

ENFERMEDADES REUMATOLÓGICAS

ARTRITIS REUMATOIDE/ LUPUS

Dr. Luis Alfonso Grageda Foyo. Psiquiatra SLP. (Autor)
Dra. Judith González Sánchez. Psiquiatra de Enlace, INCMNSZ. (Revisora)

Las enfermedades reumatológicas representan un grupo importante de entidades médicas presentes en el hospital general. Su oportuna detección es imprescindible para su óptimo tratamiento; tanto la Artritis Reumatoide (AR) como el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) tienen una importancia nada despreciable en las enfermedades psicosomáticas, ya que éstas se caracterizan por tener un curso crónico, presentando datos de inflamación a los órganos afectados favoreciendo la aparición de síntomas ansiosos y depresivos en los pacientes que las presentan, aumentando de manera considerable la discapacidad que éstas originan en la población económicamente activa.

Aunque hoy en día existen datos sugestivos como: signos, síntomas, estudios de laboratorio y gabinete de las enfermedades autoinmunes, ninguno de estos por sí solos son patognomónicos de la presencia de alguna alteración neuropsiquiátrica y el diagnóstico se da en combinación de los hallazgos encontrados basándonos en un juicio clínico apropiado, sin embargo el paciente con la presencia de alguna de estas enfermedades reumatológicas con alguna comorbilidad neuropsiquiátrica, la punción lumbar (PL) está indicada ya que la presencia de pleocitosis y el aumento de proteínas pueden ser indicativos de algún proceso inmunológico en el Sistema Nervioso Central (SNC). Otro estudio para tomar en cuenta es el electroencefalograma (EEG) que, aunque posee una baja sensibilidad diagnóstica, podemos obtener datos importantes que nos ayudan a la realización de diagnósticos diferenciales como un delirium hipoactivo (enlentecimiento de las ondas electroencefalográficas) o un síndrome depresivo (EEG sin alteraciones), por otro lado es bien conocido que la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) es útil para encontrar lesiones focales en el SNC.

El examen mental posee una sensibilidad adecuada para la detección de las alteraciones neuropsiquiátricas presentadas en los pacientes con alguna entidad reumatológica, aunado a la integración global que podamos obtener de alguno de los familiares, tal es el caso de: el entorno sociocultural de nuestro paciente, factores estresores de reciente comienzo en el enfermo, así como los antecedentes heredofamiliares que pudiesen existir como factores de riesgo en el paciente reumatológico con presencia de síntomas neuropsiquiátricos.

En estos pacientes debemos considerar terapias tanto farmacológicas como psicológicas como por ejemplo la terapia con enfoque cognitivo conductual la cual ha demostrado tener una buena aceptación por los pacientes, mejorando de manera considerable el dolor incapacitante, así como mejoría en los síntomas debido a los estresores ambientales.

ARTRITIS REUMATOIDE

Al igual que el LES, la AR es más prevalente en el sexo femenino con una proporción aproximada de 3:1. La fisiopatogenia de la AR está centrada en la inflamación, erosión y deformación de todas aquellas articulaciones con tejido sinovial, esta inflamación crónica propicia la destrucción gradual de los cartílagos involucrados en la articulación con dicha afectación, sin embargo aunque es una entidad meramente articular se ha asociado con neuropatía periférica así como compresión de la médula espinal y arterioesclerosis. Es común que los pacientes manifiesten sintomatología extra articular como dolores musculares, pérdida de peso e hiporexia.

Múltiples órganos son afectados por la AR, se sabe que esta entidad repercute en el sistema respiratorio, cardiovascular e inclusive el mismo SNC. El curso de la AR es variable pero crónico, con recaídas frecuentes, alterando considerablemente la funcionalidad de las articulaciones resultado de manera progresiva debido al dolor incapacitante.

Actualmente los fármacos utilizados para la AR incluyen desde los antiinflamatorios no esteroides (AINES), medicamentos modificadores de la enfermedad (DMARDS, del inglés disease modifying antirheumatic drugs), corticoesteroides hasta inmunosupresores.

Se sabe que aproximadamente el 20% de pacientes con AR presentará algún trastorno neuropsiquiátrico, entre los cuales destacan los trastornos depresivos (hasta un 12%) y un 8% de los trastornos de ansiedad. Estos síntomas pueden ser dados por la afectación directa al SNC (la subluxación de la articulación atlantoaxial C1-C2, debido a la mielitis transversa, es la complicación más frecuente de la AR en el SNC o por la vasculitis presentada en los vasos sanguíneos cerebrales), efectos no deseables de los fármacos utilizados, por alguna comorbilidad psiquiátrica o por el conocimiento del diagnóstico de una enfermedad crónica y debido al dolor involucrado en una enfermedad incapacitante.

La valoración y manejo de los factores psiquiátricos y psicológicos son de gran importancia ya que la carga emocional que conlleva la discapacidad presentada es manifestada en los ámbitos económicos, laboral, social, individual y familiar resultando en una pobre calidad de vida para los pacientes.

Aunque actualmente no está bien dilucidado cómo la depresión y/o ansiedad contribuyen al aumento del dolor es bien conocido que ambas propician una marcada disfunción inmunológica. Estudios recientes han aportado conocimiento sugerente que la depresión aumenta la actividad reumatológica y las terapéuticas psicológicas han contribuido a la disminución de esta actividad. Existe evidencia que los pacientes con AR que recibieron apoyo psicoterapéutico junto con la terapéutica farmacológica mejoraron importantemente los niveles del factor reumatoide y de la proteína C reactiva en comparación con aquellos pacientes que únicamente recibieron tratamiento farmacológico.

LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

Es una enfermedad con una gran heterogeneidad clínica que afecta a múltiples sistemas, entre los cuales destacan el nervioso, cardíaco, dérmico, respiratorio y renal.

Su curso es impredecible y tiene una etiología variada ya que existen componentes genéticos (deficiencia del gen C1q C4 del sistema del complemento), epigenéticos (hipometilación del ADN por la exposición prolongada a los rayos UV y por el tabaquismo), ambientales, hormonales (se sabe que existe una alteración el gen CD40 localizado en el cromosoma "X", así también como una mejoría franca tras la administración de dehidroepiandrosterona) e inmunes.

Existe un involucramiento autoanticuerpos (los cuales pueden ser detectados la mayoría de las veces), complejos inmunes, los linfocitos "T", microangiopatías, aterosclerosis prematura y un incremento anómalo en la producción de citoquinas proinflamatorias. Casi el 90% de los casos se presenta en el sexo femenino, en una proporción de 3:1 se manifiesta en la población afroamericana respecto a la población en general y tiene una supervivencia a 10 años de casi un 70%.

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES) presenta manifestaciones dérmicas como úlceras, rash malar o discoide, síntomas como pérdida de peso, fiebre, cansancio, dolor articular, alteraciones hematológicas y como la AR, también presenta síntomas neuropsiquiátricos.

Los tratamientos farmacológicos actuales aprobados por la FDA para el LES, al igual que la AR, se basan en AINES, corticoesteroides, antimaláricos e inmunosupresores, así también como anticoagulantes por la alta incidencia de trombosis arterial y venosa propiciada por los anticuerpos anti fosfolípidos.

Se ha demostrado una prevalencia de hasta un 90% de sintomatología neuropsiquiátrica entre los cuales destacan: el delirium, depresión, manía, ansiedad, alteraciones cognoscitivas, alteraciones en la motricidad y psicosis. Las alteraciones en el SNC por el LES ocupan el primer lugar en morbimortalidad dejando en segundo lugar a las complicaciones renales.

El LES y la AR comparten muchas similitudes tanto en su fisiopatogenia como en los mecanismos etiológicos, la terapéutica farmacológica y su cronicidad. El LES afecta al SNC de manera directa, por infecciones, alteraciones farmacológicas y por la presencia de alguna comorbilidad psiquiátrica.

Los autoanticuerpos son los responsables de la afectación al SNC provocando lesión al cuerpo de la neurona de manera irreversible y muerte de la misma, así como alteraciones dadas por la vasculopatía existente en el LES. Debido a esta vasculopatía progresiva existe un aumento en la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, lo que propicia un daño neuronal continuo por el constante influjo de autoanticuerpos en el CNS.

Así mismo la presencia de alteraciones en el aparato sensorio-perceptual es común en los pacientes con LES, abriendo con psicosis y depresión, la cual está dada por la

acción de los anticuerpos antirribosomales-P, en cambio las alteraciones cognitivas presentadas son dadas por los anticuerpos anticardiolipina.

Los factores psicológicos en el LES tienen relevancia en el curso de la enfermedad ya que el paciente constantemente vive bajo el estrés dado por la enfermedad crónica, así también las recaídas son impredecibles, con repentinas exacerbaciones y remisiones, lo que conlleva a la presencia de síntomas depresivos, ansiosos y con sentimientos de culpa.

Se ha observado que los pacientes con LES tienen una retracción social importante debido a su apariencia física que les causa sentimientos de vergüenza.

Éste estrés propicia de manera paulatina un desequilibrio inmune encontrando un aumento importante en las interleucinas, particularmente la IL-4, las cuales aumentan la producción y proliferación de células B lo que se manifestará con una producción aumentada y anómala de autoanticuerpos.

Las alteraciones neuropsiquiátricas presentes en el LES son múltiples, sin embargo hasta un 80% de los pacientes presentarán algún daño cognitivo. En segundo lugar encontramos los síntomas depresivos los cuales se presentan en el 50% de los pacientes con LES y es sabido que estos pacientes manifestarán hasta 1.5 más veces los síntomas depresivos que la población general. Por último los trastornos de ansiedad se presentan en un 25%, el delirium en un 7% y la psicosis en un 5%.

Los síntomas depresivos como el ánimo bajo, la astenia y adinamia contribuyen a una marcada disminución en la adherencia al tratamiento médico lo cual empeora el pronóstico de estos pacientes.

Estudios recientes han demostrado que la administración de antidepresivos como inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y antidepresivos duales (inhibidores de la recaptura de noradrenalina y serotonina) mejoran de manera considerable los síntomas depresivos y evolución del paciente con LES. Hoy en día existe evidencia gracias a la neuroimagen del daño neuronal existente en la región de la amígdala, lo que probablemente explique el beneficio de la administración de antidepresivos, ya que en la amígdala se concentran las funciones afectivas más importantes del ser humano.

Es importante tomar en cuenta que la presencia de síntomas neuropsiquiátricos podrían ser explicados por las entidades reumatológicas previamente descritas, sin embargo se debe tomar en cuenta el riesgo que tienen estos pacientes de cursar con alguna infección que esté dando estos síntomas, ya que la terapéutica médica de estas entidades pueden comprometer inmunidad natural.

De la misma manera existen datos que algunos de los medicamentos (a dosis altas) indicados para la AR y LES pueden propiciar la aparición de sintomatología psiquiátrica, tal es el caso de los AINES (depresión, ansiedad, paranoia, alucinaciones), ciclofosfamida y metotrexate (delirium), tacrolimus (ansiedad, insomnio), inmunoglobulinas (agitación psicomotriz y delirium).

El manejo integral de los padecimientos reumatológicos debe incluir una perspectiva desde el punto de vista multidisciplinario, tomando en cuenta los factores biológicos de la enfermedad, los aspectos psicológicos, los emocionales (miedos, expectativas del paciente respecto a su enfermedad) y los sociales (red de apoyo familiar) y no solo avocarnos a las cuestiones clínicas objetivas o demostrables con los estudios de gabinete y/o laboratorio.

Bibliografía

- 1.- Handbook of General Hospital Psychiatry. Theodore A. Stern, Gregory L. Fricchione, Ned H. Cassem. Edition 6. Saunders-Elsevier.
- 2.- Textbook of Psychosomatic Medicine. James L. Levenson. Academy of Psychosomatic Medicine. American Psychiatric Publishing, Inc.
- 3.- Depression in Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review of the Literatura With Meta-Analysis. Chris Dickens, Linda McGowan, David Clark-Carter. Psychosomatic Medicine 64;52-60 (2002)
- 4.- Neurologic Manifestations of Systemic Lupus Erythematosus in Children and Adults. Eyal Muscal and Robil L. Brey. Neurol Clin 28 (2010) 61-73
- 5.- Depressive Syntoms and Associated Factors in Systemic Lupus Erythematosus. David E. Karol, Lisa G. Criscione-Schreiber, Min Lin, Megan E.B. Clowse. 2012 The Academy of Psychosomatic Medicine. Elsevier.
- 6.- Systemic Lupus Erythematosus. George C. Tsokos. N Engl J Med 365;22. 2011.
- 7.- Selective Involvement of the Amygdala in Systemic Lupus Erythematosus. Bart J. Emmer, Jeroen van der Grond, Gerda M. Steup-Beekman. Plos Medicine. 2006, volumen 3, Issue 12, e499.
- 8.- Psychiatric and neuropsychological manifestations of systemic lupus erythematosus. Pierluigi Fietta, Pieranna Fietta, Giovanni Delsante. Acta Biomed 2011;82: 97-114