



Figura 1. Artropatía de Jaccoud en manos con desviación cubital de MCF, deformidades en «cuello de cisne» y pulgares en «Z», siendo estas deformidades más pronunciadas en la mano derecha (A). Radiografía de manos en la que, además de dichas deformidades, se observa osteopenia yuxtaarticular, condrocalcinosis en carpo derecho y ausencia de erosiones o signos degenerativos (B).

Bibliografía

- López Longo FJ. Artropatía de Jaccoud: algo más que lupus. *Semin Fund Esp Reumatol.* 2011;12:36-41.
- Bradley JD, Pinals RS. Jaccoud's arthropathy in scleroderma. *Clin Exp Rheumatol.* 1984;2:337-40.
- Spina MF, Beretta L, Masciocchi M, Scorza R. Clinical and radiological picture of Jaccoud arthropathy in the context of systemic sclerosis. *Ann Rheum Dis.* 2008;67:728-9.
- Spinel N, Montenegro P, Rondón F, Restrepo JF, Iglesias Gamarra A. Artropatía de Jaccoud y fibrosis pulmonar en síndrome CREST. *Rev Colomb Reumatol.* 2010;17:64-8.
- Rigamonti C, Bogdanos DP, Mytilinaiou MG, Smyk DS, Rigopoulou EI, Burroughs AK. Primary biliary cirrhosis associated with systemic sclerosis: Diagnostic and clinical challenges. *Int J Rheumatol.* 2011;2011:976427.
- Reynolds TB, Denison EK, Frankl HD, Lieberman FL, Peters RL. Primary biliary cirrhosis with scleroderma, Raynaud's phenomenon and telangiectasia. *New syndrome. Am J Med.* 1971;50:302-12.
- Smith MD, Walker JG, Ahern MJ, Roberts-Thomson PJ. Inflammatory arthritis in a patient with primary biliary cirrhosis: B cell mediated synovitis. *J Rheumatol.* 2010;37:212-4.
- Avouac J, Clements PJ, Khanna D, Furst DE, Allanore Y. Articular involvement in systemic sclerosis. *Rheumatology (Oxford).* 2012;51:1347-56.
- Palazzi C, D'Amico E, De Santis D, Petricca A. Jaccoud's arthropathy of the hands as a complication of pyrophosphate arthropathy. *Rheumatology (Oxford).* 2001;40:354-5.
- Hajri R, Rezgui L, Ben Miled M, Chekili S, Laatar A, Kassab S, et al. Jaccoud arthropathy and pyrophosphate arthropathy: A rare association. *Tunis Med.* 2004;82:1048-51.

Walter Alberto Sifuentes Giraldo*, Marta Grandal Platero y Carlos de la Puente Bujidos

Servicio de Reumatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: albertosifuentesg@gmail.com (W.A. Sifuentes Giraldo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2013.07.004>

Tiempo entre comienzo de síntomas, acudir al médico e inicio de fármacos modificadores de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide

The lag time between onset of symptoms, medical encounter, and initiation of disease modifying antirheumatic drugs in patients with rheumatoid arthritis

Sr. Editor:

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune y la mayoría de los pacientes presenta un curso fluctuante crónico. Si no recibe tratamiento, ocasiona destrucción articular progresiva, deformidad, incapacidad funcional y muerte prematura. El inicio temprano de tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FARME) reduce el riesgo de incapacidad e invalidez a 5 años¹. El objetivo del tratamiento en los pacientes con AR temprana es la supresión de la actividad de la enfermedad antes de que se presente el daño articular; lo anterior justifica la importancia de una intervención terapéutica oportuna^{2,3}. Pacientes tratados tempranamente (durante los 3 primeros meses) presentan un mejor pronóstico y pueden entrar en remisión de la enfermedad.

Los estudios realizados para evaluar los tiempos entre el inicio de los síntomas y el tiempo del diagnóstico e inicio de tratamiento son escasos⁴⁻⁹ y no existen estudios de este tipo en México. El objetivo del estudio fue evaluar el tiempo entre el inicio de la sintomatología y la visita al médico de familia,

el tiempo que transcurre entre la derivación del médico de familia al reumatólogo y el tiempo de inicio de tratamiento con FARME.

Se incluyó, durante enero a diciembre del 2010, a pacientes adultos con manifestaciones clínicas indicativas de AR y sin evaluación previa por el reumatólogo o tratamiento con FARME. Los pacientes fueron enviados por diferentes médicos de familia o el médico internista al reumatólogo de un Hospital General Regional del Instituto Mexicano Seguro Social (IMSS). Se definió AR sobre la base de los criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología, 1987. Los siguientes tiempos fueron evaluados: tiempo entre inicio de síntomas y acudir al médico de familia; tiempo entre inicio síntomas y la primera visita al reumatólogo del IMSS y tiempo entre inicio síntomas e inicio de FARME.

La edad promedio \pm DE de los 98 pacientes fue de 38 ± 9 años; el 85% fueron mujeres; 49 tenían una evolución de la AR de 1-6 meses, el diagnóstico establecido por el médico de familia fue AR en el 79% de los pacientes y el número medio \pm DE de visitas que el paciente recibió antes de su derivación a Reumatología fue de $6,6 \pm 5,8$. En el 19, el 33, el 23 y el 24% de los pacientes, el inicio de tratamiento con FARME fue de 1-3, 4-6, 7-12 y ≥ 13 meses después de iniciados los síntomas de la AR. El tiempo medio de demanda de atención médica por los pacientes fue de 2,9 meses, de derivación a Reumatología desde la atención primaria de 6,6 meses y de inicio de tratamiento con FARME de 9,9 meses.

Nuestros resultados muestran que en solo el 19% de los pacientes se inició FARME durante los 3 primeros meses posterior al inicio

de los síntomas y el retraso para prescribir FARME fue debido a principalmente a la demora en la derivación del médico de familia al reumatólogo. Estudios realizados en las 2 últimas décadas para valorar el inicio de tratamiento con FARME en pacientes con inicio temprano de la AR en Estados Unidos⁴, España⁵, Canadá⁹, Inglaterra⁸, Medio Oriente⁶, y en otros países de Europa⁷, muestran que el tiempo medio entre el inicio de los síntomas y el inicio de FARME es entre 6 y 18 meses, similar al observado en nuestro estudio (promedio 11 meses). Esto indica que el diagnóstico de la AR después de iniciados los síntomas es tardío y, por consiguiente, el objetivo de iniciar un tratamiento temprano no es alcanzado en la mayoría de los casos. Menos del 30% de los pacientes con AR reciben tratamiento con FARME en los 3 primeros meses^{7,9,10}. Es necesario implementar medidas que repercutan en el diagnóstico y el tratamiento tempranos de la AR, esto puede ser a través de la difusión de la enfermedad a la población en general, con campañas de publicidad, así como el incremento del nivel de conocimiento de la AR en médicos de atención primaria.

Bibliografía

1. Wiles NJ, Lunt M, Barret ME, Bukhari M, Silman JA, Symons PM, et al. Reduced disability at five years with early treatment of inflammatory polyarthritis. *Arthritis Rheum.* 2001;45:1033-42.
2. Van der Heide A, Jacobs JW, Biglisma WA, Heurkens AH, van Booma-Frankfort C, van der Veen MJ, et al. The effectiveness of early treatment with second line antirheumatic drugs: A randomised controlled trial. *Ann Intern Med.* 1996;124:699.
3. Mottonen R, Hammonnen P, Leirisalo-Rapo M, Nissila M, Kauntiamen H, Korpela M, et al. Comparison of combination therapy with single-drug therapy in early rheumatoid arthritis: A randomised trial. *Lancet.* 1997;350:309-18.
4. Chan A, Felson TD, Yood AR, Walker MA. The lag time between onset of symptoms and diagnosis of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1994;37:814-9.
5. Hernández-García C, Vargas E, Abásolo L, Lajas C, Bellajdell B, Morado IC, et al. Lag time between onset of symptoms and access to rheumatology care and DMARD therapy in a cohort of patients with rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 2000;27:2323-8.
6. Zafar S, Badsha H, Mofti A, Delosantos A, Altares J, Matudio G, et al. Efforts to increase public awareness may result in more timely diagnosis of rheumatoid arthritis. *J Clin Rheumatol.* 2012;18:279-82.
7. Raza K, Stack R, Kumar K, Filer A, Detert J, Bastian H, et al. Delays in assessment of patients with rheumatoid arthritis: Variations across Europe. *Ann Rheum Dis.* 2011;182:2-5.
8. Kumar K, Daley E, Carruthers DM, Situnayake D, Gordon C, Grindulis K, et al. Delay in presentation to primary care physicians is the main reason why patients with rheumatoid arthritis are seen late by rheumatologists. *Rheumatology (Oxford).* 2007;46:1438-40.
9. Jamal S, Alibhai SM, Badley EM, Bombardier C. Time to treatment for new patients with rheumatoid arthritis in a major metropolitan city. *J Rheumatol.* 2011;38:1282-8.
10. Van der Linden MP, le Cessie S, Raza K, van der Woude D, Knevel R, Huizinga TW, et al. Long-term impact of delay in assessment of patients with early arthritis. *Arthritis Rheum.* 2010;62:3537-46.

Abraham Zonana-Nacach^{a,*}, Alfredo Campaña-Parra^b
y Jesús Ernesto Santana-Sahagún^b

^a Unidad de Investigación Clínica y Epidemiología, Hospital General Regional N.º 20, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tijuana, Baja California, México

^b Consulta externa Reumatología, Hospital General Regional N.º 20, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tijuana, Baja California, México

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: zonanaa@yahoo.com (A. Zonana-Nacach).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma.2013.05.002>

Tipología clínica del síndrome de fatiga crónica: hipótesis clasificatoria

Clinical typology of chronic fatigue syndrome: Classificatory hypothesis

El síndrome de fatiga crónica puro (SFCp) es una enfermedad crónica grave compleja e incapacitante de causa no aclarada, excluyendo el SFC secundario (SFCs) a otros trastornos médicos. Se caracteriza por una fatiga intensa, además de otros síntomas cognitivos, autonómicos, neuroendocrinos, inmunoalérgicos y musculoesqueléticos, de nueva aparición inexplicable clínicamente (persistente o recurrente) de al menos 6 meses de duración, que no remite de manera significativa tras el reposo y que empeora con la actividad física o mental con una muy lenta recuperación y reducción de > 50% de las actividades de la vida diaria realizadas previamente por el paciente¹⁻⁴. Se diagnostica según los criterios de Fukuda de 1994¹, el documento canadiense de consenso 2003² o, más recientemente, los criterios de consenso internacional 2011; con la denominación de encefalomiелitis miálgica que ofrecen revisión sobre la fisiopatología, sintomatología y tratamiento³. La prevalencia se estima entre 0,5 y 2,5% de la población general^{1-3,5}. A pesar de ser una enfermedad reconocida por la OMS desde 1989, clasificada con el código G93.3 de la CIE-10^{5,6}, y la evidencia acumulada desde distintos campos durante las últimas 2 décadas, es posible que el SFCp siga siendo aún el gran desconocido para muchos de los profesionales sanitarios.

Debido a la gran heterogeneidad en su expresión clínica y a la falta de instrumentos estandarizados para ordenar los

distintos síntomas (según la mayor o menor preponderancia) y presentaciones clínicas (distinción entre SFCp, SFCs y FC idiopática); proponemos una clasificación: clusters I, II, IIIa, IIIb y IIIc, que subagrupa las principales condiciones clínicas en una serie consecutiva de 199 pacientes (tabla 1), atendidos en el periodo entre junio de 2010 y febrero de 2013, en la Unidad Hospitalaria Especializada de Fatiga Crónica del Camp de Tarragona del Hospital Universitario Joan XXIII. El 84% de los pacientes (n=167) fueron del sexo femenino (5:1). La media de edad al inicio de los síntomas fue de 41,5 años (mínima 9 y máxima 76). El inicio de los síntomas fue insidioso en el 72,8% de los pacientes y el curso evolutivo fue progresivo en el 71,3%. En el momento de la entrevista el 51,7% (n=103) estaban inactivos laboralmente (65 pacientes por baja laboral y 38 pacientes por incapacidad). El 8% (n=16) estaban ya jubilados. Los criterios del SFCp son válidos para el diagnóstico en la práctica clínica diaria con independencia de otros diagnósticos asociados⁶⁻⁸. El disponer de una clasificación de los pacientes con SFC nos permitirá identificar grupos de pacientes más homogéneos, candidatos por tanto a recibir unas pautas diagnósticas y terapéuticas más individualizadas y permite albergar expectativas esperanzadoras. Para poder clasificar correctamente a un paciente con SFC, recomendamos una aproximación diagnóstica multidisciplinaria. En primer lugar, debe confirmarse el diagnóstico del SFC (médico de familia, médico internista y/o reumatólogo), para a continuación evaluar la existencia de posibles enfermedades sistémicas asociadas o de procesos crónicos locales que requieren amplio diagnóstico diferencial, y finalmente realizar un diagnóstico preciso sobre las enfermedades de base psicopatológica (psicólogo y/o psiquiatra). La obtención de un diagnóstico claro en cada una de