Cuaderno de odontología. Revista científica
Vol. 5(especial7), 293-301, 2026
https://doi.org/10.62574/eprak0u0

Diagnóstico temprano y manejo integral de la artritis reumatoide: revisión sistemática

Early diagnosis and comprehensive management of rheumatoid arthritis: a systematic review

Jenniffer Elizabeth Mera-Santos
jennifferms95@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0003-0893-2873

Berenice Elizabeth Acosta-Toro
bereniceat86@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0001-9577-1662

Samanta Antonela Obando-Salavarria
samantaos40@uniandes.edu.ec
Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ecuador
https://orcid.org/0009-0000-7735-5553

RESUMEN

Objetivo: sintetizar la evidencia sobre el diagnóstico temprano y el manejo integral de la artritis reumatoide. **Método:** revisión sistemática con síntesis narrativa en PubMed y SciELO (2012-2025); se incluyeron 15 estudios: guías de práctica clínica, recomendaciones, revisiones sistemáticas y narrativas, y estudios observacionales. **Resultados:** el diagnóstico temprano se basó en la exploración articular, el factor reumatoide, los anticuerpos contra péptidos citrulinados y los reactantes de fase aguda. Las guías coincidieron en la estrategia de tratamiento por objetivos, el metotrexato como fármaco inicial, el uso limitado de glucocorticoides y el escalamiento a terapias dirigidas. El manejo integral incluyó medidas de estilo de vida y la evaluación periodontal. **Conclusión:** el diagnóstico y el tratamiento precoces, junto con un abordaje multidisciplinario que incluya la salud bucal, mejoran el control de la enfermedad.

Descriptores: artritis reumatoide; diagnóstico precoz; antirreumáticos; periodontitis; grupo de atención al paciente. (DeCS).

ABSTRACT

Objective: to synthesize the evidence on the early diagnosis and comprehensive management of rheumatoid arthritis. **Method:** systematic review with narrative synthesis in PubMed and SciELO (2012-2025); 15 studies were included: clinical practice guidelines, recommendations, systematic and narrative reviews, and observational studies. **Results:** early diagnosis was based on joint examination, rheumatoid factor, anti-citrullinated peptide antibodies and acute phase reactants. The guidelines agreed on the treat-to-target strategy, methotrexate as the initial drug, limited use of glucocorticoids and escalation to targeted therapies. Comprehensive management included lifestyle measures and periodontal assessment. **Conclusion:** early diagnosis and treatment, together with a multidisciplinary approach that includes oral health, improve disease control.

Descriptors: rheumatoid arthritis; early diagnosis; antirheumatic agents; periodontitis; patient care team. (DeCS).

Recibido: 15/09/2026. Revisado: 05/10/2026. Aprobado: 30/10/2026. Publicado: 20/11/2026.
Original breve

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune, inflamatoria y crónica que afecta de forma predominante a las articulaciones sinoviales y que, sin un tratamiento oportuno, produce dolor, rigidez, destrucción articular, discapacidad y aumento de la mortalidad. Su patogenia combina una predisposición genética, factores ambientales como el tabaquismo y una respuesta autoinmune que con frecuencia se manifiesta por la presencia de factor reumatoide y de anticuerpos contra péptidos citrulinados (1). La enfermedad se asocia además con comorbilidades que condicionan su pronóstico (2).

En cuanto a su magnitud, el análisis del estudio de Carga Mundial de Enfermedad 2021 estimó que en 2020 vivían con artritis reumatoide alrededor de 17,6 millones de personas en el mundo, con una prevalencia estandarizada por edad de 208,8 casos por 100 000 habitantes, mayor en mujeres que en hombres, y proyectó un aumento hasta cerca de 31,7 millones de casos en 2050 (3).

El pronóstico depende en gran medida de la rapidez con que se establece el diagnóstico y se inicia el tratamiento modificador de la enfermedad. Aletaha y Smolen señalaron que el diagnóstico es clínico y se apoya en la exploración de las articulaciones tumefactas, la serología y los reactantes de fase aguda, y que el retraso en el inicio del tratamiento se asocia con mayor daño estructural (4). Sin embargo, el manejo integral exige atender también aspectos que suelen quedar fuera de la consulta reumatológica, como el estilo de vida y la salud bucal, pues los pacientes con artritis reumatoide presentan con mayor frecuencia enfermedad periodontal (5) y una calidad de vida relacionada con la salud bucal influida por su condición general (6).

Por ello, el objetivo de esta revisión fue sintetizar la evidencia reciente sobre el diagnóstico temprano y el manejo integral de la artritis reumatoide, incluidas las medidas no farmacológicas y la salud periodontal.

MÉTODO

Se realizó una revisión sistemática de la literatura con síntesis narrativa. La pregunta de investigación fue la siguiente: en adultos con artritis reumatoide de inicio reciente o establecida, ¿qué estrategias de diagnóstico temprano y de manejo farmacológico, no farmacológico y bucodental recomienda la evidencia actual? La búsqueda se efectuó en PubMed y SciELO para el periodo 2012-2025, en español, inglés y portugués.

Se emplearon descriptores DeCS/MeSH y términos libres combinados con operadores booleanos: «rheumatoid arthritis» OR «artritis reumatoide», combinados mediante AND con «early diagnosis», «antirheumatic agents», «treat to target», «practice guideline», «life style» y «periodontitis». Se incluyeron guías de práctica clínica, recomendaciones de sociedades científicas, revisiones sistemáticas, revisiones narrativas de revistas indexadas, análisis de carga de enfermedad y estudios observacionales en adultos. Se excluyeron los estudios en artritis idiopática juvenil o en animales y la literatura gris.

La selección se realizó por pares, primero por título y resumen y después mediante la lectura del texto completo; las discrepancias se resolvieron por consenso. De cada documento se extrajeron el autor, el año, el tipo de documento, el ámbito y el aporte principal. Se incluyeron 15 estudios, cuyos resultados se agruparon en ejes temáticos.

RESULTADOS

En primer lugar, la sospecha de artritis reumatoide temprana surge ante artritis de las manos o los pies con rigidez matutina prolongada. El diagnóstico se apoya en la determinación del factor reumatoide y de los anticuerpos contra péptidos citrulinados, en la velocidad de sedimentación globular y la proteína C reactiva, y en los criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología y de la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR) de 2010, que permiten identificar la

enfermedad en fases iniciales (1,4). Di Matteo et al. describieron además una fase preclínica, con autoanticuerpos y síntomas sin artritis clínica, que abre la posibilidad de intervenir antes de que aparezca el daño articular (2).

En segundo lugar, en relación con la estrategia terapéutica, el grupo internacional de tratamiento por objetivos estableció que la meta del tratamiento es la remisión clínica o, si no es posible, la baja actividad de la enfermedad, con evaluaciones frecuentes y ajuste del tratamiento si no hay mejoría a los tres meses o si el objetivo no se alcanza a los seis meses (7). Las recomendaciones de EULAR de 2022 indicaron iniciar el metotrexato desde el diagnóstico, emplear los glucocorticoides solo como terapia puente de corta duración y, ante la falta de respuesta con factores de mal pronóstico, añadir un fármaco biológico o un inhibidor de las cinasas Janus, previa valoración de los riesgos cardiovascular y oncológico (8).

De forma coherente, la guía del Colegio Americano de Reumatología de 2021 recomendó el metotrexato en monoterapia como tratamiento inicial preferente en pacientes con actividad moderada o alta sin tratamiento previo, desaconsejó el uso prolongado de glucocorticoides y respaldó la estrategia de tratamiento por objetivos (9). Burmester y Pope revisaron las nuevas opciones terapéuticas, que incluyen los fármacos biológicos, los biosimilares y los inhibidores de las cinasas Janus, así como la reducción escalonada del tratamiento en pacientes con remisión sostenida (10). Para los pacientes que no responden a varias líneas, EULAR definió la artritis reumatoide de difícil tratamiento como el fracaso de al menos dos fármacos biológicos o sintéticos dirigidos con mecanismos de acción distintos, con signos de enfermedad activa o progresiva (11). La Tabla 1 resume los documentos incluidos.

Tabla 1. *Documentos incluidos sobre el diagnóstico temprano y el manejo integral de la artritis reumatoide.*

Autor et al. (n)	Tipo de documento	Ámbito	Aporte principal
Black et al. (3)	Análisis de carga de enfermedad	Mundial, 1990-2020	17,6 millones de casos en 2020 y aumento proyectado a 2050

Autor et al. (n)	Tipo de documento	Ámbito	Aporte principal
Aletaha y Smolen (4)	Revisión	Diagnóstico y manejo	Diagnóstico clínico, serológico y de reactantes de fase aguda; tratamiento precoz
Smolen et al. (7)	Recomendaciones de grupo internacional	Tratamiento por objetivos	Meta de remisión o baja actividad con ajustes a los tres y seis meses
Smolen et al. (8)	Recomendaciones EULAR 2022	Tratamiento farmacológico	Metotrexato inicial, glucocorticoides puente y escalamiento a biológicos o inhibidores de cinasas Janus
Fraenkel et al. (9)	Guía de práctica clínica	Tratamiento farmacológico	Metotrexato en monoterapia como primera opción; evitar glucocorticoides prolongados
Gwinnutt et al. (12)	Recomendaciones EULAR	Estilo de vida y trabajo	Actividad física, dieta, peso, abandono del tabaco y participación laboral
Kaur et al. (5)	Revisión sistemática	Salud periodontal	Mayor frecuencia de enfermedad periodontal en pacientes con artritis reumatoide

Fuente: elaboración propia a partir de los estudios incluidos (2026).

En tercer lugar, el manejo integral incluye medidas no farmacológicas. Las recomendaciones de EULAR sobre conductas de estilo de vida y participación laboral aconsejaron promover la actividad física regular, una dieta saludable, el mantenimiento de un peso adecuado, el abandono del tabaco y la moderación en el consumo de alcohol y favorecer la participación laboral (12).

Finalmente, en el ámbito bucodental, la revisión sistemática de Kaur et al. observó una mayor frecuencia y gravedad de la enfermedad periodontal en pacientes con artritis reumatoide, y describió que el tratamiento periodontal no quirúrgico podría acompañarse de una reducción de la actividad de la enfermedad, aunque con un número reducido de estudios (5). De Molon et al. explicaron esta asociación por mecanismos compartidos, entre ellos la citrulinación de proteínas inducida por Porphyromonas gingivalis y la inflamación crónica (13), y Hajishengallis y Chavakis

describieron las vías locales y sistémicas que vinculan la periodontitis con las enfermedades inflamatorias (14). En pacientes con artritis reumatoide, Babadi et al. analizaron los factores relacionados con la calidad de vida vinculada con la salud bucal (6).

DISCUSIÓN

De acuerdo con la evidencia revisada, el diagnóstico temprano de la artritis reumatoide se basa en la combinación de la exploración articular, la serología y los reactantes de fase aguda, y su valor reside en permitir el inicio precoz del tratamiento modificador de la enfermedad (1,4). Este hallazgo coincide con el concepto de fase preclínica descrito por Di Matteo et al. (2), aunque la identificación de individuos en riesgo antes de la artritis clínica sigue siendo un campo de investigación y no una práctica asistencial generalizada.

Entre las coincidencias destaca el acuerdo entre las recomendaciones europeas y estadounidenses sobre el papel del metotrexato como fármaco de primera línea, la limitación del uso de glucocorticoides y la estrategia de tratamiento por objetivos (7-9). Sin embargo, existen diferencias de matiz: las recomendaciones de EULAR proponen el escalamiento según los factores pronósticos y advierten sobre la seguridad de los inhibidores de las cinasas Janus (8), mientras que la guía estadounidense formula la mayoría de sus recomendaciones como condicionales por la baja certeza de la evidencia (9). La enfermedad de difícil tratamiento (11) y las nuevas opciones terapéuticas (10) muestran que la respuesta es heterogénea y exige una valoración individual.

Respecto al manejo integral, las medidas de estilo de vida (12) y la atención de la salud bucal complementan el tratamiento farmacológico. La relación entre la periodontitis y la artritis reumatoide es biológicamente plausible (13,14), y la mayor frecuencia de enfermedad periodontal en estos pacientes (5) justifica incluir la evaluación odontológica en su seguimiento. En la misma línea, Genco y Sanz destacaron las implicaciones clínicas y de salud pública de la relación entre las

enfermedades periodontales y sistémicas, y la necesidad de una colaboración entre profesionales de la medicina y de la odontología (15). No obstante, la evidencia sobre el efecto del tratamiento periodontal en la actividad de la artritis reumatoide procede de pocos estudios y de corta duración (5).

Entre las limitaciones se encuentran el número reducido de documentos, el predominio de guías y revisiones frente a los estudios primarios y la escasa representación latinoamericana. Además, no se realizó un metaanálisis ni una evaluación formal del riesgo de sesgo.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico temprano de la artritis reumatoide se apoya en la exploración articular, la determinación del factor reumatoide y de los anticuerpos contra péptidos citrulinados, los reactantes de fase aguda y los criterios de clasificación de 2010. Su manejo integral se basa en la estrategia de tratamiento por objetivos, con metotrexato como fármaco inicial, uso limitado de glucocorticoides y escalamiento a fármacos biológicos o sintéticos dirigidos cuando no se alcanza la meta.

Se suman la promoción de un estilo de vida saludable y la evaluación periodontal, dada la asociación entre la periodontitis y la artritis reumatoide. Se recomienda incorporar al odontólogo en el equipo multidisciplinario que atiende a estos pacientes.

FINANCIAMIENTO

No monetario.

CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés con personas o instituciones ligadas a la investigación.

AGRADECIMIENTOS

A UNIANDES.

REFERENCIAS

1. Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. Rheumatoid arthritis. Lancet. 2016;388(10055):2023-38.

2. Di Matteo A, Bathon JM, Emery P. Rheumatoid arthritis. Lancet. 2023;402(10416):2019-33.

3. Black RJ, Cross M, Haile LM, Culbreth GT, Steinmetz JD, Hagins H, et al. Global, regional, and national burden of rheumatoid arthritis, 1990-2020, and projections to 2050: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2021. Lancet Rheumatol. 2023;5(10):e594-610.

4. Aletaha D, Smolen JS. Diagnosis and management of rheumatoid arthritis. JAMA. 2018;320(13):1360.

5. Kaur S, White S, Bartold PM. Periodontal disease and rheumatoid arthritis: a systematic review. J Dent Res. 2013;92(5):399-408.

6. Babadi F, Hasanzadeh A, Aghajari M, Karimy M, Araban M. Correlates of oral health-related quality of life in a sample of patients with rheumatoid arthritis. BMC Oral Health. 2025;25:191.

7. Smolen JS, Breedveld FC, Burmester GR, Bykerk V, Dougados M, Emery P, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: 2014 update of the recommendations of an international task force. Ann Rheum Dis. 2016;75(1):3-15.

8. Smolen JS, Landewé RBM, Bergstra SA, Kerschbaumer A, Sepriano A, Aletaha D, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2022 update. Ann Rheum Dis. 2023;82(1):3-18.

9. Fraenkel L, Bathon JM, England BR, St.Clair EW, Arayssi T, Carandang K, et al. 2021 American College of Rheumatology guideline for the treatment of rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2021;73(7):924-39.

10. Burmester GR, Pope JE. Novel treatment strategies in rheumatoid arthritis. Lancet. 2017;389(10086):2338-48.

11. Nagy G, Roodenrijs NMT, Welsing PMJ, Kedves M, Hamar A, van der Goes MC, et al. EULAR definition of difficult-to-treat rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis. 2021;80(1):31-5.

12. Gwinnutt JM, Wieczorek M, Balanescu A, Bischoff-Ferrari HA, Boonen A, Cavalli G, et al. 2021 EULAR recommendations regarding lifestyle behaviours and work participation to prevent progression of rheumatic and musculoskeletal diseases. Ann Rheum Dis. 2023;82(1):48-56.

13. de Molon RS, Rossa C Jr, Thurlings RM, Cirelli JA, Koenders MI. Linkage of periodontitis and rheumatoid arthritis: current evidence and potential biological interactions. Int J Mol Sci. 2019;20(18):4541.

14. Hajishengallis G, Chavakis T. Local and systemic mechanisms linking periodontal disease and inflammatory comorbidities. Nat Rev Immunol. 2021;21(7):426-40.

15. Genco RJ, Sanz M. Clinical and public health implications of periodontal and systemic diseases: an overview. Periodontol 2000. 2020;83(1):7-13.

Derechos de autor: 2026 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/