas como las de las manos, muñecas y pies. La rigidez matutina, que puede durar más de 30 minutos, suele mejorar con el movimiento. Con el tiempo, la inflamación crónica puede llevar a deformidades articulares como la deformidad en cuello de cisne, ojal y desviación cubital. Los nódulos reumatoides, presentes en aproximadamente el 20% de los casos, suelen encontrarse sobre puntos de presión o en superficies extensoras. Además de los síntomas articulares, los pacientes pueden experimentar fatiga, malestar, fiebre leve y pérdida de peso involuntaria. Las manifestaciones extraarticulares pueden incluir ojos secos, escleritis, vasculitis, pericarditis, pleuritis y neuropatía periférica (2-6).

El diagnóstico de AR se basa en la presencia de al menos una articulación inflamada que no se explica de otra manera, respaldado por los criterios del Colegio Americano de Reumatología. El diagnóstico se confirma mediante pruebas serológicas para el factor reumatoide y anticuerpos antiproteína citrulinada, además de estudios de imagen como radiografías para detectar erosiones óseas. Los reactantes de fase aguda, como la velocidad de sedimentación globular y la proteína C-reactiva, también ayudan a evaluar la inflamación sistémica (3-7).

Imagenología en AR

En la radiología de la artritis reumatoide (AR), las características clave incluyen hinchazón de los tejidos blandos, osteoporosis, estrechamiento del espacio articular y erosiones de los márgenes óseos. A medida que la enfermedad progresa, se observa una pérdida progresiva del espacio articular debido a la destrucción del cartílago, con erosiones bien definidas en los

márgenes articulares que aparecen como áreas de pérdida ósea. Un hallazgo distintivo es el estrechamiento marcado del espacio articular en la muñeca, conocido como apiñamiento carpiano. Las deformidades articulares típicas en AR incluyen la desviación cubital, la deformidad en cuello de cisne y la deformidad en ojal. En resonancia magnética (RM), los nódulos reumatoides presentan una señal baja a intermedia en las imágenes ponderadas en T1 (T1W), siendo isointensos respecto al músculo, lo que facilita su identificación en estudios avanzados de imagen (2-5).

Factores pronósticos

Los factores pronósticos en la artritis reumatoide (AR) son cruciales para determinar el curso y la gravedad de la enfermedad. Una puntuación alta en la actividad de la enfermedad, medida mediante el índice de actividad de la enfermedad (DAS), se asocia con un peor pronóstico, indicando una mayor actividad inflamatoria y daño articular. Los pacientes con títulos elevados de factor reumatoide suelen experimentar una forma más grave de la enfermedad, y las manifestaciones extraarticulares, como los nódulos reumatoides, la vasculitis reumatoide o la enfermedad pulmonar intersticial, sugieren una forma más agresiva de AR. Además, un aumento en la incidencia de comorbilidades, como artritis séptica y neoplasias malignas del sistema inmunológico, complica el manejo del paciente. Las condiciones comórbidas adicionales, como enfermedad cardiovascular, osteoporosis u obesidad, pueden complicar aún más el tratamiento. Sin embargo, una respuesta rápida y sostenida a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), especialmente durante los primeros meses de tratamiento, se asocia con un mejor pronóstico a largo plazo, destacando la importancia de un inicio temprano y efectivo del tratamiento para mejorar los resultados a largo plazo (6-9).

Tratamiento

El tratamiento de la (AR) generalmente incluye una combinación de medicamentos y terapias para controlar la inflamación, modificar la progresión de la enfermedad y mejorar la calidad de vida del paciente. Los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son frecuentemente utilizados para aliviar el dolor y reducir la inflamación. Además, los medicamentos anti-reumáticos modificadores de la enfermedad (FAME), como el metotrexato, juegan un papel crucial en la gestión de la AR al ralentizar la progresión de la enfermedad. Otros FAME más avanzados incluyen los inhibidores del TNF, los inhibidores de IL-6 y los inhibidores de JAK, que actúan sobre diferentes vías de la inflamación para proporcionar un alivio más específico y eficaz. En casos graves, donde los medicamentos no logran controlar adecuadamente los síntomas o el daño articular

es severo, la terapia de reemplazo articular puede ser considerada para mejorar la funcionalidad y reducir el dolor. La combinación de estas estrategias terapéuticas permite un enfoque integral para el manejo de la AR, adaptado a las necesidades individuales de cada paciente (1-9).

Presentación de los casos

En el presente artículo, se reportan dos casos clínicos atípicos.

CASO CLÍNICO NO.1

Paciente de 28 años, previamente saludable y sin antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes, comenzó a experimentar síntomas artríticos inusuales hace aproximadamente seis meses. Su historial médico previo incluye una infección viral benigna durante la infancia. Esta infección fue identificada como varicela, la cual se resolvió de manera satisfactoria sin complicaciones adicionales ni secuelas a largo plazo.

La paciente presentó un cuadro clínico atípico para la artritis reumatoide. A diferencia del patrón clásico que suele afectar primero las articulaciones de las manos y muñecas, la paciente experimentó dolor y rigidez predominantes en los dedos de los pies. Este síntoma inusual, junto con una rigidez matutina que duraba más de una hora, destacó la presentación atípica de la enfermedad.

Además del dolor articular, la paciente reportó fatiga extrema y pérdida de apetito, síntomas que, aunque comunes en enfermedades autoinmunes, no siempre son los primeros indicios de artritis reumatoide. La inflamación y el dolor se concentraron en las articulaciones pequeñas, como las de los dedos de los pies y manos, en lugar de las articulaciones grandes y de carga, como las rodillas o caderas, lo que es menos común en la artritis reumatoide.

Datos relevantes y hechos

La paciente presentó dolor y rigidez en las articulaciones de las manos y los dedos de los pies, con una notable rigidez matutina. También experimentó fatiga extrema y pérdida de apetito. A pesar del tratamiento inicial con antiinflamatorios no esteroides (AINEs), no hubo mejoría significativa, lo que llevó a la derivación a un reumatólogo.

Cronología de eventos

Mes 1: Inicio de dolor en los dedos de los pies y rigidez matutina. Se prescribieron AINEs sin respuesta notable. La paciente fue derivada a un reumatólogo.

Mes 2: Agravamiento de los síntomas con dolor en las manos. Se realizaron pruebas serológicas y de imagen:

1. Factor Reumatoide (RF): Positivo a 30 IU/mL (rango normal < 15 IU/mL).
2. Anticuerpos anti-péptidos cíclicos (ACPA): Positivo a 120 U/mL (rango normal < 10 U/mL).
3. Velocidad de sedimentación de eritrocitos (ESR): Elevada a 45 mm/h (rango normal 0-20 mm/h).
4. Proteína C-reactiva (CRP): Elevada a 18 mg/L (rango normal < 5 mg/L).

Mes 3: Se realizó una aspiración del líquido sinovial:

1. Conteo de leucocitos: 18,000 células/mm³ (rango normal < 2000 células/mm³), con predominancia de células polimorfonucleares.
2. Niveles de C3 en el líquido sinovial: 50 mg/dL (rango normal en suero 70-130 mg/dL).
3. Niveles de C4 en el líquido sinovial: 25 mg/dL (rango normal en suero 15-45 mg/dL).

Mes 4: Se realizaron pruebas de imagen adicionales:

1. Radiografías: Sin cambios significativos observados.
2. Resonancia Magnética (MRI): Reveló sinovitis severa y edema en el hueso marro.
3. Ultrasonografía: Mostró inflamación significativa en las articulaciones metatarsofalángicas y proximales interfalángicas.

Mes 7: Evaluación según los criterios de clasificación ACR/EULAR 2010: El puntaje total de 10 puntos confirmó el diagnóstico de RA según los criterios de ACR/EULAR.

1. Número y tamaño de articulaciones involucradas: Más de 10 articulaciones afectadas, incluyendo articulaciones pequeñas, otorgando 5 puntos.
2. Pruebas serológicas: ACPA alta (120 U/mL) y RF positivo (30 IU/mL), otorgando 3 puntos.
3. Reactantes de fase aguda: ESR (45 mm/h) y CRP (18 mg/L) elevadas, otorgando 1 punto.
4. Duración de los síntomas: Más de seis semanas, otorgando 1 punto.

Innovaciones y consideraciones

Este caso es notable por la presentación atípica de la RA en una paciente joven sin antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes. La detección temprana y elevada de ACPA y los resultados del líquido sinovial antes de la aparición de erosiones óseas en radiografías convencionales resaltan la importancia de utilizar técnicas avanzadas como MRI y ultrasonografía

para un diagnóstico precoz. La manifestación inicial en los dedos de los pies subraya la necesidad de considerar la RA en casos donde los síntomas no se ajustan a los patrones clásicos. Este caso destaca la importancia de una evaluación exhaustiva y el uso de herramientas diagnósticas avanzadas para la identificación temprana de la enfermedad, ofreciendo una visión más completa y precisa del diagnóstico y manejo de la artritis reumatoide.

CASO CLÍNICO NO.2

Paciente de 34 años, previamente saludable, sin antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes, comenzó a experimentar síntomas artríticos atípicos hace aproximadamente ocho meses. En su historial médico previo, se destaca una infección viral benigna en la infancia, específicamente rubéola, la cual fue autolimitada y no dejó secuelas conocidas.

La presentación clínica de la paciente resultó atípica para la artritis reumatoide (RA). En lugar de los síntomas clásicos, la paciente reportó dolor y rigidez principalmente en la columna cervical y en las articulaciones de los hombros. La rigidez matutina, que en general es un síntoma característico de la RA, era inusualmente intensa y se extendía hasta varias horas después de despertar. La paciente también experimentó dolor en la región torácica, lo cual es menos común en la artritis reumatoide clásica. Adicionalmente, la paciente sufrió pérdida de peso inexplicada y sudores nocturnos, síntomas generales que a menudo se presentan en enfermedades autoinmunes pero que no siempre se asocian inicialmente con RA.

Datos relevantes y hechos:

La paciente presentó dolor y rigidez persistente en la columna cervical y los hombros, con rigidez matutina prolongada. La pérdida de peso y los sudores nocturnos, junto con la falta de respuesta a tratamientos iniciales con AINEs, llevaron a la derivación a un reumatólogo para una evaluación más exhaustiva.

Cronología de eventos

Mes 1: Inicio de dolor en la columna cervical y rigidez matutina. Se prescribieron AINEs sin mejoría notable, y la paciente fue derivada a un reumatólogo.

Mes 2: El dolor se extendió a los hombros y se realizó una serie de pruebas diagnósticas:

1. Factor Reumatoide (RF): Positivo a 20 IU/mL (rango normal < 15 IU/mL).
2. Anticuerpos anti-péptidos cíclicos (ACPA): Positivo a 80 U/mL (rango normal < 10 U/mL).

3. Velocidad de sedimentación de eritrocitos (ESR): Elevada a 50 mm/h (rango normal 0-20 mm/h).
4. Proteína C-reactiva (CRP): Elevada a 22 mg/L (rango normal < 5 mg/L).

Mes 3: Se realizó una aspiración del líquido sinovial:

1. Conteo de leucocitos: 12,500 células/mm³ (rango normal < 2000 células/mm³), con predominancia de células polimorfonucleares.
2. Niveles de C3 en el líquido sinovial: 60 mg/dL (rango normal en suero 70-130 mg/dL).
3. Niveles de C4 en el líquido sinovial: 30 mg/dL (rango normal en suero 15-45 mg/dL).

Mes 4: Se realizaron pruebas de imagen adicionales:

1. Radiografías: No se observaron cambios significativos en las articulaciones.
2. Resonancia Magnética (MRI): Reveló sinovitis severa en la región cervical y edema en los tejidos blandos adyacentes.
3. Ultrasonografía: Mostró inflamación en las articulaciones de los hombros y la columna cervical, con un notable engrosamiento de la sinovial.

Mes 8: Evaluación según los criterios de clasificación ACR/EULAR 2010:

1. Número y tamaño de articulaciones involucradas: Más de 5 articulaciones afectadas, otorgando 3 puntos.
2. Pruebas serológicas: ACPA alta (80 U/mL) y RF positivo (20 IU/mL), otorgando 2 puntos.
3. Reactantes de fase aguda: ESR (50 mm/h) y CRP (22 mg/L) elevadas, otorgando 1 punto.
4. Duración de los síntomas: Más de seis semanas, otorgando 1 punto.

Innovaciones y consideraciones

Este caso es notable por la presentación atípica de la RA, con afectación predominante en la columna cervical y los hombros, en lugar de las articulaciones periféricas típicas. La presencia de sinovitis severa en la resonancia magnética antes de que se observaran cambios significativos en las radiografías convencionales destaca la importancia de técnicas de imagen avanzadas en la evaluación temprana de la enfermedad. La combinación de síntomas generales como pérdida de peso y sudores nocturnos, junto con los hallazgos diagnósticos, subraya la necesidad de un enfoque exhaustivo para la identificación de la artritis reumatoide en casos que no siguen los patrones clásicos. La integración

de herramientas diagnósticas avanzadas permite una evaluación más completa y precisa, facilitando un diagnóstico temprano y una intervención adecuada.

Anotación clínica de los dos casos

Los resultados de los casos presentados en el artículo reflejan una progresión lógica de los hallazgos diagnósticos en función de la evolución de los síntomas. En el primer caso, la paciente mostró síntomas inusuales y una respuesta insatisfactoria a los AINEs, lo que llevó a una derivación temprana al reumatólogo. La evaluación progresiva con pruebas serológicas y de imagen reveló elevaciones significativas en marcadores de inflamación y alteraciones en el líquido sinovial antes de la aparición de erosiones óseas en radiografías, indicando la necesidad de utilizar técnicas avanzadas para un diagnóstico precoz. En el segundo caso, la paciente experimentó dolor y rigidez en áreas atípicas como la columna cervical y los hombros, con una respuesta inicial inadecuada a los AINEs. Las pruebas diagnósticas avanzadas, como la resonancia magnética y ultrasonografía, detectaron sinovitis severa antes de observar cambios en las radiografías, destacando la importancia de un enfoque integral para identificar la AR en presentaciones no convencionales. Ambos casos ilustran cómo la evolución de los síntomas y la aplicación de herramientas diagnósticas avanzadas son esenciales para un manejo efectivo de la artritis reumatoide.

Resultados

Los resultados clave de la importancia de estos dos casos clínicos atípicos de artritis reumatoide se demuestran en 5 puntos.

1. Ambos casos destacan la necesidad de considerar la AR incluso cuando los síntomas no se ajustan a los patrones clásicos, como dolor en los dedos de los pies y en la columna cervical.
2. La resonancia magnética y la ultrasonografía demostraron ser fundamentales para detectar sinovitis severa y alteraciones en el líquido sinovial antes de que se produjeran erosiones óseas visibles en radiografías convencionales.
3. La detección temprana de marcadores como anticuerpos anti-péptidos cíclicos (ACPA) y la evaluación avanzada del líquido sinovial permitieron un diagnóstico más rápido y preciso en casos atípicos.
4. Estos casos subrayan la importancia de un enfoque diagnóstico exhaustivo y la necesidad de adaptar el tratamiento de acuerdo con las manifestaciones específicas de la AR, lo que puede mejorar los resultados clínicos.
5. La presencia de síntomas generales como fatiga extrema, pérdida de peso y sudores nocturnos en estos casos recalca la importancia de una evaluación integral que considere diversas manifestaciones clínicas de la AR.

Discusión

Los dos casos clínicos atípicos de artritis reumatoide presentados subrayan la importancia de reconocer la enfermedad en sus formas menos convencionales, más allá de los patrones clásicos. El primero revela cómo síntomas inusuales, como dolor en los dedos de los pies, pueden desafiar los diagnósticos tradicionales y resalta la utilidad de técnicas avanzadas como resonancia magnética y ultrasonografía para una detección temprana. El segundo caso demuestra que la AR puede manifestarse en áreas no típicas, como la columna cervical, y destaca la necesidad de considerar síntomas generales como pérdida de peso y sudores nocturnos en la evaluación. Ambos casos enfatizan la importancia de un enfoque diagnóstico integral y el uso de herramientas avanzadas para un manejo eficaz y una intervención temprana en artritis reumatoide.

Discussion

The two atypical clinical cases of rheumatoid arthritis presented underscore the importance of recognizing the disease in its less conventional forms, beyond the classic patterns. The first reveals how unusual symptoms, such as pain in the toes, can challenge traditional diagnoses and highlights the utility of advanced techniques such as MRI and ultrasound for early detection. The second case demonstrates that RA can manifest in non-typical areas, such as the cervical spine, and highlights the need to consider general symptoms such as weight loss and night sweats in the evaluation. Both cases emphasize the importance of a comprehensive diagnostic approach and the use of advanced tools for effective management and early intervention in rheumatoid arthritis.

Conclusión

En este artículo se presentan dos casos clínicos atípicos de artritis reumatoide (AR) que desafían los patrones tradicionales de la enfermedad. El primer caso muestra una paciente de 28 años con síntomas inusuales en dedos de pies y manos, donde técnicas avanzadas como la resonancia magnética y ultrasonografía fueron cruciales para el diagnóstico precoz, detectando alteraciones antes de que aparecieran erosiones óseas en las radiografías. El segundo caso involucra a una paciente de 34 años con dolor en la columna cervical y hombros, donde las pruebas avanzadas también revelaron sinovitis severa antes de observar cambios en las radiografías. Ambos casos subrayan la necesidad de considerar formas atípicas de AR y el uso de herramientas diagnósticas avanzadas para un manejo efectivo.

Conclusion

This article presents two atypical clinical cases of rheumatoid arthritis (RA) that challenge traditional patterns of the disease. The first case involves a 28-year-old patient with unusual symptoms in the toes and hands, where advanced techniques such as MRI and ultrasonography were crucial for early diagnosis, detecting abnormalities before bone erosions appeared on X-rays. The second case features a 34-year-old patient with pain in the cervical spine and shoulders, where advanced imaging also revealed severe synovitis before changes were observed on X-rays. Both cases highlight the need to consider atypical forms of RA and the use of advanced diagnostic tools for effective management.

Declaraciones éticas

Según la ley colombiana, los informes de casos no necesitan ser aprobados por el Comité de Ética; sin embargo, el trabajo cumple con los lineamientos éticos de la declaración de Helsinki y el convenio de Oviedo, así como con los estándares éticos de la Universidad Tecnológica de Pereira.

Consentimiento

Los autores confirman que se ha obtenido del paciente el consentimiento por escrito para el envío y la publicación del texto asociado al informe de caso de acuerdo con la guía COPE.

Financiación

No se obtuvo financiamiento.

Declaración de aprobación de ética

No aplicable.

Conflicto de intereses

Ninguno declarado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Department of Error. Lancet. 2016 Oct 22;388(10055):1984. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30794-2. Epub 2016 Jun 10. Erratum for: Lancet. 2016 Oct 22;388(10055):2023-2038. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30173-8. PMID: 27296018.
2. Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis. Lancet. 2016 Oct 22;388(10055):2023-2038. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30173-8. Epub 2016 May 3. Erratum in: Lancet. 2016 Oct 22;388(10055):1984. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30794-2. PMID: 27156434.
3. Smolen, J., Aletaha, D., Barton, A. et al. Rheumatoid arthritis. Nat Rev Dis Primers 4, 18001 (2018). <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.1>
4. Lee DM, Weinblatt ME. Rheumatoid arthritis. Lancet. 2001 Sep 15;358(9285):903-11. doi: 10.1016/S0140-6736(01)06075-5. PMID: 11567728.
5. Polinski KJ, Bemis EA, Feser M, Seifert J, Demoruelle MK, Striebich CC, Brake S, O'Dell JR, Mikuls TR, Weisman MH, Gregersen PK, Keating RM, Buckner J, Nicassio P, Holers VM, Deane KD, Norris JM. Perceived Stress and Inflammatory Arthritis: A Prospective Investigation in the Studies of the Etiologies of Rheumatoid Arthritis Cohort. Arthritis Care Res (Hoboken). 2020 Dec;72(12):1766-1771. doi: 10.1002/acr.24085. Epub 2020 Nov 6. PMID: 31600025; PMCID: PMC7145743.
6. Guo, Q., Wang, Y., Xu, D. et al. Rheumatoid arthritis: pathological mechanisms and modern pharmacologic therapies. Bone Res 6, 15 (2018). <https://doi.org/10.1038/s41413-018-0016-9>
7. Gravallese EM, Firestein GS. Rheumatoid Arthritis - Common Origins, Divergent Mechanisms. N Engl J Med. 2023 Feb 9;388(6):529-542. doi: 10.1056/NEJMra2103726. PMID: 36780677.
8. Holers, V.M., Demoruelle, K.M., Buckner, J.H. et al. Distinct mucosal endotypes as initiators and drivers of rheumatoid arthritis. Nat Rev Rheumatol (2024). <https://doi.org/10.1038/s41584-024-01154-0>
9. Zhang, F., Jonsson, A.H., Nathan, A. et al. Deconstruction of rheumatoid arthritis synovium defines inflammatory subtypes. Nature 623, 616-624 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41586-023-06708-y>