

Criocirugía en nódulos reumatoides: reporte de un caso clínico

Cryosurgery in rheumatoid nodules. A clinical case report

JOSÉ DARÍO MARTÍNEZ VILLARREAL

Medicina Interna-Dermatología, Jefe de la Clínica de Medicina Interna. Hospital Universitario Dr. JE González, UANL. Monterrey, Nuevo León, México

RESUMEN

LOS NÓDULOS REUMATOIDES, SIGNO CUTÁNEO MÁS FRECUENTE DE LA ARTRITIS REUMATOIDE, SON DE TAMAÑO VARIABLE, PUEDEN INVOLUCIONAR O INCLUSIVE AUMENTAR EN NÚMERO O EN TAMAÑO CON EL TRATAMIENTO CON METOTREXATO; ALGUNOS PUEDEN PRESENTAR COMPLICACIONES Y SON ESTÉTICAMENTE MOLESTOS. SE APLICÓ CRIOCIRUGÍA EN NÓDULOS REUMATOIDES EN CODOS DE UNA PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE, CON EXCELENTES RESULTADOS. LA CRIOCIRUGÍA PUEDE SER ÚTIL COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN PACIENTES SELECCIONADOS.

PALABRAS CLAVE: NÓDULOS REUMATOIDES, ARTRITIS REUMATOIDE, CRIOCIRUGÍA

ABSTRACT

RHEUMATOID NODULES ARE THE HALLMARK CUTANEOUS FEATURE IN RHEUMATOID ARTHRITIS. NODULE SIZE IS VARIABLE; THEY CAN INVOLUTE OR EVEN INCREASE IN QUANTITY OR SIZE WHEN TREATED WITH METHOTREXATE. SOME CAN DEVELOP COMPLICATIONS AND CAN BE AESTHETICALLY BOTHERSOME. CRYOSURGERY WAS USED WITH EXCELLENT RESULTS IN RHEUMATOID NODULES IN BOTH ELBOWS IN A PATIENT WITH RHEUMATOID ARTHRITIS. CRYOSURGERY MAY BE USEFUL AS AN ALTERNATIVE TREATMENT IN SELECTED CASES.

KEY WORDS: RHEUMATOID NODULES, RHEUMATOID ARTHRITIS, CRYOSURGERY

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica y sistémica de causa desconocida, que se caracteriza por afección articular, la cual es remitente o continua, con destrucción progresiva de las articulaciones, con eventual deformidad e incapacidad funcional.

Sus manifestaciones extrarticulares son: nódulos reumatoides, vasculitis, anemia, pericarditis, afección pulmonar, neuropatía, oculopatía y el síndrome de Felty, caracterizado por linfadenopatía, esplenomegalia y pancitopenia.

La artritis reumatoide afecta entre 0.3% a 1.5% de la población general y las mujeres son afectadas tres veces más que los hombres. Se inicia con mayor frecuencia entre la cuarta y quinta década de la vida y existe una predisposi-

ción genética con la presencia del HLA-DR4 en un 70% de los pacientes con AR clásica¹. También se han identificado otros genes de susceptibilidad para la AR.

La afección de la micro circulación y un aumento en el número de las células sinoviales es el inicio de la sinovitis reumatoide; posteriormente la membrana sinovial se edematiza y protruye en la cavidad articular con formación de tejido de granulación llamado paño. Posteriormente hay infiltración con linfocitos activados, macrófagos y fibroblastos. También hay liberación de sustancias como el factor de necrosis tumoral alfa (FNT) que estimula a otras citoquinas y quimioquinas, que producen inflamación y daño posterior del cartílago y del hueso.

Los criterios de diagnóstico de la AR son: rigidez matutina, artritis de 3 o más articulaciones, artritis de manos, artritis simétrica, nódulos reumatoides, factor reumatoide positivo y cambios radiológicos típicos en manos. Se requieren cuatro de los siete criterios para clasificar al paciente como enfermo con artritis reumatoide².

El tratamiento de la AR incluye los antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) los cuales no detienen la progresión de la enfermedad y actualmente no son considerados de

CORRESPONDENCIA:

Centro Médico Christus Muguerza. Hidalgo 2527 Pte., desp. 403, Col. Obispado 64060. Monterrey, Nuevo León, México
Tel. (81) 8347-0145
E mail: jdariomt@ yahoo.com.mx

primera línea; los glucocorticoides sistémicos mejoran la inflamación y el dolor pero sus efectos secundarios limitan su uso; los fármacos modificadores de la enfermedad (FARMEs)—tales como la hidroxicloroquina, sulfasalazina, sales de oro, D-penicilamina, ciclosporina, azatioprina, metotrexato y leflunomide— mejoran la función, persistiendo el daño óseo. Estos últimos fármacos deben ser monitorizados con exámenes de laboratorio debido a sus posibles efectos secundarios.

Los agentes biológicos anti FNT (factor de necrosis tumoral) alfa —etanercept, infliximab y adalimumab— suprimen la inflamación y están aprobados por la FDA (*Food and Drug Administration*) de Estados Unidos para el tratamiento de la AR.³

Estos productos biológicos también son utilizados con éxito en el tratamiento de la artritis psoriásica, una artritis seronegativa cuya presentación clínica más frecuente es la poliartritis; es diagnóstico diferencial de la AR, principalmente cuando no hay lesiones evidentes de psoriasis (psoriasis oculta) o se manifiestan tardíamente las lesiones cutáneas.⁴

Los nódulos reumatoides son la manifestación extrarticular más frecuente de la AR, se presentan en un 20-25% de los pacientes y virtualmente todos tiene factor reumatoide positivo. Aparecen en brotes en las fases activas de la enfermedad, se desarrollan de forma subcutánea en las bursas y las vainas tendinosas, localizándose en las superficies extensoras de antebrazos, tendón de Aquiles y las articulaciones metacarpofalángicas (MCF).

También aparecen nódulos en pulmón, laringe, corazón y vejiga en pacientes con AR.

En el lupus eritematoso y la fiebre reumática también se pueden presentar estos nódulos subcutáneos.

El manejo puede ser expectante, ya que con el tiempo los nódulos pueden involucionar aun sin tratamiento; sin embargo, el tratamiento con metotrexato puede inducir la aparición de más nódulos de forma acelerada.

Los métodos de tratamiento descritos en la literatura actual específicos para los nódulos reumatoides son la extirpación quirúrgica y la aplicación de esteroides intralesionales, ya que el manejo medico es poco efectivo.

Caso clínico

Paciente femenina de 40 años de edad con diagnóstico de artritis reumatoide de 7 años de evolución, con factor reumatoide positivo y ligera actividad de la enfermedad manifestada por dolor articular leve. Presenta como manifesta-

ción de enfermedad extrarticular nódulos subcutáneos en codos. En tratamiento con prednisona 5 mg al día y metotrexato 15 mg por semana, además de AINES.

Acude a consulta dermatológica por presentar múltiples nódulos subcutáneos de tres años de evolución, del color de la piel, localizados en las superficies extensoras de ambos codos, no fijos a tejidos profundos, de 5-7 mm de diámetro, firmes y no dolorosos. Solicita tratamiento (Foto 1) debido al aspecto desagradable de los nódulos.

Debido al número de lesiones, la extirpación quirúrgica se dificultó, por lo que se decide hacer una prueba con aplicación de nitrógeno líquido (criocirugía) en un nódulo.



Foto 1: Múltiples nódulos reumatoides subcutáneos en la superficie extensora del codo derecho.



Foto 2: Resultado al mes de tratamiento con criocirugía.



Foto 3: Resultado final al año de la aplicación. Se observa ligera hiperpigmentación residual y no hay recurrencias.

El resultado al mes fue bueno, sin complicaciones, por lo que se realiza tratamiento del resto de las lesiones, con excelente resultado estético. Se valoró posteriormente al mes y al año de la aplicación.

El método de aplicación del nitrógeno líquido fue abierto, en una sesión y se utilizó Cray-Ac-3 con terminal C en spray e incluyó dos ciclos de 8 segundos cada uno.

Al mes de la aplicación de la criocirugía, las lesiones estaban resueltas sin complicaciones (Foto 2). Al año posterior de la aplicación, la paciente estaba sin recurrencias de los nódulos ni secuelas del tratamiento con nitrógeno líquido (Foto 3).

Discusión

Los nódulos reumatoides son la manifestación extrarticular más frecuente de la AR y junto con la vasculitis reumatoide son las manifestaciones de esta enfermedad que el dermatólogo ve con cierta frecuencia.

La AR es una enfermedad con la cual el dermatólogo tiene poco contacto, ya que su manejo es casi exclusivo del reumatólogo, pero en ciertos casos nuestra intervención puede ser útil para mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

El tratamiento de la AR con metotrexato puede acelerar la aparición y formación de estos nódulos en un 5 a 10% de los pacientes.⁵

Los causas de los nódulos reumatoides son múltiples, entre ellas, una vasculitis focal de capilares y vénulas por el depósito de complejos inmunes; secundarios a trauma; por

activación de citoquinas, macrófagos y otras enzimas; por predisposición genética; y pueden aparecer en forma secundaria al tratamiento con metotrexato.

Histológicamente se observan granulomas en empalizada y células gigantes con necrosis central.

Estos nódulos se observan con mayor frecuencia en el sexo masculino con factor reumatoide elevado y enfermedad articular activa. Por lo tanto se correlacionan con enfermedad grave y pronóstico reservado.

En la piel aparecen como neoformaciones subcutáneas, de 5 a 15 mm, firmes, del color de la piel, bien limitados y usualmente son múltiples.

Su diagnóstico es clínico, por biopsia (estudio histopatológico) y con ultrasonografía de alta resolución.⁶

El diagnóstico diferencial incluye los tofos por gota y los xantomas por hiperlipidemia.

Las complicaciones que pueden ocurrir son dolor, limitación de la movilidad de la articulación, ulceración, fístulas e infección.

Desde un punto de vista estético estos nódulos son molestos para los enfermos y por lo tanto nos pueden solicitar ayuda para tratarlos.

El tratamiento de los nódulos reumatoides incluye la remoción quirúrgica, tanto para eliminarlos como para reducir las posibles complicaciones. Sin embargo, la recurrencia es alta, sobre todo en áreas de trauma repetido.

Otro método de tratamiento es la aplicación de esteroides intralesionales en los nódulos, que puede reducir su tamaño y es otra alternativa útil.

El manejo con nitrógeno líquido o criocirugía en pacientes con nódulos reumatoides pequeños, múltiples y en superficies extensoras no está descrito en la literatura. Proponemos esta alternativa en pacientes seleccionados en los que no sea aplicable otra modalidad de tratamiento o el paciente no la acepte.

La destrucción de los nódulos se basa en la necrosis producida por frío (crionecrosis), por lo que se debe eliminar en estos pacientes la posibilidad de crioglobulinemia, criofibrinogenemia y el fenómeno de Raynaud, los cuales son acompañantes ocasionales de la AR. Esto se hace para evitar complicaciones producidas por el procedimiento (criocirugía) aunque se aplique correctamente, tales como ulceración cutánea en las áreas de aplicación y daño a tejidos profundos, debido a la hipersensibilidad al frío que tienen estos pacientes, por lo que se consideran contraindicaciones absolutas de este tratamiento.

Conclusiones

Los nódulos reumatoides son una patología cutánea asociada a la AR, que el dermatólogo ve con poca frecuencia y su manejo en ocasiones puede ser difícil, por lo que propongo una alternativa terapéutica para su tratamiento, en la cual se utiliza nitrógeno líquido en spray, que provoca una destrucción por frío.

El tratamiento a base de nitrógeno líquido, en pacientes bien seleccionados sin contraindicaciones absolutas, es una magnífica alternativa de manejo por su sencillez de aplicación, bajo costo y buenos resultados.

REFERENCIAS:

1. Stansky P. *Association of the B cell alloantigen Drw4 with rheumatoid arthritis.* N Engl J Med 1978; 298: 869-871
2. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, et al. *The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis.* Arthritis Rheum 1988; 31: 315-324
3. Hoffman K. *Medical management of rheumatoid arthritis.* Clinician Reviews, 2003
4. Mease P, Goffe BS. *Diagnosis and treatment of psoriatic arthritis.* J Am Acad Dermatol 2005; 52: 1-19
5. Williams FM, Cohen PR, Arnett FC. *Accelerated cutaneous nodulosis during methotrexate therapy in a patient with rheumatoid arthritis.* J Am Acad Dermatol 1998; 39: 359-362
6. Nalbant S, Corominas H, Hsu B, et al. *Ultrasonography for assessment of subcutaneous nodules.* J Rheumatol 2003; 30 (6) 1191-1195

Suscríbese a:

en México

\$650.00

en el extranjero

USD\$100.00

Teléfono 52 (55) 5659-9416

DERMATOLOGÍA
COSMÉTICA, MÉDICA Y QUIRÚRGICA

Teléfono y fax 52 (55) 5659-4824