

Monografía sobre **Artritis Reumatoidea**

Centro de Estudios Osteopáticos de Buenos Aires



Carrera de Osteopatía Fluido Energética – 3er año

Año 2019

Realizado por:

Almut Therburg

Laura Oviedo

Martha Maestri

Sandra Caggiano

Índice

1. Prólogo.....	3
2. Introducción.....	4
3. Objetivos.....	6
4. Etiopatogenia.....	7
5. Manifestaciones clínicas.....	11
5.1 Histología, Anatomía y Embriología	11
5.2 Articulaciones afectadas.....	16
5.3 Manifestaciones extraarticulares.....	17
5.4 Evolución de la artritis reumatoidea y complicaciones.....	20
6. Diagnóstico, tratamiento farmacológico y sus complicaciones.....	23
6.1 Diagnóstico.....	23
6.2 Tratamiento farmacológico y sus complicaciones.....	24
7. Características psicológicas del paciente con reuma.....	27
8. Aspectos holísticos.....	29
8.1 Algunos conceptos.....	29
8.2 Órganos implicados en las enfermedades autoinmunes desde una visión holística.....	32
8.3 Relato de una entrevista.....	34
8.4 Abordajes holísticos.....	35
9. Osteopatía.....	38
9.1 El abordaje osteopático.....	38
9.2 El diagnóstico osteopático.....	39
9.3 El tratamiento osteopático.....	41
9.4 Experiencias clínicas.....	42
10. Conclusiones.....	44
11. Bibliografía.....	46

1. Prólogo

El organismo humano es un todo indivisible, un conjunto integrado e íntimamente interrelacionado, en donde el funcionamiento de sus partes, de alguna manera se asemeja a un delicado, especializado y experto mecanismo de relojería. Si uno de sus componentes deja de funcionar o funciona disarmónicamente afecta al conjunto y al adecuado funcionamiento del todo. Como en correspondencia podemos decir, que la inadecuada función, con el tiempo repercutirá afectando a la estructura (principio fundamental de la osteopatía).

La osteopatía a través de sus principios fundamentales: la unidad del cuerpo humano, las conexiones recíprocas entre estructura y función, las fuerzas de curación y la ley de la arteria brinda una mirada nueva sobre el paciente y la posibilidad de encontrar la salud.

Consideramos también que lo que denominamos consciencia y nuestro cuerpo físico constituyen una continuidad. Sólo cuando esta continuidad espíritu-alma-mente-emoción-cuerpo se alinea armoniosamente la salud se expresa en su estado óptimo.

La creación es un proceso constante y que a cada momento poseemos grandes posibilidades de curación y cambio positivo. Desde la física cuántica el observador puede obtener un rol fundamental en este cambio. Nos podemos imaginar que el osteópata asume este rol.

Manteniendo un diálogo en el aquí y ahora con su paciente, el terapeuta desde el respeto, la presencia, desde el no buscar información sino recibirla, sin prejuicios o preconceptos, estimula a iniciar un proceso según el ritmo propio de cada persona.

En este trabajo se desarrollará una de más de cien patologías reumáticas, considerando las degenerativas e inflamatorias, la artritis reumatoidea. Esta patología afecta generalmente articulaciones diartrodiales de pequeño tamaño de forma simétrica y también articulaciones de gran tamaño de forma asimétrica. Produce destrucción progresiva articular y por lo tanto genera lesión ósea estructural en distintos grados de deformidad e incapacidad funcional.

Su etiopatogenia indica factores genéticos, ambientales, emocionales y nutricionales. Cursa de forma intermitente, remitente o progresiva, siendo esta última la más frecuente.

La inflamación y el dolor alteran la capacidad funcional del paciente y dificultan la realización de multitud de actividades de su vida diaria.

El tratamiento farmacológico está dirigido a controlar la actividad inflamatoria y la progresión de la lesión estructural articular. No es curativo. Puede presentar complicaciones como hepatotoxicidad, infecciones pulmonares, diabetes y cataratas.

Se supone la existencia de una personalidad artrítica presente antes de la aparición de la enfermedad y que predispone a su padecimiento.

La efectividad parcial en aliviar los síntomas ha hecho que se ponga especial atención a terapias alternativas y complementarias en el contexto psicosocial del paciente.

La osteopatía puede ofrecerle al paciente una posibilidad de conectarse consigo mismo, con su cuerpo y su dolor, sus emociones y sus pensamientos.

Basada en la anatomía, embriología y fisiología del cuerpo, la osteopatía es un arte, una ciencia y un tratamiento que se destaca por no utilizar objeto ni remedios como intermediarios en la relación paciente – terapeuta. Invita al contacto con la Presencia que nos habita y a tomar conciencia de ella.

2. Introducción

- **Enfermedades reumáticas**

Se entiende por enfermedades reumáticas a aquellas afecciones que comprometen de forma aguda o crónica al sistema musculoesquelético, es decir, que afectan a los huesos, las articulaciones, los músculos y el tejido conectivo, pero que no son consecuencia de traumatismos recientes. Los síntomas más comunes son el dolor y la inflamación articular. Estas, a su vez, generan diversos grados de discapacidad modificando y deteriorando la calidad de vida del paciente (Fernández, 2008).

Existen más de 100 patologías reumáticas incluyendo condiciones degenerativas, tales como las osteoartritis y condiciones inflamatorias, como la artritis reumatoidea, el lupus eritematoso sistémico, la gota, la esclerodermia, la artritis idiopática juvenil, las espondiloartropatías, entre otras. Si bien algunas pueden presentarse en forma autolimitada y leve generalmente son enfermedades crónicas que causan limitación funcional en la realización de actividades, principalmente de movilidad, así como también restricción en la participación en ámbitos familiares, sociales, laborales o de ocio, desde el marco de referencia conceptual propuesto por la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud.

A causa de su tendencia a incapacitar y a dejar individuos con serios deterioros funcionales, la artritis reumatoidea y otros reumatismos en general pertenecen a aquel grupo de enfermedades que más participación tienen desde el punto de vista de su importancia social y económica. (Mussano, Missakian, Onetti, 2018).

- **¿De qué hablamos cuando nos referimos a la “artritis reumatoidea”?**

En el presente trabajo monográfico se desarrollan las características propias de la artritis reumatoidea. Es una enfermedad inflamatoria del tejido conectivo, de patogenia inmunológica, de causa desconocida y de carácter sistémico, en la que la presencia de sinovitis persistente en las articulaciones predomina como manifestación clínica, con compromiso visceral (Mussano, Missakian, Onetti, 2018).

Habitualmente el patrón de afectación es simétrico y erosivo, afectando a articulaciones diartrodiales de pequeño tamaño, aunque también puede hacerlo en otras de gran tamaño y de forma asimétrica. Produce la destrucción progresiva articular al generar lesión ósea estructural y distintos grados de deformidad e incapacidad funcional. Puede tener también comportamiento extraarticular, dañando diversos órganos y sistemas.

El daño articular, periarticular y extraarticular que se observa en la artritis reumatoidea es debido a la inflamación persistente. Se conocen gran cantidad de enzimas, de origen lisosómico, proteasas neutras y colagenasa sinovial que son capaces de hidrolizar a componentes del tejido conectivo y se ha demostrado que intervienen en la inducción de daño hístico irreversible. Se desconoce la causa que inicia y perpetúa la respuesta inflamatoria pero numerosas pruebas indican que un *mecanismo inmunitario* desempeña un papel importante en la patogénesis (Houssay, 1991).

- **Epidemiología**

Constituye una entidad clínica con elevada frecuencia entre las diferentes poblaciones reumáticas del mundo (Rodríguez Hernández, 2002).

Entre las enfermedades que afectan las articulaciones, sigue en orden de frecuencia a la osteoartritis y se la encuentra en todas las regiones, razas y climas. En dos a cuatro veces más frecuente en el sexo femenino, pudiendo comenzar a cualquier edad, a partir de los 6 meses. Aparece con mayor frecuencia a partir de la 3ª década y en más de la mitad de los casos lo hace entre los 30 y 55 años (Houssay, 1991).

Su prevalencia varía de acuerdo con la población de estudio, pero se encuentra en un rango entre 0,2% y 5% en el mundo (Yannis, A. y Alexandros A.D., 2005) y (Senna E. R. et al, 2004). Se estima que la prevalencia de artritis reumatoidea en la raza caucásica es de aproximadamente el 0,6 % mientras que la incidencia sería de 1 a 3 cada 1000 habitantes por año (Mussano, Missakian, Onetti, 2018).

En Latinoamérica hay estudios de prevalencia realizados en Argentina y en Brasil donde esta ha sido reportada en el 0,9 y el 0,45%, respectivamente. (Scublinsky, D. et al., 2010).

3. Objetivos

1. Dar a conocer información sobre la artritis reumatoidea.
2. Describir consideraciones anatómicas, embriológicas y fisiopatológicas características de la artritis reumatoidea.
3. Referir consideraciones acerca de los aspectos osteopáticos y del aspecto holístico en relación con la artritis reumatoidea.
4. Articular la teoría del abordaje osteopático con la práctica clínica.

4. Etiopatogenia

Entre su etiopatogenia se encuentran implicados factores genéticos, ambientales, emocionales y nutricionales (Fajardo, 2019; Turrión Nieves et al., 2017).

Existen multitud de genes que se han relacionado con la artritis reumatoidea, contribuyendo tanto en la susceptibilidad como en la gravedad de la enfermedad.

Entre los factores ambientales se mencionan por ejemplo infecciones (la enfermedad periodontal, infecciones intestinales y urinarias, etc.), la exposición profesional al sílice, obesidad, factores hormonales, vitamina D y toxinas (GUIPCAR, 2018; Smolen et al., 2016; Turrión Nieves et al., 2017). El tabaco es el factor de riesgo ambiental más consistentemente asociado al desarrollo de artritis reumatoidea. (GUIPCAR, 2018).

Actualmente se reconoce que el desarrollo de la artritis reumatoidea incluye distintas fases:

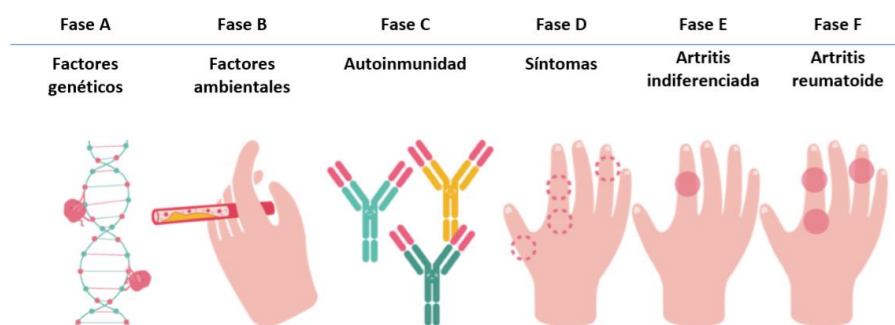


Fig. 1: Fases de desarrollo de la AR (GUIPCAR, 2018)

Las tres primeras son fases preclínicas de la enfermedad, en la cuarta fase hay sintomatología, pero no se detecta inflamación, en la quinta ya es posible detectar la inflamación y es en la sexta fase en la que ya se puede establecer el diagnóstico de artritis reumatoidea (Fig. 1 y 2).

El conocimiento de las fases patogénicas de la enfermedad facilita el tratamiento precoz, que ha demostrado ser uno de los factores más importantes a largo plazo en el contexto del concepto de ventana de oportunidad. El avance del conocimiento de las fases en las que la enfermedad todavía no ha producido manifestaciones clínicas plantea la posibilidad de un tratamiento antes del desarrollo de la misma, que podría suponer la prevención de la enfermedad entendida como evitar su desarrollo en individuos con riesgo.

Es una enfermedad autoinmune, en la que una respuesta inmunológica, dirigida predominantemente frente a la membrana sinovial, da lugar a una reacción inflamatoria que se mantiene en el tiempo y provoca la destrucción secundaria del cartílago y hueso articulares. En la artritis reumatoidea precoz, la membrana sinovial aumenta debido a la hiperplasia e hipertrofia de sus células y comienza a invadir el cartílago. Se forma una extensa red de nuevos vasos sanguíneos en dicha membrana. En la artritis reumatoidea establecida, la membrana sinovial se transforma en un tejido inflamatorio llamado *pannus*, el cual invade y destruye el cartílago de revestimiento articular y el hueso adyacente.

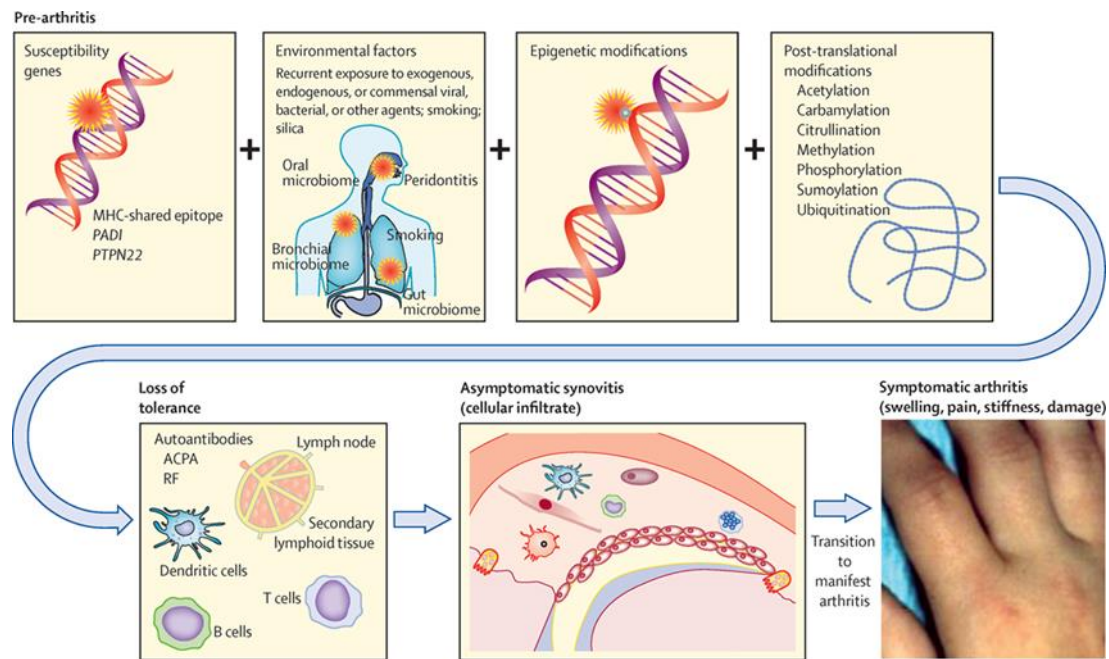


Fig. 2: Fisiopatogenia de la Artritis Reumatoide (Smolen et al., 2016)

La presencia de autoanticuerpos en artritis reumatoidea sugiere que los mecanismos de reconocimiento entre lo propio y lo extraño no funcionan correctamente, pero no está claro si éste fenómeno es la causa o una consecuencia de la inflamación. Asimismo, parece que los mecanismos normales de control del organismo no son suficientes para controlar la artritis reumatoidea.

Barrio Healey (2012) expresa el proceso patológico de la artritis reumatoidea como una guerra interna, es decir, que el sistema inmunológico se vierte contra sí mismo. “*Guerra intestinal* podría ser un nombre bastante apropiado, ya que la inmunidad y los complejos inmunológicos parten del intestino” (Barrio Healey, 2012).

Un concepto que se debe explicar es el “complejo inmunológico”, que se forma de la unión entre anticuerpos formados por el sistema inmunológico y antígenos que circulan en el medio. La palabra antígeno proviene de anticuerpo y de genera. El antígeno es cualquier sustancia que genera anticuerpos. En el complejo inmunológico hay células de tejido humano, mezclado con bacterias, virus, u hongos, todo apelmazado con las coaliciones de anticuerpos y antígenos. Estas masas circulando en el torrente sanguíneo en condiciones normales deben ser retiradas por la acción de los macrófagos en el bazo; de no darse esa limpieza, seguirán circulando hasta quedarse atrapadas en algún tejido: el pulmón, la piel, el riñón o las articulaciones. Al inicio se produce inflamación y daño del tejido; el deterioro progresa hasta generar lo que conocemos como enfermedad autoinmune. Exactamente donde se deposita un complejo inmunológico depende de la naturaleza del antígeno. En el caso de la artritis reumatoidea hay una afinidad con los tejidos articulares. Los complejos inmunológicos pueden formarse por la acción de infecciones persistentes y crónicas, infecciones latentes, recurrentes y no resueltas. Parejamente un estado de tensión emocional descompone la inmunidad, pudiendo abrir la puerta a una infección crónica o crear anticuerpos defectuosos (Barrio Healey, 2012).

La activación de la inmunidad innata o inespecífica es probablemente el proceso inicial de la artritis reumatoidea, seguido por la formación de autoanticuerpos: anticuerpos antiproteínas citrulinadas; factor reumatoide y su presentación antigénica por parte de células presentadoras de antígenos. Estas células migran hacia los órganos linfoides centrales. Una vez allí, las células presentadoras de antígenos presentan una gran variedad de antígenos a las células T, que pueden activar las células B y/o pueden migrar de nuevo a la

membrana sinovial, perpetuando y reactivando el daño. Una vez que el proceso autoinmune se ha establecido, la sinovitis de la artritis reumatoide se organiza como tejido invasivo que puede degradar el cartílago y el hueso (Fig. 2 y 3). Es poco probable que exista un único “antígeno reumatoide”. En su lugar, un amplio espectro de antígenos específicos de la articulación, colágeno de tipo II o antígenos citrulinados no específicos serían los responsables (Turrión Nieves et al., 2017).

Uno de los hallazgos en la histopatología de la artritis reumatoide es la generación de nuevos vasos sanguíneos sinoviales que se acompañan con el trasudado de fluido y la transmigración de linfocitos en la sinovial y de polimorfonucleares al líquido sinovial. A medida que los nuevos vasos se desarrollan, las citoquinas producidas en la membrana sinovial en respuesta al factor de necrosis tumoral activan las células endoteliales, lo que facilita la diapédesis y la extravasación de células en la membrana sinovial. La cascada de citoquinas proinflamatorias reguladas entre sí desempeña un papel clave en la iniciación y perpetuación de la artritis reumatoide, teniendo como resultado un “fenotipo transformado” de las células de revestimiento sinovial (Turrión Nieves et al., 2017).

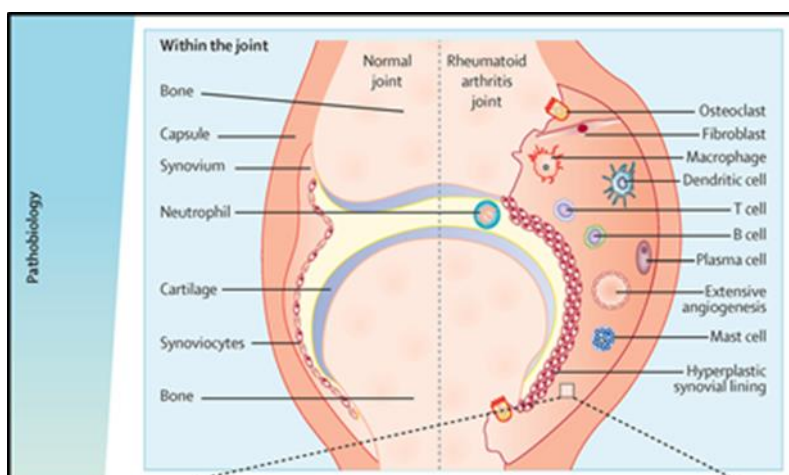


Fig. 3: Articulación sin (a la izquierda) y con Artritis Reumatoide (a la derecha) (Smolen et al., 2016)

Las células inflamatorias son reclutadas a la membrana sinovial por las acciones de las interleuquinas interleuquina-17A, factor de necrosis tumoral, interleuquina-1, interleuquina-6, interleuquina-18, factor de crecimiento endotelial vascular y quimiocinas. Su acción en la membrana sinovial se facilita por mecanismos de inmunidad innata, por el interferón alfa y beta, interleuquina-15 y factor de necrosis tumoral. Las células T realizan su función en presencia de interleuquinas y quimiocinas que inducen la secreción de otras moléculas. Al mismo tiempo, el componente proliferativo/destructivo de la sinovitis se genera por el factor de necrosis tumoral, interleuquina-17, proteínas morfogénicas óseas y factor de crecimiento transformante beta, pudiendo tener también un papel importante sustancias secretadas por los mastocitos. En la formación del pannus (proliferación del tejido sinovial), una proteína de membrana de fibroblastos sinoviales, la cadherina 11, media la organización y la invasión de los sinoviocitos fibroblasto-like en el tejido sinovial, que interviene en la destrucción del cartílago.

En la destrucción de cartílago, hueso y tendones en la artritis reumatoide participan en gran medida las metaloproteasas.

En los lugares en que la artritis reumatoide está activa, hay un desequilibrio dramático de recambio óseo en el que la resorción ósea local es mayor que la formación ósea, dando lugar a las erosiones. Se supone que las

células B juegan un rol importante en el proceso, aunque se desconoce el mecanismo de acción de las células B. Podría relacionarse con la acción patógena de anticuerpos, la producción de citoquinas o la presentación de antígenos.

Los componentes celulares del líquido sinovial reumatoide difieren de los de la membrana sinovial. Los neutrófilos son raramente observados en la sinovial de la artritis reumatoidea, pero son abundantes en el líquido articular de la artritis reumatoidea y hay un predominio de células T CD4 + en el tejido, mientras que las células CD8 + son típicamente más prevalentes en el fluido. Los neutrófilos liberan sustancias al fluido sinovial, pudiendo causar daños, y potencian la inflamación en la membrana sinovial adyacente. La activación del complemento y sus interacciones con complejos inmunes son importantes en la artritis reumatoidea, sobre todo en los derrames sinoviales y en la interfase cartilaginosa.

Los factores adicionales, incluyendo el óxido nítrico, neuropéptidos y metabolitos del ácido araquidónico pueden desempeñar un papel que contribuye a la patogénesis de la artritis reumatoidea.

5. Manifestaciones clínicas

Generalmente tiene un *comienzo insidioso* con dolores músculo-esqueléticos generalizados y de localización imprecisa, acompañados de síntomas constitucionales como febrícula (38º C, 40º C en las formas juveniles de artritis), astenia, fatigabilidad, inapetencia y malestar general. El cuadro inicial simula un proceso infeccioso y los síntomas y signos de sinovitis se instalan en forma lenta y gradual, por lo que el diagnóstico no se sospecha durante las primeras semanas. Con frecuencia el paciente refiere factores precipitantes que relaciona con la aparición de su enfermedad: infecciones, cambios en el ambiente, estados de tensión psicológica o emocional.

Aproximadamente el 75% de los pacientes en los primeros meses presentarán una poliartritis simétrica que compromete tanto a las articulaciones pequeñas como grandes, siendo afectadas manos, muñecas y pies. Cuando el comienzo es mono-articular, la articulación más afectada es la rodilla (50% de los casos) siguiendo en orden de frecuencia, muñecas, tobillos y hombros.

El *dolor* es el síntoma dominante. Es más intenso al despertar y después de períodos de reposo prolongados, que se acompaña de entumecimiento y limitación de la movilidad, que se van atenuando después de mover un tiempo variable la articulación afectada.

La *rigidez matinal* es característica y su intensidad y duración se usan para evaluar el grado de actividad inflamatoria de la enfermedad.

Es común que los pacientes se quejen de sensación de enfriamiento, hipoestesis y parestesias en manos y pies.

Signos físicos

Son variables según la distribución anatómica de las lesiones, la intensidad de la inflamación y la etapa de la enfermedad:

- alteraciones de la postura, de la marcha y dificultades para realizar tareas simples, como sentarse o incorporarse, vestirse, lavarse la cabeza, peinarse
- disminución de la capacidad debido al dolor, rigidez, debilidad muscular o articular
- en pacientes crónicos con actividad física disminuida puede haber obesidad
- la piel suele estar adelgazada, puede haber edema moderado en pies y tobillos
- en el 20% de los pacientes pueden verse y palpase nódulos subcutáneos o periósticos así como en tendones, vainas peritendinosas o bolsas serosas para-articulares: lo más frecuente es en zonas de fricción, sobre todo en codos y antebrazos

5.1 Histología. Anatomía y Embriología

5.1.1 Conceptos histológicos

La artritis reumatoidea es una enfermedad inflamatoria del tejido conectivo, ¿qué características tiene este tejido? Es el tejido de sostén porque forma el “esqueleto” que sostiene otros tejidos y órganos. Como forma una masa coherente entre el sistema de vasos sanguíneos y todos los epitelios, todo intercambio de sustancias

debe realizarse a través del tejido conectivo, por lo cual podría considerarse como formando parte del medio interno del organismo.

Está compuesto por células separadas por cantidades variables de sustancia intercelular, la que se compone de fibras incluidas en una matriz amorfa.

Las *fibras del tejido conectivo* son de tres tipos: fibras *de colágeno*, fibras *reticulares* y fibras *elásticas*. De acuerdo al grado de empaquetamiento de las fibras, se diferencia entre *tejido conectivo laxo* y *tejido conectivo denso*.

A su vez dentro del tejido conectivo denso, se diferencian:

- *el tejido conectivo denso irregular*: en el que las fibras están dispuestas en direcciones no paralelas, por ej. la dermis de la piel y
- *el conectivo denso regular*: en el que las fibras corren paralelas, por ej. en los tendones

Además, existen variantes especiales de tejido conectivo laxo, según el componente predominante:

- *tejido conectivo mucoso*
- *tejido conectivo reticular*
- *tejido adiposo*

Las propiedades de los componentes extracelulares son las que dan a los distintos tipos de tejido conectivo sus características funcionales. Con su resistencia a la tracción y su elasticidad, las fibras son la base de la función mecánica de sostén, mientras que el contenido líquido de la matriz amorfa en el medio de transporte entre la sangre y las células del tejido.

Las *fibras de colágeno* son las más frecuentes del tejido conectivo, su principal función es fortalecer el tejido, como son flexibles permiten cierto movimiento al tejido conectivo y al mismo tiempo tienen gran resistencia a la tracción en sentido longitudinal.

Las *fibras reticulares* son muy delgadas y forman finas redes, en lugar de haces como las de colágeno. Forman un reticulado fino muy relacionado con las células, así rodean a los adipocitos, a las células del músculo liso y se encuentran por debajo del endotelio de los capilares, a los que les da cierta rigidez; además forma el retículo del tejido linfoide y de la médula ósea y rodean las células parenquimatosas de las glándulas; también forman parte de los epitelios en la lámina reticular de la membrana basal.

Las *fibras elásticas* se ramifican y se anastomosan formando una red, son más numerosas y eso las diferencia de las fibras de colágeno. Los tendones y los ligamentos tienen fibras elásticas. Pueden estirarse hasta 150% su longitud original, para retomarla. En grandes cantidades, los órganos consiguen sus propiedades elásticas necesarias.

Todos los espacios entre los elementos figurados del tejido conectivo, fibras y células, están ocupados por un material sin estructura: la matriz amorfa, compuesta por agua, sales, sustancias de bajo peso molecular, proteínas que fundamentalmente son proteoglucanos y glucosaminoglucanos, complejos macromoleculares de proteína y polisacáridos, por ej. el ácido hialurónico que es el más abundante en el tejido conectivo laxo.

La importancia biológica de la matriz amorfa está dada por la cantidad de proteoglucanos y el ácido hialurónico que contiene, porque son los que proveen de la propiedad de gel viscoso semifluido dentro del tejido conectivo laxo. El contenido de la matriz amorfa es secretado por los fibroblastos.

En el tejido conectivo hay distintos tipos de células: algunas son exclusivas o fijas como fibroblastos y adipocitos y células libres o migrantes como los macrófagos, monocitos, linfocitos, células plasmáticas, leucocitos, eosinófilos y mastocitos. Aunque la verdadera célula del tejido conectivo es el fibroblasto.

Las principales funciones del tejido conectivo consisten en dar *sostén mecánico y mitigar fuerzas*, ser el medio para el *intercambio de sustancias* entre la sangre y los tejidos, *ser depósito*, proporcionar *protección* contra los microorganismos invasores y actuar en la *reparación* tras traumatismos.

La función de sostén y de cohesión se debe fundamentalmente al contenido de fibras: las fibras reticulares sostienen los epitelios, forman la lámina reticular en la membrana basal bajo los epitelios y rodean los capilares; las fibras de colágeno ligan los órganos y forman tabiques y cápsulas, contribuyen a atenuar fuerzas, siendo componentes principales de tendones y ligamentos; las fibras elásticas contribuyen a que los tejidos y órganos retomen su forma original tras una deformación mecánica.

El tejido conectivo es el transportador de vasos en el organismo, siendo importante para la nutrición de todas los demás tejidos; todas las sustancias que se intercambian entre la sangre y los tejidos deben difundir a través de la fase acuosa de la matriz amorfa.

Este tejido juega un papel importante en la defensa del organismo contra la enfermedad, a través de la matriz amorfa que representa cierta defensa contra la infección formando una barrera mecánica estructural contra la diseminación de agentes patógenos. La inflamación es esta reacción local de defensa del organismo frente acción lesiva; los mastocitos liberan histamina como reacción al daño tisular, lo cual produce la dilatación de los capilares y vénulas por lo que aumenta el volumen sanguíneo de la zona, como resultado se obtiene un edema local y la migración de leucocitos (fundamentalmente granulocitos neutrófilos) en gran número desde la sangre que atacan a bacterias y otras sustancias extrañas, fagocitándolas y digiriéndolas intracelularmente; además se movilizan macrófagos del tejido conectivo y de la sangre, éstos eliminan las células muertas, bacterias y resto de tejido por fagocitosis.

Una *forma especializada de tejido conectivo* es el *cartílago hialino*, compuesto por células llamadas *condrocitos*, que están aislados en pequeños espacios de la matriz extracelular compuesta por fibras ubicadas en una sustancia fundamental. No contiene vasos ni terminaciones nerviosas, a excepción de las articulaciones y la nutrición de las células se produce por difusión a través de la sustancia fundamental. Puede ser:

- *hialino*, es el más abundante, se lo encuentra en los cartílagos de las costillas (extremos anteriores de las costillas), como parte del esqueleto nasal, en la laringe, en la tráquea, en los bronquios y en las superficies articulares
- *elástico*, forma parte de la epiglotis, en la laringe y en las paredes del conducto auditivo externo y la trompa faringotimpánica
- *fibroso*, es una forma de transición entre los dos anteriores porque está compuesto por una combinación de fibras de colágeno y células cartilaginosas ubicadas en lagunas rodeadas por cantidades variables de matriz hialina, forma los discos intervertebrales, los discos articulares y los meniscos, donde se insertan ligamentos y tendones

Otra *forma especializada de tejido conectivo denso* es el *tejido óseo*, compuesto células llamadas osteoblastos que sintetizan y secretan la matriz ósea, que se calcifica dándole dureza. Funciona como sitios de inserción y sostén del peso para los músculos y da cierta rigidez al organismo, además tiene funciones de protección al rodear con una corza protectora al cerebro y la médula espinal y parte de los órganos del tórax y el abdomen. La verdadera célula es el osteocito y el osteoclasto es la célula que degrada al hueso.

5.1.2 Conceptos anatómicos

Anatómicamente, los puntos donde dos elementos esqueléticos contactan se denominan articulaciones.

En la artritis reumatoidea resultan afectadas las articulaciones diartrodiales o sinoviales de pequeño tamaño, y de gran tamaño.

¿Qué características tienen este tipo de articulaciones? Las articulaciones sinoviales son conexiones entre componentes esqueléticos implicados se encuentran separados por una estrecha cavidad articular; además de incluir una cavidad articular, tienen varios rasgos característicos:

- una *capa de cartílago hialino* cubre las superficies articulares de los elementos esqueléticos, de modo que las superficies óseas no contactan entre sí en forma directa
- presentan una *cápsula articular*, que consiste en:
 - una *membrana sinovial interna*:
 - que se fija a los márgenes de las superficies articulares en la interfase entre el cartílago y el hueso y envuelve la cavidad articular; está altamente vascularizada y produce líquido sinovial, que se acumula en la cavidad articular y proporciona lubricación a las superficies articulares
 - también aparecen sacos cerrados de membrana sinovial fuera de las articulaciones donde forman bolsas sinoviales o vainas tendinosas
 - las bolsas se interponen entre estructuras como tendones y hueso, tendones y articulaciones o piel y hueso y reducen la fricción de una estructura al moverse sobre otra
 - las vainas tendinosas rodean los tendones y también disminuyen la fricción
 - una *membrana fibrosa externa*:
 - formada por tejido conjuntivo denso y rodea y estabiliza la articulación
 - partes de la membrana fibrosa pueden verse engrosadas para formar ligamentos que estabilizan aún más la articulación
 - y ligamentos externos a la cápsula suelen aportar un refuerzo adicional
- dentro del área englobada por la cápsula o membrana sinovial, presentan estructuras adicionales como *discos articulares*, habitualmente compuestos de *fibrocartílago* (que absorben las fuerzas de compresión, ajustan los cambios en el contorno de las superficies articulares durante los movimientos y aumenta el rango de movimientos que se pueden producir en las articulaciones), *almohadillas grasas* (se sitúan entre la membrana sinovial y la cápsula y entran y salen de estas zonas a medida que el contorno articular cambia durante el movimiento) y *tendones*
- las áreas redundantes de membrana sinovial y de membrana fibrosa permiten mayor movilidad en las articulaciones

Las articulaciones sinoviales se describen en virtud de su forma y movimiento:

- según la forma de las superficies articulares, pueden ser planas, en bisagra, en pivote, bicondíleas (dos grupos de puntos de contacto), condíleas (elipsoideas), en silla de montar y esféricas y glenoideas

- según su movimiento, son uniaxiales (movimiento en un plano), biaxiales (movimiento en dos planos) y multiaxiales (movimiento en tres planos)

5.1.3 Desarrollo embriológico del sistema locomotor

A partir del mesodermo paraxial se forman las somitómeras que dan origen al mesénquima de la cabeza y se organiza en somitas en los segmentos occipital y caudal. Cada somita posee un esclerotoma, un miotoma y un dermatoma. Los somitas aumentan de 32 a 45 pares al final de la 5ta semana de gestación.

En las crestas neurales, situadas en la porción lateral del tubo neural, las células se diferencian en neuronas y glía del sistema nervioso periférico, simpático y sensorial, esqueleto, tejido conectivo y músculo liso, condrocitos, osteocitos, melanocitos y células de sostén de las células endócrinas.

El *sistema óseo* se desarrolla a partir del mesénquima que deriva del mesodermo de la cresta neural. La columna vertebral y las costillas de los esclerotomas de los somitas.

El cráneo tiene una porción membranosa, neurocráneo, que forma la bóveda del cráneo y el condrocráneo que forma la base de cráneo.

Al término de la 4ta semana se observan los esbozos de las extremidades en la región ventro-lateral corporal.

El *desarrollo del cartílago* se realiza a partir del esclerotoma, que forma un tejido laxo o tejido conectivo joven y se diferencia en: fibroblastos, condroblastos y osteoblastos.

Existen dos tipos de osificación:

- *intramembranosa*, en la que el mesénquima se diferencia directamente en hueso, es muy vascularizada; las células mesenquimáticas se diferencian en células progenitoras óseas y estas a su vez en osteoblastos
- *endocondral*, que es uno de los procesos en el desarrollo del sistema esquelético del feto y que concluye con la producción de tejido óseo a partir de tejido cartilaginoso

El *desarrollo de las articulaciones sinoviales*, comienza en la 6ta semana. A nivel periférico el mesénquima desaparece entre los huesos, al desaparecer queda constituida la cavidad articular propiamente dicha. En las zonas donde recubre la cápsula fibrosa y las superficies articulares, forma la membrana sinovial.

En el *desarrollo de las articulaciones no sinoviales*, el mesodermo interpuesto entre las piezas óseas se transforma en un tejido fibroso denso, que posee abundantes fibras de colágeno y carece de cavidad sinovial (articulaciones fibrosas) o se condrifica hasta quedar convertido en fibrocartílago o cartílago hialino (articulaciones cartilaginosas).

El *desarrollo del sistema muscular* tiene origen mesodérmico. Los músculos esqueléticos derivan del mesodermo paraxial que incluye los somitas que dan origen a los músculos del esqueleto axial, la pared corporal y las extremidades. Los somitómeros dan origen a los músculos de la cabeza.

Hasta la 5ta semana cada miotoma está dividido en una porción que es el epímero innervado por un ramo primario dorsal y otro ventral que es el hipómero.

El conectivo de las somitas, el mesodermo somático y la cresta neural forman los músculos de la región cefálica.

La mayoría de los músculos lisos y músculo cardíaco derivan de la hoja esplácnica del mesodermo.

El desarrollo de las extremidades se realiza a partir de la ubicación de los esbozos, la yema del miembro es una masa de células mesodérmicas cubiertas por una capa de ectodermo. Los músculos de las extremidades se desarrollan a partir de células precursoras miógenas en las yemas. La cresta apical ectodérmica está presente en la yema de los futuros pies manos; tienen forma de aleta, luego se produce la apoptosis celular para definir la individualidad de los dedos.

5.2 Articulaciones afectadas

En el 75% de los pacientes en los primeros meses se establece una poliartritis simétrica que compromete tanto a articulaciones pequeñas como grandes, siendo frecuente la afectación de manos, muñecas y pies.

Las siguientes fotos muestran las manos de nuestros pacientes con artritis reumatoidea. Se puede distinguir diferentes grados de afectación.





La artritis reumatoidea puede manifestarse con signos de inflamación en una o dos articulaciones durante un período prolongado.

Cuando el comienzo es mono u oligo-articular, es decir con inflamación en una o en menos de cuatro articulaciones, se afecta la rodilla, en un 50%, siguiendo en orden de frecuencia muñecas, tobillos y hombros.

Los signos clásicos de la inflamación sobre: tumefacción, dolor, rubor y calor. El dolor a la palpación y con los movimientos indica la presencia de sinovitis: poniendo una mano sobre la articulación cuando se le pide movilidad de la misma, se detecta una crepitación fina cuando hay una proliferación sinovial y crujidos cuando hay destrucción del cartílago articular. Hay un aumento de la temperatura cutánea a nivel de las articulaciones afectadas.

Las deformidades articulares ocurren a consecuencia de la inflamación crónica y persistente. Contribuyen distintos factores:

- atrofia de los músculos extensores y contracción de los flexores
- destrucción de ligamentos, cápsula articular y tendones
- pérdida de cartílago y erosión del hueso subcondral
- acción de las líneas de fuerza asociadas a la función de la articulación afectada y el peso corporal

El examen de las articulaciones periféricas permite reconocer la presencia de inflamación, deformación y/o limitación de la movilidad.

En la primera etapa es frecuente observar tumefacción simétrica distal en los miembros superiores. Después de algunas semanas se distingue un mayor engrosamiento a nivel de las articulaciones inter-falángicas proximales, que le dan a los dedos un aspecto fusiforme y también tumefacción en metacarpo-falángicas y muñecas. La palpación permite reconocer si la tumefacción articular se debe a una proliferación ósea o a hinchazón de partes blandas. El aumento del líquido sinovial se reconoce detectando fluctuación cuando se presiona sobre una articulación, manteniendo los dedos del observador sobre ambos lados de la misma.

En la etapa crónica de la enfermedad se observa en algunas articulaciones subluxación de las carillas articulares y laxitud ligamentosa que produce inestabilidad; otras progresan hacia una pérdida total de la movilidad con anquilosis fibrosa u ósea.

Las deformidades características de la artritis reumatoidea:

- en las manos se observa subluxación a nivel de las metacarpo-falángicas con “desviación cubital de los dedos”

- también es común la desviación en “cuello de cisne”, que consiste en una hiperextensión a nivel de las inter-falángicas proximales, coincidiendo con una subluxación palmar de las metacarpo-falángicas y flexión de las inter-falángicas distales
- a nivel de la muñeca suele verse una luxación o subluxación palmar del carpo tomando un aspecto “en dorso de tenedor”

Las deformaciones más incapacitantes son las de los miembros inferiores:

- cuando hay un compromiso de coxo-femorales hay una limitación de abducción, extensión y rotación y el muslo adopta una postura en semiflexión, aducción y rotación externa
- en la rodilla, es frecuente en flexión y puede haber subluxación de los platillos tibiales
- cuando pies y tobillos son afectados, se observa el pie en pronación, aplanamiento de los arcos plantares y subluxación dorsal de los dedos a nivel de las metatarso-falángicas, con flexión permanente de los mismos

5.3 Manifestaciones extraarticulares

Las manifestaciones extraarticulares son frecuentes en la artritis reumatoidea y ayudan al diagnóstico. *Las expresiones clínicas de vasculitis necrotizante* (neuropatía periférica, úlceras crónicas, gangrena digital y más raramente arteritis visceral) y las *lesiones asociadas con granulomas diseminados* (cardíacos, pulmonares, en la esclerótica o la duramadre) se encuentran invariablemente en la *artritis reumatoidea clásica, severa y de larga evolución*. En la mayoría de los pacientes, los estudios revelan elevada concentración de factor reumático.

Es posible hallar diversas manifestaciones en distintos tipos de tejidos y estructuras: cutáneas, tendinosas, musculares, oculares, linfoides, respiratorias, cardíacas, gastrointestinales, nerviosas:

a) manifestaciones cutáneas

-los *nódulos reumatoideos* son un hallazgo de valor diagnóstico significativo, pero se encuentran solo en un 25-30% de los pacientes afectados

-son lesiones nodulares de consistencia firme situadas frecuentemente en el tejido celular subcutáneo pero también se encuentran en estructuras conectivas más profundas como periostio, vainas tendinosas o tendones; generalmente aparecen en zonas sujetas a roce, presión o traumas repetidos, como el área subolecraneana del codo, las tuberosidades isquiáticas, el tendón de Aquiles y las zonas escapulares de la espalda y en casos avanzados, en manos y pies

-las *úlceras crónicas*, maleolares o en el tercio inferior de la pierna son comunes y de difícil manejo; pudiendo presentarse luego de traumatismos mínimos y están favorecidas por el edema crónico en pacientes incapacitados y por la presencia de venulitis e isquemia arterial

b) manifestaciones en tendones y vainas sinoviales

-es frecuente la inflamación de tendones, vainas sinoviales y bolsas serosas

-la tendinitis o tenosinovitis puede ser difusa o localizada, con formación de nódulos, afectando con mayor frecuencia a los tendones flexores de las manos y es común en el pulgar; se observa tumefacción, dolor a la presión y sensación de crepitación con los movimientos

-en lesiones crónicas hay bloqueo del dedo en flexión, con dificultad para extenderlo nuevamente sin ayuda: dedo en gatillo; se debe a la inflamación y fibrosis de la vaina con estrechamiento o a un nódulo reumatoideo de la vaina o del tendón que restringe movilidad

c) manifestaciones musculares

-es común la atrofia muscular por desuso y puede haber una miopatía asociada al uso prolongado de esteroides; sin embargo se ha descrito una miopatía intersticial leve detectable por electromiografía en pacientes que no recibían esteroides

d) manifestaciones oculares

-se observa con frecuencia *queratoconjuntivitis sicca* caracterizada por sequedad ocular (xeroftalmía), conjuntivitis recurrente y queratitis o ulceraciones de córnea, ésta puede perforarse con riesgo para la visión

-la xeroftalmia junto con la xerostomía (sequedad bucal por inflamación y atrofia de glándulas salivales) y una enfermedad del tejido conectivo son los componentes del síndrome de Sjörgren

-en pacientes con enfermedad grave y de larga duración puede observarse *escleritis o epiescleritis*; los hallazgos histopatológicos en la escleritis son semejantes a los de los nódulos reumatoideos con grados variables de necrosis fibrinoide e infiltración por células inflamatorias

-la *escleromalacia perforante* es una forma de escleritis necrotizante que se caracteriza porque los síntomas inflamatorios son mínimos o ausentes

e) manifestaciones en el sistema linfóide

-se encuentran *adenopatías* con alteraciones histológicas inespecíficas y puede haber esplenomegalia

-el *síndrome de Felty* consiste en poliartritis reumatoidea con esplenomegalia y leucopenia

f) manifestaciones respiratorias

-son comunes las lesiones del pulmón y la pleura; pueden desarrollarse *nódulos reumatoideos en la pleura y/o en el parénquima*, generalmente asociados a altas concentraciones de factor reumatoideo, pudiendo ser únicos o múltiples, su imagen radiológica es similar a la de los tumores primitivos o metastásicos, que algunas veces persisten sin cambios, otras se agrandan en forma lenta y progresiva, se cavitan o desaparecen espontáneamente

-la *enfermedad pulmonar reumatoidea* se caracteriza por *fibrosis intersticial difusa*, más prominentes en las bases pulmonares, se asocia a una disminución de la función respiratoria, puede haber disnea, tos, esputos; en la progresión se observa en la radiografía una imagen en panal de abejas, con formaciones quísticas y fibrosis

-la *enfermedad pleural* es frecuente con efusiones pleurales asintomáticas o engrosamiento residual de la pleura; el líquido pleural es exudativo, con proteínas y células aumentadas con la glucosa disminuida; el factor reumático es positivo

g) manifestaciones cardíacas

-son frecuentes los hallazgos de lesiones cardíacas en las necropsias (cardiopatías isquémicas e infartos de miocardio, vasculitis de las coronarias) pero las manifestaciones clínicas son raras

-la pericarditis generalmente es asintomática, algunas veces produce dolor precordial, atribuido a inflamación de las articulaciones condro-esternales, detectándose derrames, engrosamientos o nódulos pericárdicos

-se encontraron trastornos de conducción debido a granulomas reumatoideos con miocardiopatías difusas

-se encontraron nódulos reumatoideos en las válvulas cardíacas

h) manifestaciones gastrointestinales

-pueden encontrarse *lesiones isquémicas* del intestino, estómago, vesícula biliar o páncreas cuando se complica con vasculitis necrotizante; se manifiestan con dolor abdominal acompañado de náuseas, vómitos, diarrea, llegando a una perforación visceral

-la *arteritis mesentérica* conduce a trombosis e infarto intestinales

-es común la *úlcera péptica* y se la relaciona con la ingesta de agentes terapéuticos irritantes del tracto gastrointestinal

i) manifestaciones en el sistema nervioso, pueden encontrarse lesiones por diferentes causas

-neuropatías por atrapamiento, debidas a la compresión de troncos nerviosos, por ej. síndrome de túnel carpiano

-síndromes radiculares secundarios a lesiones de columna cervical, siendo la subluxación de occípito-atloidea causa de muerte súbita

-neuropatías periféricas con manifestaciones sensitivas y/o motoras, que se presentan como una mononeuritis múltiple

j) manifestaciones renales

-pueden encontrarse alteraciones funcionales y nefropatía intersticial que se atribuyen al uso de analgésicos y antiinflamatorios no esteroides

5.4 Evolución de la AR y complicaciones

Su evolución es característicamente a la de una sinovitis poliarticular simétrica erosiva, de curso comúnmente progresivo, que va hacia la destrucción del cartílago y del hueso, dando como resultado deformidad y reducción de la capacidad funcional que llega incluso a la invalidez. Este daño articular, evidentemente relacionado con la sinovitis, se inicia desde las primeras etapas de la enfermedad y la lesión anatómica es paralela en su evolución hacia la limitación funcional. El comienzo de la artritis suele ser insidioso. La afectación musculoesquelética con el dolor de ritmo inflamatorio es el síntoma principal, la rigidez articular matutina es característica. Las articulaciones metacarpo-falángicas y las articulaciones inter-falángicas, los carpos y las articulaciones metacarpo-falángicas suelen ser las primeras articulaciones que se inflaman de forma simétrica en ambas manos o pies.

En ocasiones se inicia la artritis con un cuadro que copia a la polimialgia reumática. En otras, la forma de inicio es como reumatismo palindrómico, con episodios de artritis migratoria de escasos días de duración que cambia de localización y cede espontáneamente o con antiinflamatorios no esteroides que habitualmente

presentan brotes de inflamación cada vez más frecuentes y lesivos. Pueden iniciarse como artritis mono-articular (habitualmente es de una articulación grande) y se van sumando otras articulaciones en el tiempo, desarrollando formas oligo-articulares y formas poli-articulares.

Pueden existir varios *patrones de inicio* de la enfermedad:

- I. *patrón lento e insidioso* (50-70%), la enfermedad se desarrolla en semanas o meses con inflamación articular aditiva, añadiéndose nuevas articulaciones a las ya inflamadas, la rigidez matutina suele ser el primer síntoma
- II. *patrón agudo* (8-15%)
- III. *patrón intermedio* (15-20%)

Según el *curso evolutivo* de la enfermedad se describen 3 patrones del mismo:

- I. *curso intermitente* (15-20%), con periodos de remisión parcial o total pero en cada episodio sucesivo de inflamación va aumentando el número de articulaciones inflamadas
- II. *curso remitente* (10%), con periodos de remisión de la enfermedad prolongados
- III. *curso progresivo* (65-70%), el más frecuente con afectación aditiva de articulaciones; una proporción elevada de pacientes desarrolla limitaciones funcionales y la mitad de todos ellos pierde capacidad de trabajo dentro de los primeros diez años de evolución de la enfermedad, con importantes consecuencias socioeconómicas mayores, que se añaden al problema de salud como tal, e influyen en la calidad de vida

Los estudios de mortalidad muestran que las causas de muerte en pacientes con artritis reumatoidea son similares a las de la población general, pero aparecen a una edad más temprana, posiblemente por tratarse de una enfermedad crónica con afectación sistémica y por los efectos adversos de los fármacos (Delgado Domínguez, 2016).

Las causas de muerte según Turrión Nieves et al. (2017) en la artritis reumatoidea son: en primer lugar, las enfermedades cardiovasculares (42%); en segundo lugar, los procesos infecciosos (9%); en tercer lugar, las enfermedades renales (8%); en cuarto lugar, las enfermedades pulmonares (7%) y por último las enfermedades gastrointestinales (4%). Pueden ser debidas a la progresión de la artritis reumatoidea, a circunstancias concurrentes o a toxicidad de los fármacos utilizados en el tratamiento. Así puede ocurrir que, si el tratamiento es poco efectivo y no se sigue un control estricto de la actividad, el paciente presente como complicación secuelas que funcionalmente limiten la acción de las articulaciones y estructuras afectadas. En el polo opuesto podremos encontrar que pacientes con inmunosupresión intensa sufran como complicaciones infecciones oportunistas.

En cuanto a las complicaciones y/o secuelas debidas a la propia enfermedad a nivel de cada articulación, se ha expuesto con anterioridad en las manifestaciones clínicas articulares.

Especial interés presenta la afectación atloaxoidea, ya que la clínica de este proceso avanzado es una tetraparesia lentamente progresiva o episodios de disfunción medular con compromiso de las arterias vertebrales; la inestabilidad a nivel de esta articulación puede llevar a casos fatales en los que un traumatismo no necesariamente de mucha intensidad conlleve una sección medular. La osteoporosis debida a la propia enfermedad y a otros factores concomitantes predispone a la presencia de fracturas espontáneas o con traumatismos de bajo impacto, considerándose pues una complicación asociada.

Las complicaciones debidas a la toxicidad o a la inmunosupresión de los fármacos se tratan en el capítulo siguiente.

La inflamación y el dolor, alteran la capacidad funcional del paciente y por lo tanto, dificultan la realización de multitud de actividades de su vida diaria tanto de tipo laboral, de ocio como de relaciones sociales. Unas de las áreas más afectadas suelen darse en el ámbito de familiar y de pareja, tanto por el continuo cuidado que un paciente puede llegar a requerir con el tiempo, como en otras áreas relacionadas debido a un mal afrontamiento de la enfermedad o en relación a las alteraciones sexuales en la vida de pareja (dolor, rigidez articular, disminución de la libido, cansancio, etc.) (Delgado-Domínguez, 2016).

Existe una gran repercusión socio-económica asociada a la artritis reumatoidea por diversos motivos: la edad de inicio de la enfermedad, la inflamación y el dolor articular lo cual tiene un gran impacto en la vida laboral de las personas. El impacto económico de esta enfermedad se refleja tanto en los costes directos (uso de los servicios de salud, medicamentos, ayudas técnicas y adaptación del hogar e incluso institucionalización en caso necesario), como en los costes indirectos (pérdida de productividad por incapacidad temporal, permanente o muerte prematura). Existen estudios en los que se ha encontrado que la media de gasto anual de pacientes diagnosticados de artritis reumatoidea era dos o tres veces más alta con respecto a población general (Delgado-Domínguez, 2016).

6. Diagnóstico, tratamiento farmacológico y sus complicaciones

6.1 Diagnóstico

El diagnóstico de la artritis reumatoidea se basa en datos clínicos, analíticos y radiográficos, estos últimos son útiles en la artritis establecida, no en la artritis reumatoidea de diagnóstico precoz. La historia clínica deberá ser exhaustiva e incluir antecedentes familiares y personales, incluyendo historia de tabaquismo, datos socio-demográficos, la historia previa y evolución de la enfermedad actual y los tratamientos realizados. No hay una prueba única que sirva para diagnosticar artritis reumatoidea.

El diagnóstico de la artritis reumatoidea en las fases iniciales es uno de los pilares del control de la enfermedad, por lo tanto, ante la presencia de una “artritis de reciente comienzo” se recomienda un abordaje sistemático y bien planificado (Nies et al., 2014). Es por tal motivo que en la actualidad se está empleando ampliamente los denominados criterios de clasificación EULAR/ACR 2010 para diagnosticar artritis reumatoidea y permitir una intervención temprana eficaz (tabla 1 y figura 4).

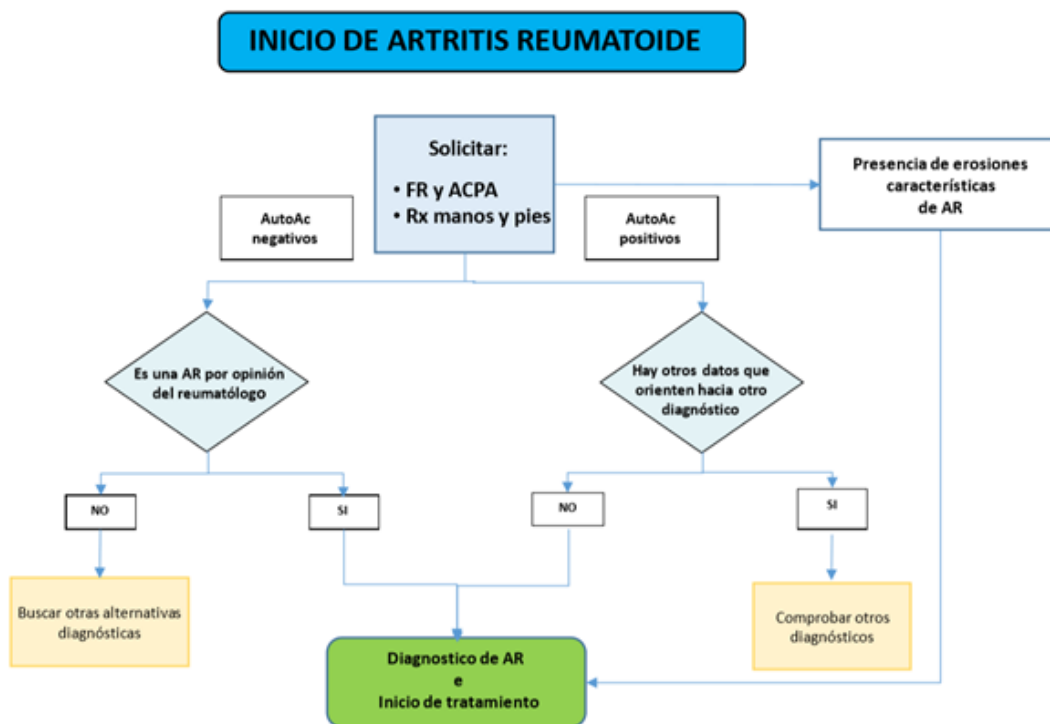
Los pacientes que cumplen criterios clínicos de artritis reumatoidea suelen ser sumamente heterogénea y se utilizan sobre todo la presencia de anticuerpos como el anticuerpo anti péptidos citrulinados y factor reumático para poder diferenciar estos grupos. Ambos anticuerpos además del valor diagnóstico tienen valor pronóstico evolutivo, ya que se asocia a enfermedad más grave, con más extensión del compromiso articular, mayor destrucción y mayor discapacidad (GUIPCAR, 2018). El factor reumático es un anticuerpo de la sangre, que se encuentra aproximadamente en el 80% de los pacientes con artritis reumatoidea en el tiempo, pero en tan solo un 30% al inicio de la artritis. Los anticuerpos contra péptidos cíclicos citrulinados se encuentran en el 60% a 70% de los pacientes con artritis reumatoidea (GUIPCAR, 2018).

Tabla 1: Criterios diagnósticos de clasificación ACR/ EULAR 2010. Un paciente será clasificado de artritis reumatoidea si la suma total es igual o superior a 6.

Afectación articular	
Una articulación grande afectada	0
2-10 articulaciones grandes afectadas	1
1-3 articulaciones pequeñas afectadas	2
4-10 articulaciones pequeñas afectadas	3
Más de 10 articulaciones pequeñas afectadas	5
Serología	
FR y ACCP negativos	0
FR y/o ACCP positivos bajos (< 3 veces la normalidad)	2
FR y/o ACCP positivos altos (> 3 veces la normalidad)	3
Reactantes de fase aguda	
VSG y PCR normales	0
VSG y PCR elevados	1
Duración	
Menos de 6 semanas	0
Seis semanas o más	1
Conjunto de variables y puntuación de cada una de ellas para el cómputo global. Un paciente será clasificado de AR si la suma total es igual o superior a 6. ACCP: anticuerpos antipéptidos citrulinados; FR: factor reumatoide; PCR: proteína C reactiva; VSG: velocidad de sedimentación globular.	

También se pueden encontrar los anticuerpos en personas que no presentan síntomas clínicos de la artritis reumatoidea. El factor reumático puede aparecer en personas mayores sanas pero a títulos bajos, y en pacientes con otras patologías como el lupus, las infecciones crónicas y las neoplasias. Es más frecuente encontrar factor reumático en sangre de personas sanas que anticuerpos anti péptidos citrulinados.

Fig. 4: Algoritmo de diagnóstico de la artritis reumatoide (AR: Artritis reumatoide, FR: Factor reumatoide, ACPA=ACCP: anticuerpos anti péptidos citrulinados) (Guipcar, 2018)



Diagnóstico diferencial

Se debe realizar fundamentalmente con otras enfermedades que causan poliartritis, monoartritis u oligoartritis entre ellas las infecciones virales y otras enfermedades reumáticas sistémicas son de especial importancia.

6.2 Tratamiento farmacológico y complicaciones

El tratamiento de la artritis reumatoidea actual está dirigido a controlar todas las manifestaciones y consecuencias de la enfermedad incluyendo el control la actividad inflamatoria, evitar la progresión de la lesión estructural articular y prevenir la invalidez de los pacientes y las co-morbilidades de la misma. Para lograr estos objetivos, el abordaje terapéutico ha sufrido una profunda transformación en los últimos años. El mensaje principal es conseguir la remisión de la enfermedad o al menos una actividad inflamatoria mínima. Es imprescindible identificar y tratar a los pacientes de manera precoz, para el control de la inflamación, permitiendo prevenir la destrucción articular y la discapacidad. Existe un periodo ventana o tiempo oportuno

de algunos meses durante el cual, si el paciente es tratado correcta y adecuadamente, puede mejorar la evolución de la enfermedad a largo plazo (Nies et al., 2014). El tratamiento farmacológico no es curativo.

Actualmente se dispone de diferentes fármacos, dentro de los cuales se encuentran los antiinflamatorios no esteroideos, los glucocorticoides intra-articulares u orales en dosis bajas y los fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos y biológicos. La elección del tratamiento debe ser individualizada y depende de muchos factores como son: la duración de la enfermedad, la gravedad, la existencia de factores de mal pronóstico, la respuesta a tratamientos previos, las preferencias del paciente, etc. (Movasat Hajkhan, 2017).

Los fármacos modificadores de la enfermedad son un grupo heterogéneo de compuestos con diferentes mecanismos de acción y toxicidades que se utilizan en la artritis reumatoidea para detener la inflamación y evitar los desenlaces de la enfermedad en todos los aspectos. El metotrexato es el fármaco modificador de la enfermedad que se utiliza de forma más generalizada en el tratamiento de la misma. Durante mucho tiempo se usaron fármacos modificadores de la enfermedad en el control de los signos y síntomas de la artritis reumatoidea sin tener certeza sobre el mecanismo de acción de muchos de ellos. El desarrollo y aprobación de fármacos biológicos y de fármacos sintéticos dirigidos contra dianas específicas ha complementado los fármacos modificadores de la enfermedad con compuestos que bloquean, selectivamente o con alta especificidad, diferentes componentes de la respuesta inmunitaria.

Actualmente, los fármacos modificadores de la enfermedad están separados en dos grandes categorías:

- *fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos*: medicamentos que primero fueron sintetizados con otros fines y posteriormente se descubrió su actividad anti reumática
- *fármacos modificadores de la enfermedad biológicos*: fármacos desarrollados para dirigirse a moléculas específicas, como una proteína soluble o un receptor de superficie celular; incluye a todos los compuestos biológicos originales y a sus biosimilares

De una manera simplista, se podría resumir la estrategia actual del tratamiento de la artritis reumatoidea según el siguiente esquema: introducción precoz (en el mismo momento de realizado el diagnóstico) de un fármaco modificador de la enfermedad, con preferencia el metotrexato, por su aparente mejor perfil de eficacia/toxicidad, aunque con un competidor directo como la leflunomida y, en caso de ineficacia, la siguiente escala terapéutica a considerar sería la introducción de los tratamientos biológicos dirigidos contra el TNF- α como infliximab o etanercept (Movasat Hajkhan, 2017).

Según estudios científicos, el tratamiento temprano con fármaco modificador de la enfermedad puede lograr mejores tasas de respuesta clínica y evitar daño estructural articular (GUIPCAR, 2018). Existen controversias sobre el tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad biológicos por su eficacia y costes (Benucci et al., 2016).

La figura 5 muestra el algoritmo actualmente recomendado por la Sociedad Española de Reumatología (GUIPCAR, 2018).

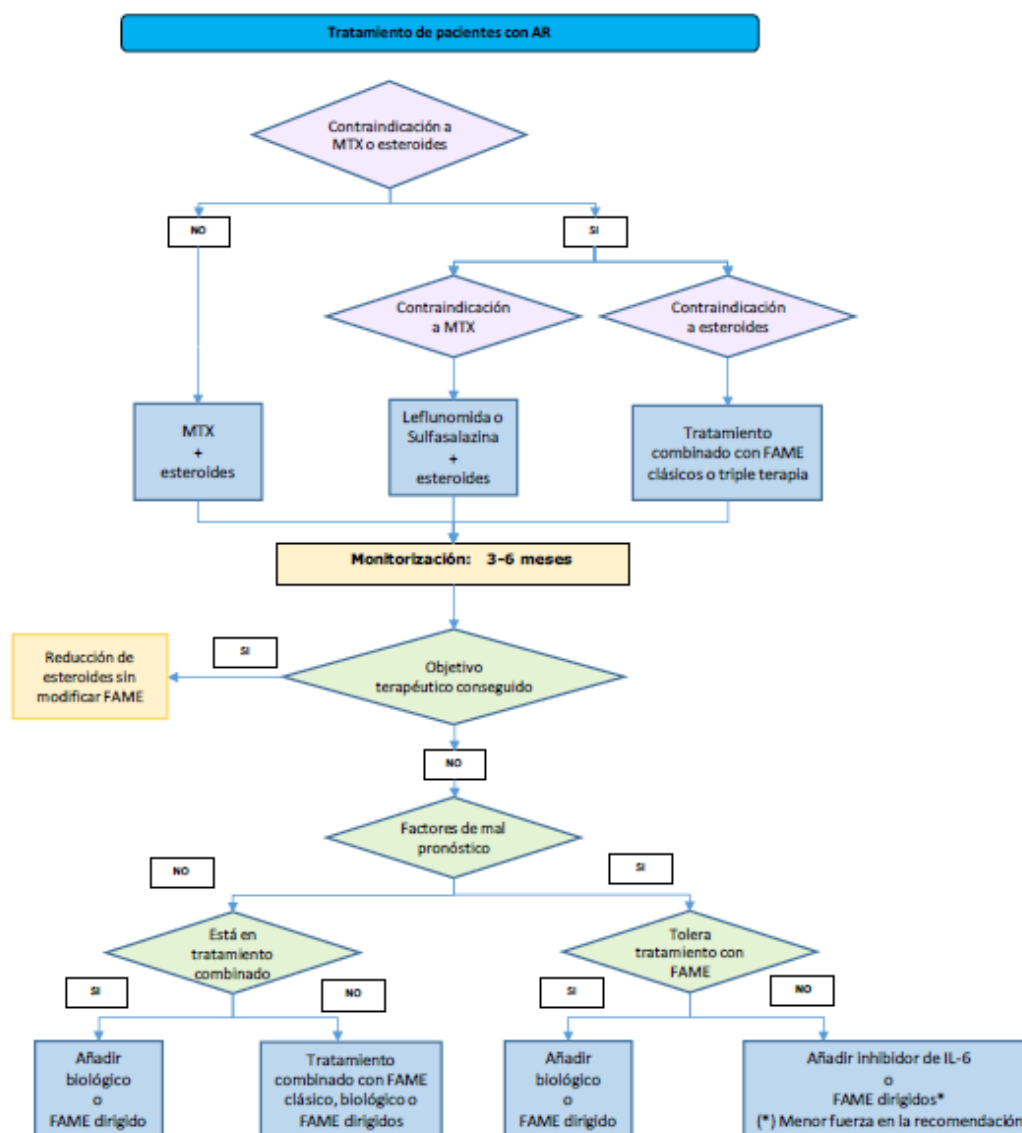


Fig. 5: Algoritmo de tratamiento de la artritis reumatoide (GUIPCAR, 2018)

Las complicaciones del tratamiento farmacológico se deben a la toxicidad propia de los antiinflamatorios no esteroides o fármacos modificadores de la enfermedad o a la inmunosupresión. Entre ellos se encuentra la hepatotoxicidad e infecciones pulmonares por fármacos modificadores de la enfermedad, descompensación de la diabetes mellitus por esteroides, desarrollo precoz de cataratas y pérdida de masa ósea por estos fármacos (Nieves Turrión, 2017). No existe evidencia científica de que los pacientes con artritis reumatoidea presenten un aumento de incidencia de tumores como complicación de la artritis reumatoidea.

7. Características psicológicas del paciente con reuma

Aunque la posible influencia de factores psicológicos en el curso de la artritis reumatoidea fue reconocida ya a principios de siglo, la investigación psicológica en esta área no se inició hasta que Alexander (1950) incluyó esta patología como uno de los siete desórdenes psicosomáticos más importantes (Redondo y Miguel-Tobal, 2001). Surgieron entonces un gran número de investigaciones que centraron sus esfuerzos en la búsqueda de rasgos de personalidad específicos en la población de pacientes con artritis reumatoidea con la hipótesis que existía una personalidad artrítica presente antes de la aparición de la enfermedad y que predisponía al individuo a su padecimiento (Redondo y Miguel-Tobal, 2001). Esta hipótesis es muy cuestionada.

“El perfil psicológico es bien conocido, ya que la medicina psicosomática estudia a este tipo de pacientes desde hace medio siglo. Hasta ahora, todos los investigadores coinciden en que “los pacientes poliartríticos suelen ser muy meticulosos y perfeccionistas y presentan un rasgo masoquista-depresivo con gran espíritu de sacrificio y deseo de ayudar, unido a una actitud ultramoralista y una propensión a la melancolía (Brautigam)”. Estas características denotan rigidez y terquedad, indican que se trata de personas inflexibles e inmovilistas. Esta inmovilidad interior se compensa con la práctica del deporte y una gran actividad corporal que, en realidad, sólo pretende disimular (mecanismo de defensa) la instintiva rigidez y son restrictivos en su expresión de emociones e incapaces de expresar sentimientos de ira.

Una revisión de los estudios científicos realizados permite señalar que existe un patrón de emocionalidad negativa en pacientes con artritis reumatoidea, caracterizado por una marcada sintomatología depresiva y ansiosa, superior en ambos casos a la experimentada por la población normal, así como altos niveles en la experiencia de ira, que se expresan preferentemente de forma interna (Redondo y Miguel-Tobal, 2001).

“El reumático no puede realizar sus agresiones o no las reprimiría y bloquearía, pero, puesto que existen, producen en él un fuerte sentimiento de culpabilidad que se traduce en generosidad y abnegación. Se produce una peculiar combinación de altruismo y deseo de dominio del otro que ya Alejandro Magno definió acertadamente como “benévola tiranía”. Habitualmente, la enfermedad se manifiesta cuando, en virtud de un cambio de vida, se pierde la posibilidad de compensar los sentimientos de culpabilidad por medio del servicio. También el abanico de los más frecuentes síntomas secundarios muestra la importancia capital de la hostilidad reprimida, son ante todo dolencias de estómago e intestinos, síntomas cardíacos, frigidez e impotencia, acompañadas de angustia y depresión. La poliartritis afecta casi al doble de mujeres que de hombres y es que las mujeres tienen más dificultades para asumir conscientemente sus impulsos agresivos.”

El conflicto tendrá que ver con culpa, “crítica hacia sí mismo y hacia los demás”: las personas que padecen artritis suelen ser muy críticas con ellas mismas y sobre todo con los demás; también tienen tendencia en quedarse en lo negativo y se trata de personas que no se sienten amadas enfrentando un “conflicto de desvalorización. Respecto de su profesión, enfrentan un “conflicto de ira y rabia”. Y será durante la fase de reparación de la desvalorización que aparece la artritis, entonces con ese dolor la persona podría podemos desvalorizarnos de nuevo, con lo cual la recidiva es el destino forzoso, inexcusable e ineludible.

La singularidad psíquica acompañante que se manifiesta por definición en las personas alcanzadas por una enfermedad auto-inmune son la (o las) idea(s) obsesiva(s) a la(s) cual(es) se pueden considerar casi como patognomónicas.

Estas enfermedades aparecen casi siempre en personalidades con un YO fuertemente marcado, que buscan absolutamente trazar su propio camino en la vida. Estas personas quieren desmarcarse de caminos

supuestamente trillados, pero no pueden lograrlo en su totalidad porque se lo impiden sus propias obsesiones, a veces muy conservadoras.

8. Aspectos holísticos

“Con los años, nuestros cuerpos se convierten en autobiografías andantes que cuentan a propios y extraños las tensiones mayores y menores de nuestras vidas”
Marilyn Ferguson

El holismo es un concepto creado en el año 1926 por Jan Christiaan Smuts que describió como “la tendencia de la naturaleza de usar una evolución creativa para formar un todo que es mayor que la suma de sus partes”.

Holístico deriva del griego holos, que significa “completo, entero”. Las terapias holísticas son todas aquellas terapias alternativas y terapias complementarias en las que se busca estimular el poder de sanación natural del organismo, considerando al ser humano como una unidad del cuerpo, mente y espíritu, en virtud de lo cual se trata al paciente en su conjunto, en su totalidad, como una unidad a diferencia de la medicina tradicional que se ocupa únicamente de la parte física, sin contemplar que lo que pasa en el cuerpo repercute a la mente y viceversa, sin contemplar las afecciones del alma y las emociones.

Conversando con la profesora de música Violeta Hemsy de Gainza, Gerda Alexander, creadora de la Eutonía, le confesaba que “a los 16 años, después de varios ataques de fiebre reumática, contraí endocarditis, los médicos me prohibieron realizar todo tipo de movimientos; no podía ni siquiera vestirme sola; tuve que aprender a moverme utilizando un mínimo de energía y a descansar antes de estar fatigada; era imposible, que llegara a ser bailarina pero mi profundo interés por el movimiento me dio la fuerza necesaria para finalizar mis estudios como profesora de rítmica Dalcroze en Alemania y trabajar posteriormente en la enseñanza del movimiento y la música, a pesar de la afirmación unánime de los cardiólogos suecos, dinamarqueses y alemanes que me habían tratado, en el sentido que si sobrevivía, nunca podría realizar ningún trabajo” (Hemsy de Gainza, 1996).

Desde el enfoque holístico, y cómo muestra la experiencia de Gerda Alexander, toda enfermedad es una propuesta de cambio. Involucra a la persona en los tres niveles: Físico-Mental-Emocional.

8.1 Algunos conceptos

Para entrar en la temática, se desarrollan brevemente algunos conceptos generales sobre el dolor, la inflamación y el sistema inmunológico, la enfermedad autoinmune y la cronicidad.

¿De qué hablamos cuando nos referimos al “dolor”?

El dolor es uno de los fenómenos más comunes en la vida de las personas. Es una sensación en la que entran en juego varios componentes sensoriales, emocionales, cognitivos y comportamentales. Tradicionalmente ha sido evaluado desde una perspectiva biomédica que conceptualiza el dolor como un síntoma subyacente a la actividad de la enfermedad. Esta perspectiva hace hincapié, por ejemplo, en la inflamación y el daño articular que causa el dolor en la artritis reumatoidea. Sin embargo, las observaciones clínicas revelan varias limitaciones de este modelo biomédico: pacientes con un mismo nivel de daño articular informan de una manera diferente el dolor percibido, pacientes con un mismo nivel de actividad de la enfermedad pueden responder de manera muy diferente a un mismo tratamiento (Delgado Domínguez, 2016).

Está claro, que el dolor no puede ser visto únicamente desde la perspectiva biomédica, sino desde enfoques integrados. Hernández Xumet (2008) lo expresa en la siguiente manera: “Debemos decir que es un fenómeno dinámico que no sólo está sujeto a unos caminos o vías neurológicas, sino que depende de muchos factores y variables que se encargan de dar una singularidad a ese fenómeno y que es característica de cada persona; podríamos decir que existen tantos tipos de dolor como sujetos capaces de presentarlo”. La tabla 2 muestra diferentes modelos científicos de dolor y las perspectivas psicológicas.

Tabla 2: Modelos de dolor y perspectivas psicológicas (modificado de Delgado Domínguez, 2016)

Modelos de dolor

- Modelo biomédico: el dolor es el resultado de la actividad de la enfermedad subyacente.
- Teoría de la puerta de control: el dolor es influenciado por centros neurales cerebrales responsables de las cogniciones y emociones.
- Teoría de la neuromatrix: el dolor es el resultado de la síntesis y procesamiento de la información proveniente de una amplia red de neuronas.

Perspectivas psicológicas sobre el dolor

- Modelo cognitivo-conductual: factores cognitivos, emocionales y conductuales pueden influenciar el dolor.
- Perspectiva de la emoción y el estrés: el aumento del estrés y la emoción puede influenciar el dolor.

El dolor es un mecanismo que, a modo de alarma, trata de preparar a las personas para huir o accionar ante una amenaza que es capaz de lesionar su integridad o pudiera hacerlo (Hernández Xumet, 2009). Es un mecanismo que funciona muy bien a corto plazo ya que una vez encontrada y solucionada la causa o amenaza, el dolor no persiste. Muestra al paciente un bloqueo estructural o energético de causas múltiples en su cuerpo. Le obliga a sentir lo que sucede en el cuerpo. Es una oportunidad para conectarse con sí mismo a nivel álmico y volverse consciente (Fajardo, 2019).

La inflamación y el sistema inmunológico

La inflamación es una “respuesta protectora de los tejidos del organismo ante una irritación o lesión, que se caracteriza por sus cuatro signos cardinales: enrojecimiento (rubor), calor, tumefacción (tumor) y dolor, acompañados de impotencia funcional. Es un proceso mediado por histamina, quininas y otras sustancias” (Diccionario Médico, Universidad de Navarra). Es un proceso que implica un enorme gasto de energía metabólico. El cuerpo se defiende contra agentes físicos, químicos (ej. toxinas), vivos (bacterias, virus, parásitos, etc.), traumatismos, alteraciones vasculares. Es decir, la inflamación es una respuesta natural del cuerpo de defensa para alcanzar nuevamente la homeostasis.

En una visión holística, el sistema inmunológico está íntimamente relacionado con estados emocionales. En la psiconeuroinmunología se ha descubierto mecanismos por los que la mente puede influir en el cuerpo. Existen sistemas de comunicación entre los sistemas nervioso, hormonal e inmunitario que vinculan los estados psicológicos con la activación de respuestas a la enfermedad. Estos mecanismos traducen la experiencia psicológica en función fisiológica. El funcionamiento de la respuesta inmunitaria puede someterse a intensas influencias cerebrales mediante la liberación de hormonas y neurotransmisores.

En consecuencia, las emociones pueden influir directamente en la respuesta inmunológica ante un agresor o viceversa inducir una respuesta sin un agresor “externo”. Fajardo (2019) describe que un profundo dolor en la existencia puede reducir la defensa de modo dramático. “El sistema inmunitario responde a los sentimientos y al conjunto de mis pensamientos, sean estos positivos o negativos. Así, todos mis pensamientos de ira, amargura, odio y resentimiento tendrán tendencia a debilitar mi sistema inmunitario” (Fajardo, 2019).

¿Qué es una enfermedad autoinmune?

Según el diccionario médico es una situación anómala en la que el organismo reacciona contra los elementos constituyentes de sus propios tejidos (Universidad de Navarra).

Según lo mencionado anteriormente, la enfermedad autoinmune puede estar en íntima relación con los estados emocionales. ¿Por qué el organismo reacciona contra los propios tejidos? Según Fajardo (2019) las respuestas se encuentran en el sistema emocional y en la forma de sentir, crear y gestionarlas: existe un rechazo interno contra sí mismo. El sentido biológico básico es una desvalorización profunda: “he sido atacado y no he podido defenderme”.

Desde la visión de la antroposofía se puede decir, que las enfermedades autoinmunes están relacionadas con un conflicto de orden físico, psíquico y espiritual con el mundo de sus antepasados (Fintelman, 2002).

En el curso de esta enfermedad el paciente debe intentar reconciliarse con el mundo de sus antepasados y los seres que han marcado su evolución, en la medida que no se trate de negarlos ni destruirlos pura y sencillamente, sino de integrar los alcances suministrados por esos seres en su propia vida. Ello implica ante todo diálogo, trabajo biográfico e igualmente vida espiritual.

¿De qué hablamos cuándo nos referimos a la cronicidad?

En medicina, se llama enfermedad crónica a las afecciones de larga duración y por lo general, de progresión lenta. Es un cierto estado de equilibrio entre la capacidad agresiva y defensiva del organismo.

“Con los años, nuestros cuerpos se convierten en autobiografías andantes que cuentan a propios y extraños las tensiones mayores y menores de nuestras vidas” (Ferguson, M. en Kern, 2013). Es decir, los tejidos tienen memoria y acumulan traumas físicos, emocionales, mentales si no se resuelven. La acumulación de toxicidad en los tejidos puede producir gran variedad de enfermedades degenerativas como artritis (Kern, 2013). Según Fajardo (2019) la palabra clave para entender el proceso de cronificación es “mantener”. Por lo tanto, una inflamación que no siga su curso temporal natural, lo hace porque el proceso no pasa a fase cicatricial, ya sea porque la persona sigue manteniendo conflictos o no pasa a la acción. El camino de curación requiere un proceso personal interno y tomar consciencia del conflicto o los conflictos emocionales, físicos o mentales.

Los conflictos emocionales y mentales en la artritis reumatoidea

Como se detalló en el punto 7, la artritis se da en personas que son muy duras consigo mismas, persona que no se detienen a sentir lo que les gusta, como también son muy reticentes a pedir lo que necesitan, pero esperan que el otros reconozcan y actúen en función de su necesidad. La gravedad de la enfermedad estará indicada por el grado de afectación emocional, mental y espiritual existente.

Según la zona afectada por la artritis, será indicador de que área de su vida está afectada. Esto dará la posibilidad de modificar acciones, ejemplo si es en las manos, revisar qué acciones ejecuta, de qué manera lo hace, respeta pausas, peso, tensión, fuerza, tono muscular de la zona afectada. Acostumbrarse a pedir ayuda y no esperar que los demás adivinen. Entender que las emociones acumuladas pueden llegar a paralizarnos de la misma manera que lo hace la artritis.

A nivel mental, las personas afectadas de artritis deberán observar porque les cuesta pedir ayuda. Revisar porque no se creen merecedores. En muchos aspectos, es porque tienen miedo a parecer egoístas al darse el permiso de decir “no” cuando así lo sienten. Las acciones a realizar, intentar hacerlas desde el placer y sin rumiar críticas que lo lleven a la desvalorización personal.

El rol de los sistemas de creencias y la espiritualidad

Cuando una enfermedad crónica causa depresión y ansiedad, esto empeora la condición médica del paciente. Este no se siente motivado o dispuesto a hacer uso de los recursos que tiene disponible. “Las investigaciones han demostrado que las personas pueden articular un entendimiento claro de su relación con un *poder superior* pueden enfrentar mejor la enfermedad y la adversidad” (Rev. Renato Santos, 2018).

Si la persona puede integrar sus creencias y recursos espirituales en su vida diaria puede entonces utilizar estos conocimientos para mejorar y enfrentar las crisis para su crecimiento. Así el reencuentro con el sentido de plenitud, paz interior y serenidad nos contacta con el *verdadero ser*.

8.2 Órganos implicados en las enfermedades autoinmunes desde una visión holística

- **Sobre el bazo**

Desde la visión antroposófica, el bazo es un órgano que alberga en su seno un segmento de la identidad de la persona, resultado de los procesos de identificación que suceden a lo largo de la vida (Grecco y Noriega).

En el mismo, se fabrica y retiene sangre y linfocitos, así como también son resguardadas las fijaciones biográficas producto de nuestros vínculos.

Como consecuencia de un mal desarrollo, este órgano producirá un funcionamiento obsesivo de la memoria, logrando que la persona no pueda avanzar hacia ninguna dirección, ideas y experiencias se convierten en un estorbo mental.

Los principales síntomas reflejados serán la pérdida de adaptación necesaria para reaccionar ante una situación, abandonando modalidades de conducta inadecuadas. La persona pierde la capacidad de creatividad, repitiendo conductas pasadas.

Por lo tanto, se puede pensar que el bazo permite aprender e incorporar moldes útiles para responder a las demandas cotidianas.

El bazo se contrae y se dilata para enviar sangre al sistema circulatorio, duplicando su tamaño para lo mismo. Permite el almacenamiento de hierro reservando energías, protege y rige al sistema linfático, guía nuestros

sentimientos de confianza por lo que la falta de la misma lo afectan severamente, así como la afecciones del mismo las debilitan.

Junto con el páncreas se oponen al hígado-vesícula biliar, ya que, mientras estos sufren la pérdida, ellos retienen, imposibilitando el disfrute disponible.

Juega el rol de coordinador en las principales tareas del sistema linfático, tales como la acción inmunitaria, la reabsorción de líquidos y la acción depuradora.

La seguridad tiene que ver con el carácter, la falta de ella afectara los huesos los cuales representan en el cuerpo lo que es el carácter en el alma, así como la confianza con la protección. En términos corporales la seguridad es la certidumbre cerebral y la confianza visceral del bazo.

Se relaciona además con el timo y el hipotálamo, encargándose de la producción y mantenimiento de las células inmunitarias presentes en la sangre y del equilibrio sanguíneo.

En la medicina China se explica que el bazo *“transporta y transforma”* porque recibe las sustancias líquidas y sólidas para transformarlas en nutrientes, que es *“ascenso de lo puro”* porque permite llevarla energía de los alimentos hacia el pulmón, mientras que el aspecto sutil es llevado al estómago donde junto al bazo producirán la digestión, que interviene en el *“control y producción de la sangre”*, porque la producción de sangre es fruto de su función de transformación mientras que su energía tiene la cualidad de mantener la sangre en los vasos, evitando las hemorragias.

La conducta del hombre estará determinada por el siguiente trígono: el corazón vive en el presente, empuja y expande, el hígado en el futuro, si el bazo está afectado será esclavo del pasado, y la nostalgia, pero si este está bien, nos focaliza en el presente.

Cuando el bazo está equilibrado, la persona podrá pensar y registrar información eficaz, evitando así, contrarrestar su salud.

La nostalgia del bazo es la que arroja su ancla en el pasado, sin poder ver el aquí y ahora. Un bazo enfermo dará diferentes sintomatologías tales como: abombamiento, insomnio, diarreas, anorexia, pesadez en los miembros superiores e inferiores, adelgazamiento, sueño agitado, palpitaciones, vértigo, y el estancamiento de los sistemas.

La orientación mental la persistencia y la perspectiva psicológica por el cual el hombre mira el mundo están dadas por el bazo.

El bazo mantiene el equilibrio entre lo propio y lo ajeno, entre lo diferente y lo semejante, pero si éste es demasiado móvil o fijo y no se adapta, dará como resultado una patología inmunitaria entre otras disfunciones.

Los chinos señalan que la energía del bazo estaba referida a un aspecto lógico, en cambio la del corazón es más emocional. Esto no implica disociar el sentir del reflexionar, el corazón del bazo. Si esto ocurriese la persona se vuelve impulsiva y no reflexiona sobre lo que sus emociones le hacen vivir.

“Las cualidades de estos dos órganos manifestándose armónicamente, en cambio, muestran equilibrio, balance junto con expresividad y calor. Poner corazón en el bazo y bazo en el corazón, de esto es lo que se trata para intentar develar el misterio del bazo. El bazo es hijo del corazón en la tradición china y esto puede significar, entre otras cosas, que el sentir precede al pensar, que la experiencia a la reflexión y que el dar al tomar.”

- **Sobre el timo**

Paracelso llamó médico interno a esa sabia inteligencia que nos guía desde adentro y que tiene su cuartel general en la glándula timo. El, no solo inicia, organiza y dirige la defensa de nuestro cuerpo, sino que es el que ordena que suba la temperatura para que se quemen las toxinas y sus soldados puedan ganar la batalla. El es también el centro de formación de las células de defensa y de las sustancias activas más importantes (Kantor, 1999).

8.3 Relato de una entrevista

“Una vez que recibimos el tema a tratar “artritis reumatoidea”, con mis compañeras organizamos la distribución de temas a tratar y esto me llevo a investigar. Comencé con la lectura de distintos artículos, pero hubo uno que retuvo mi atención muy en especial: *La Psicología de las Personas que sufren Artritis Reumatoidea*. Al encontrarme con esta información pude relacionarla con un ser querido que tengo muy cerquita y que sufre artritis; es una tía que a la fecha tiene 86 años y le diagnosticaron la enfermedad a los 60 años. Ahora ella se da cuenta que le comenzó más o menos a los 40 años. Un día voy a visitarla y comenzamos a conversar sobre el tema. Me cuenta los médicos que recorrió hasta dar con quien la diagnóstico y todos los remedios que tomó para calmar sus dolores, ahora dice que es como que no son tan fuertes o que se acostumbró a ellos y toma menos medicamentos.

El conocimiento que me había dado la lectura de las características psicología de las personas con artritis la conversación se fue dando desde otro lugar. Hasta que llegué a preguntarle si en su vida había algo que la había hecho sentirse desvalorizada, su rostro me sorprendió y me dijo: ¡pero claro que sí!! Le pregunté cuál era el motivo... ella no pudo tener hijos, es la menor de 10 hermanos de los cuales fueron 7 mujeres y 3 varones. Sus hermanas todas fecundas y que tuvieron varios hijos. Me cuenta que este fue un sentimiento que la hizo sentir inferior y siempre se desvalorizó, lloró mucho esto, se enojó, se amargó, y hasta permitió que su marido también la desvalorizaba. Esto dejo de sentirlo tan intenso cuando le llegó el tiempo de la menopausia donde dejó de añorar. Otra característica que tiene muy presente aún hoy con su edad, es la rigurosidad y metodicidad con la que toma las diferentes actividades de la vida diaria, tales como horarios para mandados (siempre por la mañana) lo mismo el horario para el almuerzo y la cena, la toma de los medicamentos que deberán ser rigurosamente ingeridos en horario y cantidad exacta, lo mismo con la fechas de vencimiento de diversos productos el pago de las facturas de servicios antes del primer vencimiento, demostrando con ello un alto grado de perfeccionismo.

Agradezco el tema que se nos asignó, tengo otra mirada para con ella y también para mí misma. Lo que mi tía sintió y vivió coincide totalmente con las características psicológicas de las personas que padecen artritis reumatoidea.

A continuación dos fotos de las manos de mi tía:



8.4 Abordajes holísticos

El impedimento de curación de la artritis reumatoidea con tratamientos farmacológicos, así como la efectividad parcial de aliviar los síntomas, ha hecho que se ponga especial atención a “terapias complementarias y alternativas” y el contexto psicosocial del paciente. El objetivo de estas terapias es el individuo en su totalidad y los síntomas no son más que manifestaciones del desequilibrio del mismo.

Se ha descrito efectos positivos de la Fitoterapia, Homeopatía, Osteopatía, Acupuntura, Masaje Terapéutico, Ayuno terapéutico y otros en las enfermedades reumáticas. En este apartado solamente se presenta la alimentación como tratamiento complementario y el ayuno terapéutico. La osteopatía se presenta en el ítem nueve.

a) Alimentación

En el camino para afrontar esta enfermedad se pueden consumir alimentos inmunosupresores e inmunomoduladores. La terapia clásica para la artritis empieza con los inmunosupresores: la cortisona y el metotrexato, siendo éste un medicamento para leucemia, aniquila los leucocitos. Aunque inicialmente muy efectivos, un consumo prolongado de cualquiera de estos remedios trae severas consecuencias. ¿Existen inmunosupresores naturales? El primer inmunosupresor que se puede incluir en la dieta es la semilla de girasol, el aceite de girasol y ajonjolí. Estudios de la Universidad de Oxford han encontrado un poderoso efecto inmunosupresor del girasol, natural, libre de las secuelas de la cortisona o el metotrexato; este efecto se le atribuye al aceite omega 6, razón por la que debe evitarse en los casos de cáncer, pero puede consumirse cuando deseamos inmunosupresión. Otro aceite importante es el de linaza (Dra. Budwig), como lubricante articular el omega 3 reduce la inflamación y el dolor. Un buen desayuno podría ser: papilla de linaza con frutas y semillas de girasol y ajonjolí. Hay evidencia científica que demuestra que tanto el omega 3 como el 6 tienen la propiedad de neutralizar la cascada inflamatoria del ácido araquidónico, que es uno de los mecanismos más estudiados en procesos inflamatorios. Buscando detener esta cascada inflamatoria, la farmacología ha creado numerosos antiinflamatorios no esteroideos. Sin embargo, el mismo propósito se obtiene con el consumo de ácidos grasos esenciales (Barrio Healey, 2012).

Para la inflamación, además se puede usar la cúrcuma, que tiene un amplio espectro de usos y beneficios, es un virtuoso remedio antiinflamatorio articular, clínicamente ha sido comparada con un fármaco: el antiinflamatorio no esteroide llamado fenilbutazona. La cúrcuma contiene curcuminoides que reducen la inflamación por diversos mecanismos; también inhibe las enzimas ciclogenasas y lipooxigenadas, al actuar

como poderoso antiinflamatorio no esteroide; tiene capacidad de neutralizar radicales libres (Barrio Healey, 2012).

Una vez controlada la inflamación se necesita detener la degradación del tejido; debido a la pérdida del colágeno, en las articulaciones se roza hueso con hueso, de modo que se debe incluir en la dieta alimentos generadores de colágeno: el metionil sulfonil metano, la glucosamina, la condroitina, el sílice vegetal y la niacinamida. Para estimular a los condrocitos a producir cartílago, se dispone del sílice y la fuente más abundante es la “cola de caballo” micro-pulverizada, que se combina con hoja de coca, que es positiva para la artritis y la osteoporosis: media cucharada de harina de coca con media cucharada de harina de cola de caballo, en una infusión de agua caliente.

Otra manera efectiva de combatir la inflamación es caminar descalzo sobre la tierra, porque baña en electrones y las llamas de la inflamación se van extinguiendo paso a paso. El reto es dormir sobre un acama que esté conectada a tierra y usar zapatos que permitan el flujo de electrones. Además, los baños de sol también desinflan. La Vitamina D3 es un potente antiinflamatorio; tiene relación con los huesos; entre otras cosas ayuda con la densidad ósea. El cuerpo humano tiene treinta mil genes y el 30 % de estos son regulados por la Vitamina D, que es una sustancia inmunomoduladora, pues se han encontrado receptores de Vitamina D en las células del sistema inmune (Barrio Healey, 2012).

Los alimentos positivos para la artritis son:

- oleaginosas con omega 3, linaza, chía
- oleaginosas con omega 6, girasol, ajonjolí
- pescado de agua fría: atún, caballa, bonito
- verduras orgánicas
- cereales libres de gluten, quinoa, kiwicha
- cúrcuma, coca, canela

Los alimentos a evitar en la artritis:

- leche y sus derivados
- trigo y sus derivados
- grasas hidrogenadas, margarinas
- azúcares refinados
- aceites de cocina comerciales y refinados (reemplazar por aceite de palma y coco)
- carne de animales alimentados con alimento balanceado y hormonas
- embutidos y carnes procesadas
- grasas trans

b) El ayuno terapéutico

El ayuno voluntario, con restricción de la ingesta de alimentos sólidos, se practica en todo el mundo por motivos tradicionales, culturales o religiosos. Asimismo, cada día aparecen más estudios de su eficacia terapéutica en el tratamiento de enfermedades (Saz-Peiró y Saz-Tejero, 2015).

En Alemania es una práctica común y es interesante mencionar, que uno de los pioneros del ayuno terapéutico, el médico Otto Buchinger, cuando estaba participando en la marina en la primera guerra mundial en 1916 sufrió de una enfermedad reumática en las articulaciones. Los tratamientos convencionales no arrojaron los resultados deseados y el realizó un ayuno de tres semanas. Los dolores articulares desaparecieron y el desarrolló un método de ayuno y fundó varias clínicas.

Muchos estudios comprobaron la eficacia del ayuno en la disminución de la sintomatología aguda de la artritis reumatoide y la mejoría general y analítica de una mayoría de casos, pero en varios de ellos hubo empeoramiento y recaída al comenzar a comer o durante los primeros tiempos de ingesta (Saz-Peiró y Saz-Tejero, 2015; Michalsen y Stange, 2015; Kuhn, 1988). Es de destacar, que existen diferentes trabajos que demuestran que, practicando un ayuno de 7 a 10 días seguido de una dieta vegetariana durante un año, los pacientes mejoraron y mantuvieron la mejoría durante el año de control.

Los efectos del ayuno se pueden explicar tomando en cuenta que no se consumen ciertos ácidos grasos que favorecen las inflamaciones, como el ácido araquidónico de carnes, productos lácteos y embutidos. Así se consigue un alivio de los trastornos inflamatorios en las articulaciones, que se deshinchon rápidamente en pocos días y pueden moverse nuevamente. Se suma el efecto desintoxicante y purificador del ayuno. El efecto general de alivio del dolor de la restricción calórica es frecuente y se ha asociado con cambios en el sistema opioide endógeno.

Estos resultados señalan que un abordaje integral en la artritis reumatoidea es necesaria y que el ayuno y la dieta son un complemento muy útil para el tratamiento de la artritis reumatoide.

9. Osteopatía

“El cuerpo es la farmacia de Dios. En él se encuentran todos los líquidos, como los medicamentos, los aceites hidratantes, los opiáceos, los ácidos, las bases y todas las sustancias curativas que la sabiduría de Dios consideró necesarias para mantener la salud y la felicidad del hombre.”

Dr. Andrew Taylor Still

9.1 El abordaje osteopático

El abordaje osteopático contempla a la persona en su globalidad. Tiene en cuenta los aspectos físicos, emocionales, mentales, espirituales en relación con su entorno, su historia y su sistema de creencias. La osteopatía es un concepto holístico, comprende al paciente en su totalidad.

El objetivo de este abordaje es permitirle al cuerpo su normalización usando sus propias fuerzas de autorregulación y autocuración, la homeostasis biológica. Cuando estas fuerzas no pueden expresarse, el terapeuta ofrece al paciente una escucha de los tejidos y estructuras, “sin hacer nada”, estando presente, ofrece un acompañamiento, un estímulo manual, ofrece una introspección, una mayor conexión con sí mismo, una posibilidad de recuperar la salud. Viola Fryman decía que “un paciente entero necesita un médico entero”.

Manteniendo un diálogo en el aquí y ahora con su paciente, el terapeuta desde el respeto, la presencia, desde el no buscar información sino recibirla, sin prejuicios o preconceptos, estimula a iniciar un proceso según el ritmo propio de cada persona.

El diálogo requiere de dos personas: la disponibilidad del terapeuta, su atención y su presencia neutral, el desarrollo de la confianza caracterizan al espacio terapéutico. El osteópata ofrece al paciente con artritis la posibilidad de tomar consciencia del tema de defensa y reconectarse con si mismo. Siguiendo esta línea de pensamiento, nos preguntamos ¿qué significa “la consciencia”? Es “Algo” que nos llega a la mente desde el alma (matriz, luz, dios, orden divino, coherente y cohesivo de todos los elementos del universo...). Puede llegar a la mente desde la luz por lo físico, lo emocional, lo mental mismo o una composición de todos ellos. En este sentido es que el osteópata puede ayudar a la conexión, siendo un fulcrum y al mismo tiempo un observador, que desde la física cuántica, a través de su “observación presente” estaría cambiando la “realidad”, con lo cual permitiría al paciente tomar consciencia.

“Lo que denominamos consciencia y nuestro cuerpo físico son una continuidad. Sólo cuando esta continuidad mente-emoción-cuerpo se alinea armoniosamente es cuando el “Aliento de Vida” se manifiesta de manera equilibrada e integrada, dando como resultado una salud óptima” (Kern, 2013). El terapeuta puede facilitar la conexión con las fuerzas esenciales de salud inherentes de cada persona.

Según la física cuántica, la intención restringe las posibilidades y permanece en la materia, es decir lo físico. Si el observador está enfocado en el electrón, observa la partícula (Dispenza, 2013). En consecuencia, podemos decir que si el terapeuta trabaja sin intenciones se abre al “mar de posibilidades” y la “partícula desaparece”. Por lo tanto, observando sin intenciones al paciente con artritis reumatoidea, ¡todo es posible! Pudiéndose disolver todos tipos de traumas emocionales, físicos y mentales. Kern (2013) enfatiza que la creación es un proceso constante y que a cada momento poseemos grandes posibilidades de curación y cambio positivo.

Es importante tener en cuenta la anatomía, la fisiología, la embriología pues los que verdaderamente saben son los tejidos que guardan la historia en su interior. La osteopatía invita al organismo a despertar esas memorias para integrarlas amorosamente.

La percepción es prioridad en osteopatía, el terapeuta trabaja con las manos para evaluar, diagnosticar y tratar, escuchando el MRP (movimiento respiratorio primario) que es propio de la osteopatía, en todas las estructuras. Se define como Movimiento porque tiene ritmo, como Respiratorio porque este movimiento infla y desinfla y como Primario porque se considera anterior a cualquier otro sistema. Tiene dos fases de 3 segundos de duración cada una, la expansión y la retracción; el ritmo del MRP que expresa la salud es de 8 a 12 ciclos por minuto, por debajo de 8 y/o por arriba de 12 ciclos no se considera fisiológico.

Lesión osteopática es una restricción o pérdida de la movilidad y/o motilidad del tejido, órgano, hueso, articulación y/o restricción en la fluctuación y circulación de los líquidos del cuerpo.

Se considera a la salud y a la enfermedad como un proceso dinámico donde el estado de salud incluye a la enfermedad y los síntomas son posibilidades de aprendizaje.

9.2 El diagnóstico osteopático

El diagnóstico es fundamental para realizar un tratamiento adecuado respetando la individualidad, el ritmo y el proceso del paciente.

Para arribar al diagnóstico se consideran los siguientes ítems:

a) Anamnesis

Es una instancia que le ofrece al paciente la posibilidad de una toma de conciencia a través de un diálogo cordial y respetuoso.

Se interroga al paciente acerca de su historia y los síntomas que presenta, antecedentes traumatológicos, intervenciones quirúrgicas, alergias, características de cómo fue su nacimiento, sistema respiratorio, circulatorio, endócrino, digestivo, génito-urinario, nervioso y estado emocional, situación personal. También se explora sobre el tipo, la intensidad, el momento de aparición y circunstancias en que el dolor o molestia aparecen.

Para el abordaje de la artritis reumatoidea, elaboramos un cuestionario específico que se presenta a continuación:

¿Cuántas articulaciones están afectadas? y ¿cuáles son?

¿En qué momento de su vida recibió su diagnóstico? ¿Cómo era su contexto social, familiar, laboral, etc.?

¿Cómo le impactó/afectó ese diagnóstico?

¿Cuando apareció el primer síntoma?

¿En qué momento del día aparece el dolor?

¿Siente dolor mientras duerme?

¿Cuándo se mueve, el dolor aumenta?

¿Hay antecedentes en su familia?

¿Fumó alguna vez?

¿Hubo algún evento traumático en su vida? ¿Podría relacionarlo con alguna crisis de dolor?

¿Cómo fue y es su estado físico-mental-emocional en el transcurso de la enfermedad?

¿Padece actualmente alguna situación de estrés emocional?

¿Tuvo alguna infección viral? ¿Qué edad tenía en ese momento?

¿Qué otras afecciones padeció: fiebre, eritemas en la piel, cardio-pulmonares, convulsiones, parestias, etc.?

¿Tiene pérdida del peso?

¿Tiene pérdida de la masa muscular?

¿Puede expresar sus emociones?

¿Cómo definiría su personalidad: tímido, alegre, triste, agresivo, autoexigente, tolerante, habla de sus emociones, etc.?

¿Qué hace con el enojo? ¿Cómo lo descarga?

¿Practica deportes/gimnasia/actividad física y en qué frecuencia? ¿Desde qué edad?

¿Practica alguna técnica que lo lleve a su centro? meditar, rezar, escuchar mantras, respiración, etc.

Dolor: 1 a 10

Limitación de la movilidad: 1 a 10

Limitaciones para realizar actividades habituales: 1 a 10

b) Observación

Con el paciente de pie, observamos la totalidad del cuerpo, la relación entre las esferas craneal, torácica y pélvica en una vista frontal, lateral y posterior. El osteópata interactúa con una mirada terapéutica respetuosa y sin interpretación.

Si bien la observación no indica acerca del estado de salud de la persona, orienta acerca de las líneas de descarga de peso, simetrías y asimetrías.

c) Test

Se pueden aplicar distintos tipos de test:

Test mecánicos

I. de posición

-apoyando las manos sobre la estructura, se hace la pregunta no verbal acerca de su posición: desplazamiento céfalo-caudal (inclinación), ántero-posterior (rotación) y/ o flexo-extensión

II. de movilidad

-de pulgares ascendentes en ilíacos y en sacro

-de samba

-de vértebras

-de rebote de columna: ántero-posterior y lateral

Test sensorial

Puede ser a nivel global, regional y local. A través del contacto suave con la estructura se escucha el MRP. Se espera que se presente la información sin buscarla, haciendo preguntas no verbales acerca de la posición, la densidad, la tensión y la vitalidad.

Test de diferenciación

Proporciona la información necesaria para acceder a la causa, facilitando un tratamiento más efectivo y preciso. Es la última instancia evaluatoria antes de iniciar el tratamiento. Se utiliza cuando dos o más estructuras resultan llamativas en el diagnóstico.

Se ubica la mano 1 del terapeuta sobre una de las estructuras con baja vitalidad y la mano 2 en la otra estructura llamativa y se espera; la estructura que primero demuestra vitalidad indica el síntoma y la que continúa con falta de vitalidad será la posible causa del desequilibrio.

9.3 El tratamiento osteopático

*"El CV4 es un tratamiento fantástico para la artritis reumatoidea...
Rearma la capacidad vital de estar vivos y sentirse bien..."*
Rollin Becker

Se realiza de acuerdo a las zonas llamativas por su baja vitalidad. Hay distintos tipos de tratamiento:

I. TOG:

Con el tratamiento osteopático general se puede tratar una estructura esquelética o visceral; conecta con la resiliencia o capacidad de rebote del tejido, permite resolver restricciones de la movilidad y densidad del tejido; siendo útil para aumentar la vitalidad y conectar con la conciencia del paciente en esa zona.

El terapeuta realiza una puesta en tensión para facilitar el diálogo con el tejido, busca la restricción y realiza un movimiento suave de bombeo respetándola, hasta que sucede un pequeño cambio. El paciente no se mueve, está quieto.

II. Miofascial:

Se realiza acompañando a la estructura hacia la facilidad teniendo en cuenta los parámetros de movimiento, usando palancas respiratorias y/o mecánicas; favorece la toma de conciencia del paciente. El paciente y el terapeuta se mueven.

III. Sensorial:

Se realiza a través del contacto con una estructura. Se desarrolla fundamentalmente en un marco de escucha, neutralidad y espera. Puede darse en el plano 1, en el plano 2 y/o plano 3.

En el tratamiento en personas que padecen artritis reumatoidea se tuvieron en cuenta:

- la fluidez de los líquidos en el cuerpo, el sistema ventricular en relación con los procesos inflamatorios cronicados y agudos y en relación con los líquidos sinoviales
- el cráneo, debido a la relación osteopática entre lesiones craneales y enfermedades crónicas y autoinmunes
- el bazo como regulador de los ritmos propios de cada persona, relacionado con el “aquí y ahora” que es “estar presente”, donde sucede la sanación
- el mesenterio como puerta de acceso al abdomen indicando posibles tensiones hacia los 4 cuadrantes: pudiendo ser llamativos el cuadrante superior izquierdo por la ubicación del estómago, de bazo, el cual se relaciona con las enfermedades crónicas y autoinmunes y/o el cuadrante superior derecho, donde se ubica el hígado que podría verse afectado por la ingesta prolongada en el tiempo de medicación y/o emociones estancadas. Adicionalmente, se podría pensar que en el mesenterio se reflejan temas no digeridos (traumas emocionales y mentales), la obsesión e ideas fijas que dejan estas emociones funcionan como indigestión para el sistema inmunitario. Implica un proceso de selección y decisión.
El mesenterio en relación con el sistema cráneosacral, a través de la inserción de su raíz en el ángulo superior derecho del sacro y con la escama del occipital.
- el esternón por la localización del remanente del timo relacionado también con las enfermedades crónicas y autoinmunes
- el abordaje de la sintomatología característica de la artritis reumatoidea, facilitando la mejoría del dolor, movilizand las articulaciones, estimulando la irrigación y nutrición de articulaciones afectadas, disminuyendo la inflamación

9.4 Experiencia clínica

En nuestra práctica clínica de osteopatía fluido energética, se atendieron pacientes de género femenino, en un rango etario de entre 35 y 65 años. Obtuvimos las siguientes conclusiones:

- el 75% tiene las articulaciones de ambas manos afectadas: dedos y muñecas
- el 75% fueron abusadas sexualmente
- el 100% comentaron maltrato por familiares primarios y sus parejas
- el 100% están actualmente separadas
- el 50% tienen hijos, el 50% sin hijos
- el 100% son autoexigentes y perfeccionistas por propia calificación
- el 100% afirma tener problemas para expresar sus estados emocionales
- el 100% tiene baja autoestima, siente falta de reconocimiento y desvalorización
- el 100% padece dolores crónicos en articulaciones de tobillos, rodillas y caderas
- el 100% presentó a la escucha osteopática baja vitalidad, densidad llamativa (dura y apretada) en el esternón, occipital y sacro
- el 100% presentó tensión en la columna, es particular desde T2/T3 a T8/T9

10. Conclusiones

“Los pacientes y sus problemas no vuelven sobre sus pasos para recuperar la salud.

La salud ocurre AHORA”

Rollin Becker

La artritis reumatoidea es una enfermedad inflamatoria del tejido conectivo, de patogenia inmunológica, de causa desconocida y de carácter sistémico, en la que la presencia de sinovitis persistente en las articulaciones predomina como manifestación clínica, con compromiso visceral.

El tratamiento convencional de la artritis reumatoidea, un trastorno sistémico, dinámico y diverso, ha progresado mucho en las últimas décadas. El tratamiento activo temprano con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad y agentes biológicos puede ser muy beneficioso para controlar la actividad inflamatoria y prevenir la discapacidad de muchos pacientes. Sin embargo, los fármacos tienen efectos secundarios significativos, los nuevos medicamentos son caros y muchos pacientes con artritis continúan teniendo dolor significativo, movilidad restringida, fuerza muscular reducida y baja resistencia.

Se describe a los pacientes con artritis cómo sumamente exigentes con ellos mismos, meticulosos, perfeccionistas, rígidos, tercos, con gran actitud moralista y restrictivos en la expresión de sus emociones.

Los tejidos tienen memoria y acumulan traumas físicos, emocionales, mentales si no se resuelven. La palabra clave para entender el proceso de cronificación es “mantener”.

El camino de curación requiere un proceso personal interno y tomar consciencia del conflicto o los conflictos emocionales, físicos o mentales.

El paciente con un compromiso crónico de su sistema autoinmune requiere de un abordaje holístico en el cual la osteopatía entre otros ofrece una posibilidad de reencontrar el equilibrio saludable.

La osteopatía es una terapia manual de contacto sutil y presente. Se basa en las leyes de la naturaleza considerando que siempre tiene la tendencia de restablecer la armonía, la belleza, la salud, volver al centro y a la conexión.

Desde este enfoque la osteopatía brinda a los pacientes con artritis reumatoidea la posibilidad de encontrar su camino hacia la salud. En su tratamiento se tendrá que poner especial énfasis en los órganos del sistema inmune, el mesenterio, los líquidos y cráneo-sacro. La anamnesis tiene que ser meticulosa prestando atención al modo de vida y su historia bibliográfica.

En la breve experiencia clínica realizada se ven reflejadas las características del perfil psicológico mencionado y eventos traumáticos de abuso y maltrato por familiares.

¡Con la osteopatía fluido-energética todo es posible y nos dejamos sorprender!

*La misma corriente de vida que corre por mis venas noche
y día, corre por el mundo y danza rítmicamente.
es la misma vida que salta de alegría en el polvo
de la tierra, en innumerables hojas de hierba y rompe
en tumultuosas olas de hojas y flores.
Es la misma vida que se balancea en la cuna oceánica
de vida y de muerte, en flujo y reflujo.*

Rabindranath Tagore

11. Bibliografía

- Abudarham, J., Dilascio, S. A., Gallo, S., Kramer, M. D., Maiarú, M., Ostolaza, M. y C.M. Sánchez Correa (2017): Características clínicas y demográficas de sujetos con patologías reumáticas ingresados a rehabilitación: estudio descriptivo retrospectivo. Revista Argentina de Reumatología 28(4): 21-2.
- Barrio Healey, A. S. (2012): El secreto de los carbohidratos – Claves para vencer las enfermedades modernas. Editorial Planeta, 1ª ed., Lima, Perú.
- Benucci, M., Saviola, G., Manfredi, M., Sarzi-Puttini, P. y F. Atzeni (2011): Cost Effectiveness Analysis of Disease-Modifying Antirheumatic Drugs in Rheumatoid Arthritis. A Systematic Review Literature. International Journal of Rheumatology, vol. 2011, Article ID 845496, <https://doi.org/10.1155/2011/845496>
- Delgado Domínguez, C.J. (2016): Bases temperamentales del sentido del humor y actividad de la enfermedad en pacientes con espondilitis anquilosante y artritis reumatoide. Tesis doctoral Universidad de Córdoba, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba, Córdoba, España.
- Dudek, R. W. (2008): Embriología. Editorial Wolten Kluwer; 4ª ed. España.
- Drake, R., Wayne Vogl, A. y A. Mitchell (2010): Gray – Anatomía para estudiantes. Editorial Elsevier. 2ª Edición. Barcelona, España.
- Fajardo, F. (2019): Osteopatía Psicobiológica. Comunicación Subconsciente Tisular. Editorial Dilema, Madrid España.
- Fintelman, V. (2002): Visión antroposófica de las enfermedades autoinmunes NATURA MEDICATRIX 20(6):282-285.
- Geneser, F., (1993): Histología. Editorial Médica Panamericana. 2ª Edición. Buenos Aires, Argentina.
- Grecco, E. y P. Noriega: El bazo misterioso. Recuperado de: <https://www.laredfloral.com/el-bazo-misterioso>
- GUIPCAR´17 (2018): Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide. Sociedad Española de Reumatología, Madrid, España.
- Hemsy de Gainza, V., (1996): Aproximación a la Eutonía – Conversaciones con Gerda Alexander. Editorial Paidós, 3ª Edición. Buenos Aires, Argentina.
- Hernández Xumet, J.E. (2008): Dolor y estrategias terapéuticas en osteopatía (I). Osteopatía Científica, 3: 139-41.

- Hernández Xumet, J.E. (2009): Dolor y estrategias terapéuticas en osteopatía (III). Osteopatía Científica, 4(2): 65-69.
- Kantor, Aurora C. de (1999): Timo. Mi Médico Interno., Edit. Kier, Buenos Aires.
- Kern, Michael (2013): Libro Completo de Terapia Craneosacral. Gaia Ediciones, 3ª ed., Móstoles (Madrid), España.
- Kuhn, C. (1988): Fasten bei Rheumatoider Arthritis. Ärztezeitschrift für Naturheilverfahren, Heft 9, 29. Jahrgang, 702-714.
- Maccagno, A. (1991): Reumatología – Libro X, Editorial El Ateneo. 1ª ed., Buenos Aires, Argentina.
- Michalsen, A. y R. Stange (2015): Fasten und Ernährung bei rheumatischen Gelenkerkrankungen. Arthritis und Rheuma 2015; 35(05): 275-280. DOI: 10.1055/s-0037-1618383
-
- Movasat Hajkhan, A., Turrión Nieves, A., Bohorquez Heras, C. y A. Pérez Gómez (2017): Tratamiento de la artritis reumatoide. Medicine 12(28): 1626-38.
- Mussano, E., Missakian, S. Onetti, C. M. (2018): Estudio demográfico-social de pacientes con artritis reumatoidea en la provincia de Córdoba (Argentina). Revista Argentina de Reumatología, Nº4, 19, págs. 15-22. Recuperado el 23/09/2019:
http://revistasar.org.ar/revistas/2007/numero_4/articulos/art_original_estudio_demografico.pdf
- Muñeton, G.A. y G. Quintana (2015): La epidemiología de la artritis reumatoide. Revista Colombiana de Reumatología, 22(3): págs. 145–147.
Recuperado el 23/09/19: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcr/v22n3/v22n3a01.pdf>
- Redondo, M. y Miguel-Tobal, J. J. (2001): Emociones negativas y artritis reumatoide: una revisión teórica. Recuperado el 18/09/2019: <https://psiquiatria.com/ansiedad/emociones-negativas-y-artritis-reumatoide-una-revision-teorica/>
- Rodríguez Hernández, J. F., (2002): Artritis Reumatoide. Aplicación de la Terapia no Convencional en Cuba. Revista Cubana de Reumatología. Vol. IV, Nº 1; págs. 71-76. Recuperado el 23/09/19: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/245>
- Sanmartí Sala, R. (2002): Los otros fármacos modificadores de enfermedad (FAME) clásicos en la artritis reumatoide, ¿debemos olvidarlos? Rev. Esp. Reumatol. 29(3): 108-111.
- SAR (2008): Artritis reumatoide. Revista Argentina de Reumatología Año 19, 3:1-88.
- SAR (2013): Actualización de las guías de práctica clínica en el tratamiento de la Artritis reumatoide. Grupo de estudio de Artritis reumatoide, Sociedad Argentina de Reumatología (SAR).

- Saz-Peiró, P. y S. Saz-Tejero (2015): Indicaciones terapéuticas del ayuno. Medicina Naturista, Vol. 9, N.º 1: 13-24.
- Smolen, S.J., Aletaha, D., McInnes, I.B. (2016): Rheumatoid arthritis. Lancet 388: 2023–38.
- Turrión Nieves, A., Holguera, R.M., Pérez Gómez, A., y M. Álvarez de Mon-Soto (2017): Artritis reumatoide: Medicine 12(28): 1615-25.
- van Nies, J.A., Krabben, A., Schoones, J.W., Huizinga, T.W., Kloppenburg, M. y A.H. van der Helm-van Mil (2014): What is the evidence for the presence of a therapeutic window of opportunity in rheumatoid arthritis? A systematic literature review. Ann Rheum Dis. 73(5): 861-70.