

FICHA DOCENTE – CLASE INVERSA

ARTRITIS REUMATOIDE

Autoría

Joan M. Nolla Solé, Diego Benavent Núñez, Laura Berbel Arcobé, Paola Vidal Montal, Javier Narváez García

Departament de Ciències Clíniques. Facultat de Medicina i Ciències de la Salut.
Universitat de Barcelona

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) constituye una de las enfermedades más prevalentes dentro del grupo de las enfermedades autoinmunes sistémicas. Se trata de una entidad paradigmática en la especialidad de reumatología y un modelo clínico fundamental para entender los mecanismos fisiopatológicos, diagnósticos y terapéuticos de la inflamación articular crónica.

En el marco de la docencia universitaria, la AR se aborda habitualmente desde una perspectiva expositiva. En esta propuesta docente se plantea un cambio metodológico hacia la clase inversa o “just in time teaching”, con el objetivo de reforzar el aprendizaje activo, estimular la reflexión previa y adaptar la enseñanza al nivel real de conocimiento del alumnado.

ASIGNATURA Y CURSO DE IMPARTICIÓN

Reumatología, en quinto curso del grado de Medicina

REQUERIMIENTOS PREVIOS

Conocimiento previo de los fundamentos de inmunopatología, interpretación básica de pruebas inmunológicas y diagnóstico diferencial de la patología articular inflamatoria.

Se trata de conocimientos aprendidos previamente en tercer curso, en las asignaturas: “Inmunología clínica” y “Semiología General y Propedéutica Clínica”

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

- Identificar los elementos clínicos clave para sospechar artritis reumatoide.
- Comprender el valor diagnóstico de FR y ACPA y su relación con la patogenia.
- Valorar el diagnóstico diferencial con otras causas de poliartritis.
- Interpretar analíticas, estudios de imagen y pruebas complementarias.
- Conocer indicaciones y escalado terapéutico con fármacos modificadores.
- Reconocer manifestaciones extraarticulares y complicaciones frecuentes.
- Discutir situaciones clínicas reales complejas que impliquen toma de decisiones.

DINÁMICA DE REALIZACIÓN

La actividad se enmarca en la estrategia de **clase inversa (*flipped classroom*)**, con orientación “just in time teaching”, que permite anticipar el grado de comprensión del alumnado y adaptar en consecuencia la docencia presencial. Se estructura en tres fases sucesivas:

1. **Estudio autónomo de materiales seleccionados por el profesorado**, disponibles en el Campus Virtual. Incluye un artículo de revisión actualizado, un caso clínico tipo y un cuestionario de autoevaluación. El objetivo es que el estudiante se familiarice con los conceptos clave de la enfermedad antes de la sesión presencial, en un entorno de aprendizaje flexible y autorregulado.
2. **Realización del cuestionario de autoevaluación**, centrado en contenidos clínicos aplicados. Las preguntas están diseñadas no solo para verificar conocimientos, sino para **estimular la reflexión diagnóstica y terapéutica**, identificar errores comunes y reforzar el pensamiento clínico. Este cuestionario es obligatorio y debe completarse antes de la clase.
3. **Clase presencial adaptada a los resultados del cuestionario**, focalizada en la **discusión guiada de casos clínicos**, aclaración de conceptos erróneos y resolución colaborativa de dudas. Se prioriza el debate, el razonamiento argumentado y la aplicación de conocimientos en situaciones reales. Esta dinámica permite consolidar el aprendizaje significativo y promueve una actitud clínica activa y crítica.

CONTENIDO (BASES TEÓRICAS)

- Artículo de revisión (accesible a través del CRAI)

Di Matteo A, Bathon JM, Emery P. Artritis reumatoide. Lancet 2023; 402: 2019–33. A

- Caso clínico tipo.
- Cuestionario autoevaluativo (10 ítems de elección múltiple con análisis formativo).

CASO CLÍNICO - TIPO

Motivo de consulta

Mujer de 56 años que consulta por artritis en manos, pies, tobillos y rodillas desde hace 12 semanas.

Refiere rigidez matutina prolongada y tumefacción progresiva. Está en tratamiento con prednisona 10 mg/día desde hace 2 semanas, con control parcial de los síntomas. No presenta fiebre ni pérdida de peso.

Antecedentes personales

- Apendicectomía en la adolescencia.
- No enfermedades crónicas previas.
- No tabaquismo ni otros hábitos tóxicos.
- No medicación crónica.
- Sin antecedentes familiares relevantes.

Exploración física

- Poliartritis simétrica: MCP, IFP, MTF, tobillos y rodillas.
- Sin rash cutáneo, sin úlceras orales, sin adenopatías.
- Constantes vitales: TA 125/75 mmHg, FC 78 lpm, Tª 36.7 °C.

Hemograma y bioquímica

Hb: 13.2 g/dL | Leucocitos: 7.100 | Plaquetas: 310.000

Creatinina: 0.84 | Urea: 28 | Glucosa: 93

AST: 21 | ALT: 18 | GGT: 22 | FA: 76 | Colesterol: 182

Na: 139 mmol/L | K: 4.3 mmol/L

Reactantes de fase aguda y estudio inmunológico

VSG: 45 mm/h | PCR: 19 mg/L

ANA: Negativo | FR: Positivo (88 IU/mL)

ACPA: Positivo (180 U/mL)

Estudio de orina

Sedimento urinario: Normal

Proteinuria (Labstix): Negativa

Elementos clave del juicio clínico del caso

- La duración de la artritis (>6 semanas) y su distribución simétrica apoyan la sospecha de AR.
- La doble positividad (FR y ACPA) incrementa el valor diagnóstico y pronóstico.
- La exclusión de ANA negativos descarta lupus y orienta hacia AR.
- No hay afectación sistémica ni manifestaciones atípicas: síndrome de Sjögren o mixto

poco probables.

- La ausencia de proteinuria descarta afectación renal secundaria o comorbilidad sistémica.
- El inicio de corticoides sin tratamiento de fondo no es suficiente en el contexto de AR diagnosticada.

CUESTIONARIO

1. Uno de los siguientes fármacos se dirige frente a la IL-6

- a) Rituximab
- b) Tocilizumab
- c) Adalimumab
- d) Filgotinib
- e) Certolizumab

2. Uno de los siguientes fármacos es un inhibidor de JAK:

- a) Rituximab
- b) Tocilizumab
- c) Adalimumab
- d) Filgotinib
- e) Certolizumab

3. Una mujer de 56 años de edad con una poliartritis de 12 semanas de evolución (manos, pies, rodillas y tobillos) está siendo tratada con prednisona 10 mg/día con regular control de las manifestaciones inflamatorias. Se recibe estudio analítico en el que destaca: VSG: 45 mm/h, anticuerpos antinucleares negativos, factor reumatoide positivo y anticuerpos antipéptido citrulinado cítrico (ACPA) positivos. ¿Cuál es la actitud a adoptar?

- a) Establecer el diagnóstico de artritis reumatoide y aumentar la dosis de prednisona a 20 mg/día
- b) Establecer el diagnóstico de artritis reumatoide e iniciar tratamiento con hidroxicloroquina.
- c) Establecer el diagnóstico de lupus eritematoso sistémico e iniciar tratamiento con hidroxicloroquina
- d) Establecer el diagnóstico de artritis reumatoide e iniciar tratamiento con baricitinib
- e) Establecer el diagnóstico de artritis reumatoide e iniciar tratamiento con metotrexato.

4. Una mujer de 46 años, con artritis reumatoide de 12 años de evolución, en tratamiento con metotrexato 20 mg/semana y adalimumab 40 mg/cada 15 días, desde hace 1,5 años, refiere que en los últimos tres meses presenta un deterioro progresivo de la capacidad funcional, un aumento franco del dolor y la aparición de tumefacciones en pequeñas articulaciones de las manos. En la exploración física se constata un DAS de 4,6. ¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas es adecuada?

- a) Suprimir metotrexato e iniciar tratamiento con ustekinumab
- b) Suprimir etanercept e iniciar tratamiento con leflunomida
- c) Suprimir metotrexato e iniciar tratamiento con azatioprina
- d) Añadir baricitinib al tratamiento
- e) Suprimir adalimumab e iniciar tratamiento con abatacept

5. Un hombre de 48 años, con artritis reumatoide de 3 años de evolución, en tratamiento con metotrexato 20 mg/semana y prednisona 2,5 mg/día, refiere en la consulta que en el último mes presenta rigidez matutina con aparición progresiva de tumefacciones en pequeñas articulaciones de las manos y en las dos rodillas. En la exploración física se constata un DAS28 de 4,8. ¿Cuál de las siguientes opciones terapéuticas debe contemplarse?

- a) Suprimir metotrexato e iniciar tratamiento con risankizumab
- b) Añadir etanercept al tratamiento
- c) Añadir ustekinumab al tratamiento
- d) Añadir apremilast + tocilizumab al tratamiento
- e) Suprimir metotrexato e iniciar tratamiento con hidroxicloroquina

6. Una mujer de 47 años, con artritis reumatoide de 12 años de evolución, en tratamiento con metotrexato 15 mg/semana, prednisona 2,5 mg/día y tocilizumab 162 mg/semana, consulta por cuadro de instauración aguda caracterizado por fiebre (38,6°C), cefalea y obnubilación. En la exploración física se detecta marcada rigidez de nuca. La paciente presenta:

- a) Un fenómeno de poliautoinmunidad
- b) Una comorbilidad de la enfermedad de base
- c) Una manifestación extrarticular de la enfermedad de base
- d) Un proceso de sensibilización central
- e) Un síndrome de solapamiento (síndrome *overlap* o de superposición)

7. Se estima que, en España, la prevalencia de la artritis reumatoide es de:

- a) Alrededor del 5%
- b) Alrededor del 10%
- c) Alrededor del 0,05%
- d) Alrededor del 0,5%
- e) Alrededor del 0,1%

8. Señala la respuesta verdadera en relación a la artritis reumatoide:

- a) La manifestación extra-articular más frecuente es la vasculitis necrotizante
- b) La manifestación ocular más frecuente es la epiescleritis
- c) La manifestación pleuro-pulmonar más frecuente es la bronquiolitis obliterante
- d) La manifestación cardíaca más frecuente es la endocarditis
- e) En casos avanzados de la enfermedad puede observarse compresión bulbar y/o medular por subluxación atlóido-axoidea.

9. Mujer de 64 años de edad afecta de artritis reumatoide de 6 años de evolución, que consulta por dolor en hemitórax derecho de naturaleza pleurítica, tos productiva (esputo herrumbroso) y sensación distérmica, de 72 horas de evolución }

Entre sus antecedentes destaca: Hábito tabáquico (30 paquetes/año). Hipercolesterolemia }

Tratamiento habitual: Prednisona (5 mg/día), metotrexato (20 mg/semana), ácido alendrónico (70 mg/semana), calcio (1000 mg/día), vitamina D (800 UI/día), simvastatina (10 mg/día), omeprazol (20 mg/día), }

En la exploración física se observa: • Estertores crepitantes en base pulmonar derecha

T Ax: 38.4°C; FR: 22 rpm; FC: 108 ppm; TA: 120/70 Se practica: • Rx torax: Condensación basal derecha. • Hemograma: Hb: 116 g/L; VCM: 87 fL. Leucocitos: 18, 9 x 10.9/L; Plaquetas: 425.000 • VSG: 86 mm/h • Bioquímica general normal (incluye creatinina, urea, glucosa, AST, K y Na) • Sedimento: 2-3 leucocitos/campo. No hematuria.

¿Cuál es el diagnóstico más probable?

- a) Tromboembolismo pulmonar
- b) Neumonía
- c) Bronquiolitis obliterante
- d) Adenocarcinoma pulmonar
- e) Neumonitis intersticial_usual

10. Mujer de 52 años de edad que consulta por presentar astenia acentuada junto con una poliartritis de 10 semanas de evolución, con compromiso preferente de manos y rodillas, aftas orales dolorosas de 3 semanas de evolución, dolor centrotorácico, de instauración insidiosa y que aumenta con la inspiración profunda, de una semana de evolución y disnea que ha ido progresivamente en aumento en las últimas 48 horas

Antecedentes personales: tiroiditis de Hashimoto diagnosticada a los 27 años, en tratamiento con hormonoterapia sustitutiva.

Antecedentes familiares: madre afecta de artritis reumatoide; padre fallecido, a los 64 años, por cardiopatía isquémica.

En la exploración física: FC: 120 latidos por minuto (rítmico). TA 110/60 mmHg. FR: 24 respiraciones por minuto. T Ax: 36,4°C.

Ingurgitación yugular. Hepatomegalia blanda (2 cm). Edemas maleolares. AC: ruidos apagados. AR: murmullo vesicular conservado. Poliartritis simétrica, con compromiso de manos (interfalángicas proximales, metacarpofalángicas) y rodillas (derrame evidente a la exploración). Afta en labio y en mucosa yugal

En el estudio analítico, se observa:

Hemograma: Hemoglobina, 10,2 g/L; VCM: 90; HCM: 29. Leucocitos: $2,74 \times 10^9$ /L; linfocitos: $0,6 \times 10^9$ /L; Plaquetas 76×10^9 /L; VSG: 48 mm/h. Bioquímica: sin alteraciones.

Sedimento urinario: 20- 30 leucocitos/campo; 40 – 50 hematíes/campo

En el estudio radiológico se observa: Rx manos y rodillas: sin alteraciones. Rx tórax: silueta cardíaca muy aumentada de tamaño, sin evidencia de compromiso de ambos parénquimas pulmonares. Discreto derrame pleural bilateral

¿Cuál de las siguientes opciones diagnósticas es la más probable?

- a) Derrame pericárdico masivo (taconamiento) en contexto de lupus eritematoso sistémico
- b) Insuficiencia cardíaca por miocarditis en contexto de artritis reumatoide
- c) Insuficiencia cardíaca por miocarditis en contexto de lupus eritematoso sistémico
- d) Derrame pericárdico masivo (taconamiento) en contexto de artritis reumatoide
- e) Insuficiencia mitral secundaria a síndrome antifosfolipídico en contexto de lupus eritematoso sistémico

Razonamiento de las respuestas en el cuestionario de autoevaluación (EVALUACIÓN FORMATIVA)

1. Uno de los siguientes fármacos se dirige frente a la IL-6

- ✓ Respuesta correcta: b) Tocilizumab

Explicación: Es un anticuerpo monoclonal que bloquea el receptor de IL-6, clave en la fisiopatología de la AR. No confundir con otros agentes biológicos frente a CD20 (rituximab), anti-TNF (adalimumab, certolizumab) o JAK (filgotinib)

2. Uno de los siguientes fármacos es un inhibidor de JAK

- ✓ Respuesta correcta: d) Filgotinib

Explicación: Filgotinib inhibe JAK1, clave en la señalización de citocinas. Otros inhibidores JAK conocidos: tofacitinib, baricitinib.

3. Mujer de 56 años con poliartritis y FR/ACPA positivos

- ✓ Respuesta correcta: e) Iniciar tratamiento con metotrexato

Explicación: Cumple criterios de AR seropositiva. El tratamiento de elección inicial es metotrexato, fármaco modificador de primera línea.

1. 4. Mujer con AR activa pese a metotrexato + adalimumab

- ✓ Respuesta correcta: e) Suprimir adalimumab e iniciar abatacept

Explicación: Fallo de anti-TNF. La estrategia recomendada es cambiar de clase terapéutica, por ejemplo, inhibidores de coestimulación (abatacept) o IL-6 (tocilizumab).

5. Hombre con brote de AR pese a MTX

- ✓ Respuesta correcta: b) Añadir etanercept

Explicación: Actividad moderada-alta persistente: añadir biológico. Etanercept (anti-TNF) es opción razonable

6. Mujer con fiebre, rigidez de nuca y AR

- ✓ Respuesta correcta: b) Una comorbilidad de la enfermedad de base

Explicación: Infección del SNC (meningitis). No es manifestación de AR. Los pacientes en tratamiento inmunosupresor tienen mayor riesgo infeccioso.

7. Prevalencia de AR en España

- ✓ Respuesta correcta: d) Alrededor del 0,5%

Explicación: La AR tiene una prevalencia en población adulta cercana al 0,5-0,7%. Importante reconocer su impacto sociosanitario.

8. Manifestación verdadera en AR

- ✓ Respuesta correcta: e) Subluxación atlóido-axoidea en enfermedad avanzada

Explicación: Es una complicación estructural grave. El resto de opciones, aunque posibles, son muy poco frecuentes. En cada órgano-sistema hay manifestaciones más habituales

9. Mujer con AR y fiebre, tos, consolidación pulmonar

- ✓ Respuesta correcta: b) Neumonía

Explicación: Clínica y hallazgos compatibles con infección respiratoria. La AR y su tratamiento aumentan el riesgo infeccioso.

10. Mujer con poliartritis, disnea, derrame y citopenias

- ✓ Respuesta correcta: a) Taponamiento cardíaco en LES

Explicación: Clínica y analítica orientan a LES con compromiso pericárdico severo. Aftas, citopenias, ANA + o anti-DNA sugerirían este diagnóstico.