



Lesiones cardiacas asociadas a enfermedades Reumatológicas

Heart injuries associated with rheumatological diseases

Lesões cardíacas associadas a doenças reumatológicas

Yilmer Alejandro Apolo-Izquierdo ^I

yilmer_marley@live.com

<https://Orcid.Org/0000-0002-0607-3097>

Joselin Jazmin Santos-Meza ^{III}

jossy_sm91@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-0065-3952>

Ximena Katherine Vaca-Pino ^{II}

draximenavaca@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0003-3263-7420>

Andres Clemente Bravo-Amores ^{IV}

andresb@hotmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-8431-5429>

Correspondencia: yilmer_marley@live.com

Ciencias de la Salud

Artículo de revisión

***Recibido:** 30 de septiembre de 2020 ***Aceptado:** 31 de octubre de 2020 * **Publicado:** 30 de noviembre de 2020

- I. Médico, Investigador Independiente, Ecuador.
- II. Médico, Investigador Independiente, Ecuador.
- III. Médico, Investigador Independiente, Ecuador.
- IV. Médico, Investigador Independiente, Ecuador.

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar las lesiones cardiacas asociadas a enfermedades reumatológicas. En torno a esto, se ha seguido una metodología basada en la compilación bibliográfica referente a la temática tratada, bajo el tipo de una investigación documental-bibliográfica. Para ello, se realizó una revisión bibliográfica de fuentes documentales, como textos académicos, tesis y artículos, publicados entre los años 2015 y 2020, sin embargo, se incluyó trabajos de años anteriores a la fecha mencionada dada la significancia para este estudio.

El criterio de selección se basó en aspectos como aportes, pertinencia y relevancia. Los resultados de las investigaciones consultadas indican que: las enfermedades reumáticas (ER) comprenden un grupo de alrededor de 250 afecciones, de las cuales un grupo de ellas presenta manifestaciones cardíacas de diversa índole. Se concluye que: la patología cardiovascular es muy frecuente en los diversos padecimientos reumáticos, en consecuencia, la atención y el tratamiento de los pacientes reumatológicos deben tener un enfoque de corte multidisciplinario e involucrar principalmente al especialista en cardiología.

Palabras clave: Lesiones cardiacas; enfermedades reumatológicas; atención.

Abstract

The objective of this study was to analyze cardiac injuries associated with rheumatological diseases. Around this, a methodology based on the bibliographic compilation referring to the subject matter has been followed, under the type of a documentary-bibliographic investigation. For this, a bibliographic review of documentary sources was carried out, such as academic texts, theses and articles, published between the years 2015 and 2020, however, works from years prior to the mentioned date were included given the significance for this study. The selection criterion was based on aspects such as contributions, pertinence and relevance. The results of the consulted investigations indicate that: rheumatic diseases (RD) comprise a group of around 250 affections, of which a group of them present cardiac manifestations of various kinds. It is concluded that: cardiovascular pathology is very common in various rheumatic diseases, consequently, the care and treatment of rheumatological patients should have a multidisciplinary approach and mainly involve the specialist in cardiology.

Key words: Cardiac injuries; rheumatological diseases; attention.

Resumo

O objetivo deste estudo foi analisar as lesões cardíacas associadas às doenças reumatológicas. Em torno disso, seguiu-se uma metodologia baseada na compilação bibliográfica referente ao tema, sob a modalidade de pesquisa documental-bibliográfica. Para tanto, foi realizada uma revisão bibliográfica de fontes documentais, como textos acadêmicos, teses e artigos, publicados entre os anos de 2015 e 2020, porém, foram incluídos trabalhos de anos anteriores à referida data, dado o significado para este estudo. O critério de seleção baseou-se em aspectos como contribuições, pertinência e relevância. Os resultados das investigações consultadas indicam que: as doenças reumáticas (DR) constituem um grupo de cerca de 250 afecções, das quais um grupo apresenta manifestações cardíacas de vários tipos. Conclui-se que: a patologia cardiovascular é muito comum em várias doenças reumáticas, conseqüentemente, o cuidado e o tratamento dos pacientes reumatológicos devem ter uma abordagem multidisciplinar e envolver principalmente o especialista em cardiologia.

Palavras-chave: Lesões cardíacas; doenças reumatológicas; atenção.

Introducción

Las enfermedades reumáticas son responsables de la alteración de la calidad de vida de las personas, son causa de visitas frecuentes a la consulta médica y por su naturaleza de afectar diversos órganos del cuerpo humano, representan un incremento en los índices de discapacidad y pérdida de productividad en las sociedades occidentales.

En tal sentido, (Manley, 2001), ha indicado que las patologías reumáticas, son múltiples y muchas tienen manifestaciones sistémicas, afectando diversos órganos y sistemas. El corazón es uno de los órganos que puede verse afectado, ya sea de manera directa por la misma enfermedad, o de manera secundaria. (Villa & Mandell, 2011, pág. 3), definen las enfermedades reumáticas sistémicas como “trastornos inflamatorios autoinmunitarios que afectan a múltiples órganos y con frecuencia producen alteraciones en los vasos sanguíneos y el corazón.” En el aseveran que, la afección cardíaca en las enfermedades reumáticas puede variar entre asintomática o leve y grave o peligrosa para la vida, y constituye una causa importante de morbilidad.” (Villa & Mandell, 2011).

Por su parte, (Cuervo & Otros, 2018), da cuenta de que existe una elevada incidencia y prevalencia de las enfermedades reumáticas (ER), las cuales afectan a alrededor del 43,7 % de la población mundial, cifras que se elevan en los países en vías de desarrollo. Concretamente

en Ecuador no se cuentan con estudios que registren la prevalencia de estas afecciones en la población general. (León & Loza, 2015).

De este modo, las manifestaciones varían según la enfermedad de que se trate, y todas las estructuras del corazón pueden verse afectadas y pueden causar morbilidad y mortalidad importantes. (Villa & Mandell, 2011)

Es así que, las enfermedades reumáticas (ER) comprenden un grupo de alrededor de 250 afecciones que dañan principalmente el sistema osteomioarticular, lo que se manifiesta con dolor, inflamación, rigidez, deformidad y distintos grados de discapacidad. (Hernández & Otros, 2020). No obstante a ello, (Manley, 2001), enfatiza que las patologías que más frecuentemente presentan manifestaciones cardiacas por enfermedades reumáticas en el adulto son: la artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, síndrome antifosfolipido, las vasculitis, espondiloartropatias seronegativas, miositis, esclerosis sistémica, amiloidosis, síndrome de marfan, enfermedad de paget y policondritis recurrente.

En el orden de las ideas anteriores, se tiene que el objetivo de este estudio fue analizar las principales lesiones cardiacas asociadas a enfermedades reumatológicas.

Desarrollo

Las enfermedades reumáticas, en su mayoría se consideran enfermedades sistémicas, ya que pueden afectar cualquier órgano o sistema de órganos del cuerpo humano. Una de las complicaciones más graves es el daño al sistema cardiovascular. (Hernández & Otros, 2020).

De lo anterior, se tiene que las enfermedades reumatológicas, en palabras de (Gutiérrez & Rocancio, 2012), constituyen un amplio grupo de procesos cuya etiología es desconocida. Se caracterizan porque afectan múltiples órganos y sistemas, comparten una patogenia inmunológica y dan lugar a manifestaciones inflamatorias de todo tipo, aunque su lesión básica es siempre vasculitis difusa. (Lipsky & Diamond , 2004), han señalado que: como los vasos están presentes en todos los órganos y sistemas, estas enfermedades son, por excelencia, multisistémicas.

A continuación, se describen los hallazgos clínicos descritos en las patologías reumatológicas más frecuentes. (Gutiérrez & Rocancio, 2012)

Artritis reumatoide (AR)

La Artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria, crónica, degenerativa, de carácter sistémico, cuya etiología es multifactorial y afecta principalmente las membranas sinoviales de las articulaciones diartrodiales, lo que ocasiona dolor e inflamación y puede conducir a una discapacidad severa. (Oliva & Otros, 2012). La prevalencia es alrededor del 1,0% en la población general y es más frecuente en mujeres que en hombres. (Hochberg & Otros, 2009). De este modo, la afección cardíaca en la AR incluye pericarditis, valvulitis, miocarditis y un aumento de la prevalencia de enfermedad coronaria aterosclerótica. El pericardio está afectado en aproximadamente un 40% de los pacientes, y la pericarditis es la manifestación cardíaca más frecuente en la AR. (Kitas, Banks, & Bacon, 2001)

En la misma línea, (Goodson & Otros, 2005), afirma que se ha demostrado que los sujetos con artritis reumatoide (AR) presentan una mayor mortalidad cardiovascular (CV) que la población de la misma edad y del mismo sexo. En el mismo orden, (Del Rincón & Otros, 2001), dice que, se ha calculado que el riesgo relativo de desarrollo de un episodio CV en sujetos con AR es de alrededor del doble que las personas de la misma edad y del mismo sexo sin este proceso.

Lupus eritematoso sistémico (LES)

El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmunitaria multisistémica compleja, con una gran heterogeneidad en su presentación clínica y una alta morbimortalidad. (Narváez, 2020). Es una enfermedad poco frecuente. En el mundo la prevalencia del LES es alrededor de 1:1000 a 1:1.600 personas; varía en los distintos grupos étnicos y raciales. Predomina en las mujeres jóvenes (7 mujeres por 1 hombre, edad promedio de inicio 28 años) (Loreto, 2015)

Se presenta con “síntomas constitucionales generales o específicos de los diferentes órganos afectados como piel, mucosas, articulaciones, riñones, cerebro, serosas, pulmón, entre otros”. Además, frecuente anomalías de laboratorio que consisten en anemia, trombocitopenia, leucocitopenia o linfocitopenia. (Gladman & Urowitz, 1998).

Asimismo, (Clifford & Thomas, 1999), revela que: indirectamente el corazón se ve afectado por enfermedad coronaria aterosclerótica secundaria, cardiopatía hipertensiva secundaria, hipertensión arterial pulmonar y toxicidad medicamentosa. También señalan estos autores que: la pericarditis es la manifestación más común por afección cardíaca en el lupus. Se presentan derrames pericárdicos asintomáticos que son observados en el electrocardiograma, estos

algunas veces pueden estar asociados con otras complicaciones como la uremia por insuficiencia renal. (Clifford & Thomas, 1999).

En relación a lo anterior, el tratamiento para toda cardiopatía relacionada con el Lupus eritematoso sistémico depende de la gravedad en las manifestaciones clínicas y se suministra de forma individualizada, no existe un tratamiento único para esta patología y se adecua según los tipos de síntomas que se presenten. (Clifford & Thomas, 1999)

El Síndrome antifosfolípido (SAF)

El síndrome antifosfolípido (SAF) o síndrome de Hughes es una afección caracterizada por producir un estado hipercoagulable mediado por anticuerpos, puede ser primario o secundario a enfermedad reumatológica o neoplásica. (Cruz, 2016)

El síndrome ha sido definido desde el punto de vista clínico por la presencia de trombosis arteriales, venosas o de pequeño vaso y/o por una historia de problemas obstétricos (abortos repetidos, muertes fetales recurrentes o nacimientos prematuros debidos a preeclampsia, eclampsia o insuficiencia placentaria) (Castellano, 2008)

El SAF produce muchas complicaciones sobre el sistema cardiovascular y en particular sobre el corazón. El SAF afecta al corazón de diferentes formas, pudiendo producir a nivel valvular (endocarditis pseudoinfecciosa, valvulopatías con engrosamiento valvular, etc.), como factor independiente de cardiopatía isquémica (con y sin infarto agudo de miocardio (IAM), trombosis de la microcirculación, oclusión de los puentes revascularizados, trombos intracardíacos y cardiomiopatía), e hipertensión pulmonar. (Zanazzi, 2014)

En este sentido, el control básico de esta enfermedad consiste principalmente en la anticoagulación, aunque en situaciones catastróficas se ha recurrido a inmunosupresores, esteroides y plasmaféresis. (Zanazzi, 2014).

Las vasculitis

Las vasculitis, es definida por (Ardoin & Fels, 2011), como un grupo de enfermedades caracterizadas por la inflamación de los vasos sanguíneos, el deterioro u obstrucción al flujo de sangre y daño a la integridad de la pared vascular. De acuerdo con (Faurischou & Otros, 2009), las vasculitis que se asocian con mayor frecuencia a una enfermedad cardiovascular (ECV) son la arteritis de células gigantes (ACG), la arteritis de Takayasu (AT), la poliarteritis nudosa (PAN) y el síndrome de Churg-Strauss (SCS).

En la misma dirección, la Organización Médica Colegial de España (OMC, 2010), anuncia que: las vasculitis tienen un origen desconocido y puede afectar cualquier clase de vaso sanguíneo de prácticamente todos los órganos. Este organismo especializado, también ha expresado que; las personas con algún tipo de vasculitis, sobre todo las que padecen arteritis de células gigantes, y que a su vez sufren otras patologías como dislipemia o hipertensión arterial, tienen un mayor riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares. (OMC, 2010).

Amiloidosis

La amiloidosis es un desorden multisistémico caracterizado por depósito extracelular de material proteico fibrilar conocido como amiloide. La amiloidosis afecta virtualmente cada órgano, ocasiona alteraciones estructurales y funcionales que según la localización e intensidad del depósito conllevan a una enfermedad progresiva. (Picken, 2010).

De acuerdo con, (Tinoco, 2015), la amiloidosis se puede clasificar de acuerdo a la distribución de los depósitos amiloides tanto en sus formas localizadas como sistémicas, y por la proteína fibrilar que los constituye, que es específica de cada tipo en Primaria, Secundaria, hereditaria y amiloidosis asociada a diálisis. Como fenómeno primario se puede ver en reumatología como un síndrome del Tunel Carpal, como una imitadora de artritis reumatoidea y como debilidad muscular. Como fenómeno secundario puede complicar cualquier enfermedad reumatológica inflamatoria crónica, principalmente la artritis reumatoidea, la artritis reumatoidea juvenil y la espondilitis anquilosante.”

La amiloidosis puede estar localizada a un órgano o ser sistémica. Es así que, puede afectar el corazón en forma de una cardiomiopatía amiloide. Un tercio de los pacientes puede presentarse con insuficiencia cardíaca congestiva. El diagnóstico ecocardiográfico es más frecuente que el clínico. En el ecocardiograma puede verse un aumento en la ecogenicidad miocárdica con engrosamiento atrial. (Singleton, 1997)

La enfermedad ósea de Paget (EOP)

La enfermedad de Paget (EP), de acuerdo con (Finger , 1997), es un trastorno crónico inflamatorio del hueso, en que se presenta aumento en la resorción ósea mediada por osteoclastos seguida por un fenómeno formativo óseo. Esto produce un hueso desorganizado asociado con aumento de vascularidad y fibrosis medular. La manifestación más común es dolor y artralgia, aunque en la mayoría de los pacientes es asintomática.

Por su parte, según (Lozano, 2007), la enfermedad de Paget, también llamada osteítis deformante, es una enfermedad del esqueleto en cuya primera fase aumenta la resorción ósea producida por los osteoclastos (fase osteolítica-destructiva), seguida de formación de un nuevo hueso, duro, denso y menos vascularizado que el anterior (fase osteoblástica-esclerótica).

Asimismo, (Torrijos, 2014), ha definido la enfermedad ósea de Paget (EOP) como una enfermedad ósea no difusa caracterizada por un remodelado óseo aumentado, cuyo actor principal es el osteoclasto. De la misma manera, este autor indica que la EOP puede afectar a cualquier hueso y puede ser monostótica o poliestótica; los huesos más afectados son la pelvis (hasta el 70%), fémur (30-55%), columna lumbar (25-50%), cráneo (20-40%) y tibia (15-30%). (Torrijos, 2014).

Esta alteración produce además un hueso expandido en tamaño, menos compacto, más vascularizado, y por lo tanto más susceptible que el hueso normal a deformidades y fracturas. (Rubin, 2008)

La enfermedad puede ocasionar complicaciones neurológicas, ortopédicas y cardiovasculares. Referido a estas últimas, de forma general, a decir de, (Rubin, 2008), se trataría de la aparición de insuficiencia cardíaca congestiva por aumento de la fracción de eyección debido al hiperflujo en pacientes con la enfermedad de Paget (E.P.) poliestótica y muy extensa.

Esclerosis sistémica (ES)

De acuerdo con un reporte de (Sociedad española de reumatología, 2017), la enfermedad se denomina sistémica porque puede afectar a diferentes órganos, pero no todos los pacientes tienen afectados los órganos internos y en ocasiones lo único que se afecta es la piel y por tanto la gravedad de la enfermedad es menor. A la vez, la esclerosis sistémica (ES) es también llamada esclerodermia y, es una enfermedad multisistémica que se caracteriza principalmente por generar un conjunto de patologías como vasculopatía y fibrosis tisular. Esta enfermedad, según (Kahan , Coghlan , & McLaughlin , 2009), es otra de las colagenopatía infrecuentes, pero que presenta complicaciones cardíacas importantes. Es una enfermedad sistémica que afecta tanto la piel como los órganos internos.

En el mismo orden, la esclerosis sistémica(ES) es una enfermedad crónica y heterogénea caracterizada por fibrosis generalizada de la piel y órganos internos, vasculopatía de pequeños vasos, asociada a la producción de autoanticuerpos. (Desbois & Cacoub , 2016). De acuerdo a lo expuesto por este autor, esta enfermedad afecta principalmente mujeres entre la cuarta y quinta década de la vida aumentando su incidencia con la edad.

Con respecto a las complicaciones cardiacas derivadas de la ES, (Kahan , Coghlan , & McLaughlin , 2009), afirman que las manifestaciones cardiacas de la ES van de la afección clínicamente silente a los signos manifiestos de cardiopatía que pueden asociarse a un aumento de morbilidad y mortalidad. La afección suele producirse tardíamente en el curso de la enfermedad.

En su momento, (Sociedad española de reumatología, 2017), aseveró que en complicaciones graves de la enfermedad pueden aparecer síntomas cardiorrespiratorios, como dificultad respiratoria, palpitaciones, dolor en el pecho o la detección de cifras de tensión arterial elevadas. Así también este organismo indicó que estas complicaciones, casi siempre pueden tratarse de forma eficaz, por lo que deben comunicarse de forma urgente, además de controlar frecuentemente la tensión arterial. Enmarcado en esto, (Kahan , Coghlan , & McLaughlin , 2009), señalan que: la extrasistolia ventricular es la arritmia más frecuente en la ES. Pueden observarse anomalías en todo el sistema de conducción, de tal manera que más del 60% de los pacientes presentan ectopia ventricular. Los pacientes con defectos de la conducción sintomáticos tienen peor pronóstico y pueden ser propensos a sufrir muerte súbita.

En línea con lo anterior, (Rhew & Barr , 2004), han expresado que; la crisis renal es una complicación de la ES que puede asociarse a una hipertensión mínima o grave, con un aumento rápido de la creatinina sérica, microangiopatía, trombocitopenia e insuficiencia ventricular izquierda. Respecto al control de esta patología, los señalamientos dados por estos investigadores, dan cuenta de que en la actualidad no hay ningún tratamiento de eficacia probada para limitar la progresión de la ES, por lo cual, el manejo terapéutico va dirigido al control de los síntomas. (Rhew & Barr , 2004). Más recientemente, en el documento de (Sociedad española de reumatología, 2017), se esboza que: no existen fármacos ni otras formas de tratamiento que produzcan una curación de la esclerosis sistémica. Sin embargo, muchas de las manifestaciones y complicaciones de la enfermedad pueden tratarse de forma eficaz, por lo que el pronóstico y la gravedad pueden variar mucho si se recibe o no el tratamiento adecuado.

Policondritis recurrente (PR)

La policondritis recurrente (PR) es una enfermedad poco común de causa desconocida que se caracteriza por inflamación del cartílago, principalmente de oídos, nariz y árbol laringotraqueobronquial. Se acompaña de escleritis, hipoacusia neurosensible, poliartritis, anomalías cardiacas, lesiones cutáneas y glomerulonefritis. (Langford, 2016). Asimismo, señala este autor que; se cree que la frecuencia de la policondritis recurrente es de 3.5 por millón

de habitantes por año. El inicio más frecuente es entre los 40 y los 50 años de edad, pero puede afectar tanto a niños como a ancianos. No tiene tendencia familiar. (Langford, 2016)

En la misma dirección, (Michon, Arlet, & Pouchot, 2016), han señalado que esta afección, no se limita a la afectación cartilaginosa: también puede ser responsable de numerosas manifestaciones sistémicas: poliartritis aguda intermitente y no erosiva, epiescleritis, insuficiencia aórtica y lesiones de los troncos arteriales, afectación audiovestibular.

Por su parte, (Quenard, García, & Ramos, 2001), dicen que, aunque son poco frecuentes, los trastornos cardiovasculares, constituyen la segunda causa de muerte en los pacientes con PR, la insuficiencia aórtica es la valvulopatía más frecuente, y se debe a una dilatación progresiva del anillo aórtico y de la aorta ascendente, o bien a la destrucción de las sigmoideas aórticas. Por otra parte, también han expresado que, la insuficiencia mitral y tricuspídea son muy raras, así como la pericarditis y la miocarditis. Puede existir afección de vasos de gran y medio calibre sin lesión cardíaca, tales como aneurismas de arteria subclavia y de aorta torácica o abdominal, y fenómenos de trombosis arterial, sobre todo de mediano y gran calibre. (Quenard, García, & Ramos, 2001).

Las manifestaciones renales, también están presente en el cuadro clínico de esta enfermedad, siendo que; alrededor de un 22% de los pacientes con PR presentan algún tipo de lesión renal, determinada por biopsia o por la presencia de hematuria y/o proteinuria. (Chang, Okamura , & Torres , 1976). Este hecho, se relaciona con una menor supervivencia. La afectación renal más frecuente es la glomerulonefritis mesangial, seguida de la glomerulonefritis focal y segmentaria. Se han descrito casos de nefropatía IgA y de nefropatía túbulo-intersticial. (Rueda & Otros, 2013).

Síndrome de Marfán (SM)

El síndrome de Marfan es una enfermedad hereditaria rara, debida a un trastorno genético de herencia autosómica dominante, afecta al tejido conectivo, a sus fibras elásticas, manifestándose especialmente en los sistemas u órganos que mayor cantidad de ellas tienen, tales como el cardiovascular, el esquelético, los ojos, los pulmones, la membrana fibrosa que recubre el cerebro (duramadre) y la espina dorsal (sistema nervioso). (Valderrama & Otros, 2009). En este mismo sentido, el síndrome de Marfan (SM) es un trastorno sistémico del tejido conectivo causado por mutaciones en la proteína de la matriz extracelular fibrilina 1 (FBN1) (Muñoz, Saldarriaga, & Isaza, 2014).

De manera similar, (Serrano, Marcano, & Bacallao, 2012), definen el síndrome de Marfán (SM) como un trastorno genético del tejido conectivo que se produce por un defecto en la síntesis de la fibrilina tipo 1 (FBN-1), proteína necesaria para la correcta función del colágeno. (Callewaert & Otros, 2008), aseguran que; afecta múltiples sistemas, que incluyen, al cardiovascular, esquelético y ocular. A diferencia de otros trastornos genéticos, no afecta negativamente a la inteligencia, al contrario, los pacientes suelen ser brillantes y carismáticos.

Es así que, las manifestaciones cardiovasculares determinan el pronóstico del SM, ya que son las que ocasionan la mayor morbilidad y mortalidad. (Serrano, Marcano, & Bacallao, 2012). En las personas con el síndrome de Marfán las complicaciones cardíacas son múltiples y frecuentes. La causa más común de muerte es la dilatación aneurismática de la aorta ascendente con disección. En estos pacientes existe debilidad de la pared aórtica que compromete los senos de Valsalva y la aorta ascendente, lo que conlleva a la dilatación de la raíz aórtica e insuficiencia valvular. (Callewaert & Otros, 2008). Asimismo, refieren los mencionados estudiosos que las manifestaciones cardiovasculares en estos pacientes son de mal pronóstico por su carácter progresivo durante la vida, con riesgo de complicaciones como disección y ruptura aórticas. (Callewaert & Otros, 2008).

Por lo anteriormente planteado, (Serrano, Marcano, & Bacallao, 2012), consideran que; se hace necesario el diagnóstico precoz de este síndrome durante la infancia, sobre todo, de las manifestaciones cardiovasculares, porque determinan el pronóstico de la enfermedad. De la misma manera han referido que, la atención de estos pacientes requiere un equipo multidisciplinario con evaluación periódica, debido a su carácter progresivo.

Espondiloartropatías Seronegativas (EAS)

Las espondiloartropatías seronegativas pertenecen a un grupo de artritis inflamatorias que presentan factor reumatoide negativo y afectación de las articulaciones periféricas, axiales, enteritis y diversas manifestaciones extraarticulares. (Arévalo & Otros, 2018). De este modo, incluyen la espondilitis anquilosante (EA), el síndrome de Reiter/artritis reactiva, espondilitis asociada con psoriasis, artropatías enteropáticas, espondiloartropatías juveniles, síndrome SAPHO, uveítis anterior aguda, así como una variedad menor no bien definida denominada espondiloartropatía indiferenciada, y las EAS de inicio tardío. (Arévalo & Otros, 2018).

Con relación a la espondilitis anquilosante (EA), una enfermedad inflamatoria crónica que afecta principalmente el esqueleto axial y frecuentemente las articulaciones periféricas, (Manley, 2001), dice que, en dicha patología se encuentra afectación cardiovascular en un 1 a

un 4% de los casos, así mismo, hay aortitis ascendente, insuficiencia valvular aórtica, anomalías de conducción cardíaca, cardiomegalia y pericarditis. (Manley, 2001). Adicionalmente, también afirma este autor que, la aortitis puede ir de fibrosis crónica sin importancia hemodinámica asociada a enfermedad de larga data, hasta una insuficiencia aórtica aguda con falla cardíaca galopante en pacientes con poca clínica, siendo que el riesgo de insuficiencia aórtica aumenta con la edad del paciente. (Manley, 2001). El manejo de la enfermedad cardíaca en estos pacientes con espondiloartropatías es igual que en pacientes sin ellas.

Miositis Inflammatorias Idiopáticas (MII)

Las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) son un grupo de enfermedades inmunomediadas del músculo esquelético, con compromiso variable de piel y otros órganos. (Acosta & Otros, 2019). Las dos enfermedades más conocidas son la dermatomiositis y la polimiositis. (Manley, 2001). Con respecto a la Polimiositis, es una entidad rara, caracterizada por debilidad proximal, subaguda y sin lesiones cutáneas. Hay compromiso bulbar y cardíaco hasta en 30%. (Acosta & Otros, 2019). Asimismo, refiere (Manley, 2001), en estas enfermedades la afectación cardíaca es común pero poco sintomática hasta que sea muy avanzada. Las anomalías más frecuentes son los trastornos del ritmo. Puede haber insuficiencia cardíaca por miocarditis o fibrosis miocárdica. Rara vez ocurre pericarditis sintomática. Y añade el tratamiento temprano con esteroides e inmunosupresores es vital, para tratar de obtener beneficio antes de que se instauren lesiones fibróticas.

Conclusiones

Los pacientes con enfermedades reumáticas tienen un riesgo elevado de padecer afectación cardiovascular. La bibliografía consultada, da cuenta de que, hay una correlación fuerte entre las principales enfermedades reumáticas del adulto y las manifestaciones cardíacas. Así, diversos especialistas han indicado que existen numerosas patologías que presentan manifestaciones cardíacas más relevantes.

Como forma de ilustrar esto, la artritis reumatoidea (AR), es una de las manifestaciones cardíacas de las principales enfermedades reumáticas del adulto, siendo, la pericarditis la manifestación cardíaca más frecuente en la AR; el Lupus eritematoso sistémico (LES), es otro de los padecimientos a los cuales se ha hecho referencia, autores indican que en esta afección,

indirectamente el corazón se ve afectado por enfermedad coronaria aterosclerótica secundaria, cardiopatía hipertensiva secundaria, hipertensión arterial pulmonar y toxicidad medicamentosa, entre otras muchas otras.

De este modo se puede aseverar que la patología cardiovascular es muy frecuente en los diversos padecimientos reumáticos, por tanto, es fundamental que el cardiólogo posea una noción clara de estas enfermedades para poder anticipar posibles complicaciones y buscar los correctivos necesarios. En consecuencia, la atención y el tratamiento de los pacientes reumatológicos deben tener un enfoque de corte multidisciplinario e involucrar principalmente al especialista en cardiología.

Referencias

1. Acosta, I., & Otros. (2019). Miopatías inflamatorias idiopáticas: una mirada actualizada al diagnóstico y el manejo. *Revista Medica Chile*; 147, pp.342-355.
2. Ardoin, S., & Fels, E. (2011). Vasculitis syndromes. In: Kliegman RM, Stanton B, St. Geme J, Schor N, Behrman RE. *Nelson Textbook of Pediatrics*. 19 th. Philadelphia: Elsevier Saunders; (161).
3. Arévalo, D., & Otros. (2018). Caracterización epidemiológica, clínica y terapéutica de pacientes con espondiloartropatías seronegativas. Universidad de San Carlos de Guatemala. Trabajo de Grado, pp.104.
4. Callewaert, B., & Otros. (2008). Ehlers-Danlos syndromes and Marfan syndrome. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*; (22), pp.165-89.
5. Castellano, J. (2008). Síndrome Antifosfolípido. Hospital Arnau de Vilanova. Capítulo 7. Valencia, España.
6. Chang, A., Okamura, M., & Torres, V. (1976). Renal involvement in relapsing polycondritis. *Medicine (Baltimore)*; 66, pp.202-217.
7. Clifford, W., & Thomas, S. (1999). The heart in systemic lupus erythematosus. *Current problems in cardiology*; (24), pp.1-56.
8. Cruz, D. (2016). Síndrome de anticuerpos antifosfolipídicos; patogénesis, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Hematología México*; 17(4), pp.256-261.
9. Cuervo, F., & Otros. (2018). Prevalencia de las enfermedades reumáticas en Colombia. *Medicina*; 40(1), pp.94-5.

10. Del Rincón, I., & Otros. (2001). High incidence of cardiovascular events in rheumatoid arthritis cohort not explained by traditional cardiac risk factors. *Medline. Arthritis Rheum*, 44 , pp. 2737-2745.
11. Desbois , A., & Cacoub , P. (2016). Systemic sclerosis: An update in 2016. *Autoimmun Rev*; (15), pp. 417-26.
12. Faurschou, M., & Otros. (2009). Increased morbidity from ischemic heart disease in patients with Wegener's granulomatosis. *Arthritis Rheum*; (60) , pp.1187-1192.
13. Finger , D. (1997). Paget´s disease of bone. En Sterling W (editor): *Rheumatology Secrets*. Philadelphia, Mosby, ppg. 315-319.
14. Gladman, D., & Urowitz, M. (1998). Systemic lupus erythematosus, clinical features. En Klippel JH, Dieppe PA (editores). *Rheumatology*,(1)18. Londres, Mosby , pp.1-18.
15. Goodson, N., & Otros. (2005). Cardiovascular admissions and mortality in an inception cohort of patients with rheumatoid arthritis with onset in the 1980s and 1990s. *Ann Rheum Dis*, 64. <http://dx.doi.org/10.1136/ard.2004.034777>, pp.1595-1601.
16. Gutiérrez, J., & Rocancio, G. (2012). Enfermedades reumatológicas y corazón. En J. Gutiérrez, & Otros, *Manifestaciones Cardíacas de la Enfermedad Sistémica*. Capítulo XIV (págs. pp. 1144-1258).
17. Hernández, S., & Otros. (2020). Factores de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedades reumáticas. *Revista Cubana de Reumatología*.Vol.22. Núm.1, pp. 1-17.Hochberg , M., & Otros. (2009). *Rheumatoid arthritis*. Philadelphia.
18. Kahan , A., Coghlan , G., & McLaughlin , V. (2009). Cardiac complications of systemic sclerosis. *Rheumatology*; (48) , pp.45-48.
19. Kitas , G., Banks, M., & Bacon, P. (2001). Cardiac involvement in rheumatoid disease. *Medline. Clin Med* (1) , pp.18-21.
20. Langford, C. (2016). Policondritis recurrente: Capítulo 389. En D. Kasper, & Otros, *Harrison.Principios de Medicina Interna*. Interamericana de editores, S.A. de. C.V. McGraw-Hill.19 edición.
21. León, F., & Loza, C. (2015). Prevalencia de fibromialgia en el distrito de Chiclayo. *Rev Med Hered*;26(3). <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?>, pp. 147-59.

22. Lipsky , P., & Diamond , B. (2004). Autoimmunity and autoimmune diseases. En Kasper DL, Braun wald E, Fauci A, et al. Harrison's Principles of Internal Medicine. McGraw-Hill 16th Edition.
23. Loreto, M. (2015). Apuntes de Reumatología. PUC.<http://escuela.med.puc.cl/publ/apuntesreumatologia/lupuseritematoso.html>.
24. Lozano, J. (2007). Enfermedad de Paget ósea. Elsevier. Vol. 26. Núm. 1, pp. 64-69 .
25. Manley, D. (2001). Manifestaciones cardíacas de las enfermedades reumáticas. Revista Costarricense de cardiología. Vol.3. Núm.3. San José de Costa Rica, pp. 1-16.
- Muñoz, J., Saldarriaga, W., & Isaza, C. (2014). Síndrome de Marfan, mutaciones nuevas y modificadoras del gen FBN1. IATREIA. Vol; 27(2), pp.206-215.
26. Narváez, J. (2020). Lupus eritematoso sistémico 2020. Medicina clínica. Vol. 155. Núm. 11. DOI: 10.1016/j.medcli.2020.05.009, pp. 494-501 .
27. Oliva, E., & Otros. (2012). Artritis Reumatoide: Prevalencia, inmunopatogenia y antígenos relevantes para su diagnóstico. iMedPub Journals. Vol. 8 No. 1:3. doi: 10.3823/084, pp. 1-7.
28. OMC. (2010). Las personas con vasculitis tienen mayor riesgo de padecer problemas vasculares y ceguera. Organización Médica Colegial de España (OMC).
29. Picken, M. (2010). Amyloidosis Where Are We Now and Where Are We Heading. Arch Pathol Lab Med;(134), pp. 545-51.
30. Quenard, M., García, M., & Ramos, M. (2001). Policondritis recidivante. Medicina Integral. Vol. 38. Núm. 1, pp.25-29 .
31. Rhew, E., & Barr , W. (2004). Scleroderma renal crisis: new insights and developments. Curr Rheumatol;(6), pp. 129-136.
32. Rubin, Z. (2008). Enfermedad de Paget. Separata. Vol.16 N° 2, pp. 48.
33. Rueda, A., & Otros. (2013). Policondritis recidivante. Capítulo 14. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia, España, pp. 353-364.
34. Serrano, G., Marcano, L., & Bacallao, D. (2012). Consideraciones cardiovasculares del síndrome de Marfán en edades pediátricas. Revista Cubana Pediatría. Vol.84. Nro.2, pp. 1-15.

35. Singleton, J. (1997). Amyloidosis. En Sterling W (editor):. Rheumatology Secrets, Philadelphia, Mosby, pp. 431-436.
36. Sociedad española de reumatología. (2017). Esclerosis Sistémica. Sociedad española de reumatología y Fundación española de reumatología, pp.1-4.
37. Tinoco, E. (2015). Amiloidosis. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica LXXII (614) , pp.159 - 162.
38. Torrijos, A. (2014). Enfermedad ósea de Paget. Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral. Vol.6. Nro.4 , pp. 1-18.
39. Valderrama, F., & Otros. (2009). Síndrome de Marfan. Atención Primaria. Vol. 41. Núm. 5, pp. 281-284.
40. Villa, A., & Mandell, B. (2011). Trastornos cardiovasculares y enfermedad reumática. Revista Española de Cardiología. Vol. 64. Núm. 9. DOI: 10.1016/j.recesp.2011.05.009, pp.809-817.
41. Zanazzi, D. (2014). Síndrome antifosfolipídico y afectación cardiovascular. Insuficiencia Cardíaca.Vol. 9.Núm. 2, pp.66-76.

2020 por los autores. Este artículo es de acceso abierto y distribuido según los términos y condiciones de la licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

(<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>).