

puntos de vista

La ultrasonografía (US), una amiga para no olvidar

Marcos Rosemfet

Instituto de Rehabilitación Psicofísica, CABA.

En los últimos años, numerosas publicaciones ponderaron el uso de la US en el manejo diario de los pacientes con Artritis Reumatoidea (AR)^{1,2,3}.

Sin embargo, existe una tendencia actual de poner en dudas las diferentes posibilidades que brinda esta técnica, basados en algunas publicaciones, fortaleciendo el manejo clínico como principal sostén de nuestra práctica diaria⁴.

Es muy difícil defender posiciones o tomar partido, guiados por los resultados de algunos trabajos que no son homologables en cuanto a población estudiada, metodología, objetivos, y en donde se debe sumar además la experiencia del operador, el tipo de máquina y los parámetros con los que trabaja; puntos que siempre deben ser considerados a la hora de evaluar resultados.

Nadie tiene la verdad revelada y si bien consideramos a la clínica como reina soberana, siempre es bueno tener algún rey a mano (Rx, US, Resonancia (RM) o laboratorio), que permita jugar una partida con una visión más amplia, beneficiosa para el médico y el paciente.

Caporali y Smolen, en su editorial, plantean que los hallazgos US de Hipertrofia Sinovial (HS) y Power Doppler (PD) no pueden definir claramente qué es lo que representan, siendo la interpretación de los mismos confusa y no del todo confiable⁴.

La confiabilidad va estar dada por el operador, su experiencia y en caso de ser reumatólogo, tendrá como hándicap la posibilidad de interpretar el cuadro de manera integral. ¿Cuánto confiable es el examen clínico?, ¿acaso no es tan subjetivo como la US? Cada acto médico tiene matices, el secreto está en reconocerlos, observar nuestro objeto de estudio en su conjunto para poder tener un abordaje más preciso de nuestro paciente.

La HS en escala de grises nos está diciendo que algo pasa en la articulación, no está hablando de actividad inflamatoria actual, aunque algunos plantean que diferentes grados de ecogenicidad podrían corresponder a inflamación.

Si lo traslado a la clínica, ¿cómo diferencio que lo que palpó es inflamación o tejido fibroso crónico? Si tiene dolor es por inflamación actual o quizás duele por daño estructural o por compromiso de partes blandas. Aquí, la ecografía se transforma en un aliado que me permite ver estos hallazgos.

El PD representa la vascularización a nivel local, me permite definir presencia de actividad inflamatoria actual, demostrada en diferentes publicaciones por su asociación a articulaciones inflamadas, reactantes de fase aguda, MMP3 y con hallazgos histológicos de sinovitis^{5,6}.

Hacen mención a las recomendaciones del uso de la imagen en el manejo de la AR, en donde no quedaría muy claro el aporte de la US⁷; considero que no es correcta la indicación obligada de la US, pero sí dejar el condicional de que en caso de necesidad podría ser usada como apoyo en el diagnóstico, evolución y monitoreo del paciente.

Los autores refieren que no está estandarizado con claridad qué articulaciones hay que ver, con qué frecuencia evaluarlas. OMERACT propuso definiciones claras para que todos puedan hablar un mismo idioma⁸.

Desde hace varios años, se han desarrollado scores sencillos, reducidos de 4, 6, 7 y 12 articulaciones, reproducibles, válidos y confiables en donde coinciden generalmente en incluir a los carpos y MCP 2, 3 por ser frecuentemente afectados y algunas variantes que incluyen por ej. rodilla o MTP^{9,10}.

Questionan la utilidad de una técnica que puede

encontrar hallazgos en personas sanas, ¿acaso al realizar otros estudios complementarios como RM por ej., no son posibles de encontrar alguna alteración que no tenga significado clínico?¹¹. Al poner por ej. el límite de colesterol en 200, ¿significa que si tengo 201 estoy muy mal, o si tengo 199 estoy muy bien? ¿Tendré menos riesgo cardiovascular con 199 que con 201?

En la práctica diaria, un paciente que tiene 2,7 de DAS28 tiene actividad leve, ahora si tiene 2,6 está en remisión, ¿lo trataría para llegar a ese objetivo?, es difícil ser más papista que el Papa.

Para evitar confusiones, es importante conocer que los hallazgos US se pueden graduar siendo la mayoría de los casos reportados lesiones de HS grado 1 y PD grado 1, que puestos en consideración de reumatólogos expertos en US, perfectamente quedarán descartados siendo considerados hallazgos inespecíficos.

Los objetivos actuales de la Reumatología son alcanzar la remisión o al menos la baja actividad de la enfermedad, y se ha postulado que si uno sigue criterios clínicos menos estrictos como DAS28, muchos pacientes en remisión persisten con actividad US por PD lo que se conoce como inflamación subclínica, que explicaría el daño estructural posterior¹². Con este dato y sabiendo que la US es más sensible que la clínica para detectar inflamación, se planteó la posibilidad de alcanzar remisión por *treat to target* (T2T), utilizando a la US para llegar a la remisión profunda no observada con la clínica; sin embargo al comparar ambas estrategias, no encontraron diferencias y establecen que no tendría sentido utilizar T2T US, por ser más costoso, consumidor de tiempo, con mayor cantidad de visitas innecesarias y con uso de más medicación para alcanzar el objetivo con los riesgos que esto significa^{13,14}.

Ahora bien, sería bueno preguntarse cuántos pacientes que son evaluados y definidos como activos clínicamente, tienen la correspondiente actividad US; nuevamente creo que el rol interactivo de las imágenes junto a la clínica me darán una perspectiva diferente en donde no solo tendré en cuenta qué grado de actividad tiene, sino también qué cantidad de articulaciones están afectadas, cuáles son, cómo se comporta el paciente con los diferentes esquemas terapéuticos, y evitar en algunos casos el sobrediagnóstico, permitiendo así hacer un uso más criterioso de la medicación y con esto reducir costos.

Creemos necesario no olvidar a la US, la tenemos que tener presente para confirmar presencia de sinovitis, realizar diagnósticos diferenciales, definir pronóstico con la detección de erosiones, colaborar en el monitoreo del paciente y en el intervencionismo con el apoyo de las infiltraciones y artrocentesis guiadas^{15,16}.

Todavía queda mucho camino por recorrer; la semiología clínica es indispensable, pero seguramente su marcha se verá fortalecida si lo hace acompañada de los diferentes estudios complementarios que como la US siguen avanzando a pasos agigantados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lage-Hansen PR, Lindegaard H, Chrysidis S & Terslev L. The role of ultrasound in diagnosing rheumatoid arthritis, what do we know? An updated review. *Rheumatol Int.* 2017; 37:179-187.
2. Naredo E & Iagnocco A. One year in review: Ultrasound in arthritis. *Clin Exp Rheumatol.* 2016;34:1-10.
3. Ji L, Deng X, Geng Y, Song Z & Zhang Z. The additional benefit of ultrasonography to 2010 ACR/EULAR classification criteria when diagnosing rheumatoid arthritis in the absence of anti-cyclic citrullinated peptide antibodies. *Clin Rheumatol.* 2017;36:261-267.
4. Caporali R & Smolen JS. Back to the future: Forget ultrasound and focus on clinical assessment in rheumatoid arthritis management. *Ann Rheum Dis.* 2018;77:18-20.
5. Porta F et al. The role of doppler ultrasound in rheumatic diseases. *Rheumatol. (United Kingdom)* 2012;51:976-982.
6. Humby F et al. Use of ultrasound-guided small joint biopsy to evaluate the histopathologic response to rheumatoid arthritis therapy: Recommendations for application to clinical trials. *Arthritis Rheumatol.* 2015;67:2601-2610.
7. Colebatch AN et al. EULAR recommendations for the use of imaging of the joints in the clinical management of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2013;72:804-814.
8. Terslev L et al. Scoring ultrasound synovitis in rheumatoid arthritis: A EULAR-OMERACT ultrasound taskforce-Part 2: Reliability and application to multiple joints of a standardised consensus-based scoring system. *RMD Open* 2017;3:1-10.
9. Aydin SZ et al. Which joints and why do rheumatologists scan in rheumatoid arthritis by ultrasonography? A real life experience. *Clin Exp Rheumatol.* 2017;35:0508-0511.
10. Naredo E et al. Ultrasonographic assessment of inflammatory activity in rheumatoid arthritis: Comparison of extended versus reduced joint evaluation. *Clin Exp Rheumatol.* 2005;23:881-884.
11. Padovano I, Costantino F, Breban M & D'Agostino MA. Prevalence of ultrasound synovial inflammatory findings in healthy subjects. *Ann Rheum Dis.* 2016; 75:1819-1823.
12. Brown AK et al. An explanation for the apparent dissociation between clinical remission and continued structural deterioration in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2008;58:2958-2967.
13. Dale J et al. Targeting ultrasound remission in early rheumatoid arthritis: The results of the TaSER study, a randomised clinical trial. *Ann Rheum Dis.* 2016;75:1043-1050.
14. Haavardsholm EA et al. Ultrasound in management of rheumatoid arthritis: ARCTIC randomised controlled strategy trial. *BMJ* 2016;354: i4205.
15. D'Agostino MA et al. Novel algorithms for the pragmatic use of ultrasound in the management of patients with rheumatoid arthritis: From diagnosis to remission. *Ann Rheum Dis.* 2016; 75:1902-1908.
16. D'Agostino MA, Boers M, Wakefield RJ, Emery P & Conaghan PG. Is it time to revisit the role of ultrasound in rheumatoid arthritis management? *Ann Rheum Dis.* 2017;76:7-8.