



## Monográfico

# Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide

Antonio Gómez

Servicio de Reumatología, Hospital de Sabadell, Corporació Sanitària i Universitària Parc Taulí-Universidad Autónoma de Barcelona, Sabadell, Barcelona, España

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

### Historia del artículo:

Recibido el 20 de diciembre de 2010

Aceptado el 12 de enero de 2011

### Palabras clave:

Artritis reumatoide  
Criterios de clasificación

### Keywords:

Rheumatoid arthritis  
Classification criteria

## R E S U M E N

En septiembre de 2010 publicaron los nuevos criterios de clasificación para la artritis reumatoide (AR) con la intención de permitir un diagnóstico precoz de ésta. Estos nuevos criterios van dirigidos a poder clasificar los pacientes con AR de forma más precoz de lo que permitían los criterios hasta ahora utilizados.

Se comenta en esta revisión, la metodología utilizada para la creación de los nuevos criterios de clasificación, que ventajas aportan respecto a los antiguos, que carencias presentan y las consecuencias que tendrá la aplicación de estos nuevos criterios de clasificación.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

## New criteria for the classification of rheumatoid arthritis

## A B S T R A C T

In September 2010, new criteria for the classification of rheumatoid arthritis (RA) were published, with the intention of allowing an early diagnosis of the disease. These new criteria are targeted to an earlier form of RA than allowed by the criteria that had been used up to that point.

In this review we comment the methodology used for the creation of the new classification criteria, its advantages with respect to the older ones, its shortcomings and the consequences their application will have.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

En septiembre de 2010 se publican simultáneamente en *Annals of Rheumatic Diseases*<sup>1</sup> y *Arthritis and Rheumatism*<sup>2</sup> los nuevos criterios de clasificación para la artritis reumatoide (AR), como conclusión del esfuerzo conjunto realizado por la EULAR y el ACR con el fin de mejorar los criterios de clasificación utilizados hasta ahora. Estos nuevos criterios tienen un objetivo muy claro, mejorar la clasificación de la AR de corta evolución, de manera que se pueda establecer un tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) lo antes posible. Como segundo objetivo, establecen la definición de caso para poder llevar a cabo ensayos terapéuticos en pacientes con AR de corta evolución.

Lo primero que uno se pregunta es: ¿son necesarios unos nuevos criterios de clasificación de la AR? Si revisamos la metodología empleada para la elaboración de los criterios de clasificación de 1987 utilizados hasta ahora<sup>3</sup>, podremos comprobar que el objetivo de dichos criterios fue distinguir los pacientes afectos de AR

establecida de aquellos que padecían otras artropatías inflamatorias. Así para su elaboración se estudiaron 262 pacientes con AR establecida (según criterios del panel) con una media de duración de la enfermedad de 8 años y se compararon con 262 pacientes con otras enfermedades reumáticas. Estos criterios han cumplido de manera eficiente la misión para la que fueron creados y así tienen una sensibilidad en AR establecida entre el 79 y el 80%, con una especificidad entre el 90 y el 93% según se utilice su formulación en texto o en árbol de decisión<sup>4</sup>. Sin embargo, cuando estos mismos criterios se aplican a AR de corta evolución, si bien no se modifica su sensibilidad, que pasa a ser entre el 77 y el 88%, sí disminuye ostensiblemente su especificidad hasta el 33 y el 77% según la formulación utilizada.

En la última década se han producido una serie de cambios en el escenario de la AR, a veces pequeños cambios poco perceptibles, que al final nos han llevado a un escenario completamente distinto del que tenían en 1987 cuando se confeccionaron los criterios de clasificación utilizados hasta ahora. Entre dichos cambios podemos destacar cambios en los tratamientos disponibles (aparición de nuevos fármacos sintéticos [leflunomida] y sobre todo la aparición de los fármacos biológicos), cambios en los biomarcadores de la AR (aparición y estandarización de los ACPA [anticuerpos

Correo electrónico: [agomez@tauli.cat](mailto:agomez@tauli.cat)

anti-péptidos citrulinados]), cambios en los objetivos terapéuticos (búsqueda de la remisión o al menos baja actividad de la enfermedad), cambios en la estrategia terapéutica (utilizando de forma precoz los FAME y sobre todo el MTX en escalada rápida) y cambios en las recomendaciones de tratamiento como la realizada por EULAR, donde recomendaban iniciar el tratamiento con FAME en aquellos pacientes con riesgo de desarrollar una enfermedad persistente o erosiva incluso antes de que cumplieran criterios de una enfermedad establecida<sup>5</sup>. Este nuevo escenario reclamaba un cambio de los criterios de clasificación que permitiera poder aplicar de forma sistemática y objetiva los distintos avances, en especial el tratamiento precoz. Es por ello que EULAR y ACR han aunado esfuerzos con el fin de desarrollar un nuevo conjunto de criterios que, aplicados a un grupo de pacientes con sinovitis de reciente comienzo, permitan identificar el subgrupo de pacientes con mayor riesgo de presentar una enfermedad persistente y/o erosiva y con ello, detectar aquellos pacientes que pueden beneficiarse del inicio de tratamiento con FAME de manera temprana, sin dejar de identificar y clasificar a aquellos pacientes que se presenten con una enfermedad más evolucionada<sup>2</sup>.

#### Metodología para el desarrollo de los nuevos criterios

El desarrollo de unos nuevos criterios no ha sido una tarea fácil, empezando por el hecho de que no existe un patrón de oro que permita definir la AR. Se desestimó utilizar como patrón de oro la definición de AR de 1978 debido a la circularidad inherente que ello produciría, por lo que se planteó un trabajo en 3 fases.

El objetivo de la primera fase fue identificar la contribución de las distintas variables clínicas y de laboratorio utilizadas en la práctica clínica diaria en el diagnóstico de la AR<sup>6</sup>. Para ello se utilizaron datos de las cohortes de pacientes con artritis de inicio seleccionadas sobre la base de las publicaciones realizadas a partir de dichas cohortes y en la facilidad de obtener los datos a través de su investigador principal. Así se seleccionaron 9 cohortes, 6 de las cuales (Amsterdam, Austria, ESPOIR, Manchester, Norway y REACH) se utilizaron como base del análisis y 3 (Leeds, Leiden y Toronto) se utilizaron como validación de los datos obtenidos.

El primer escollo fue definir el patrón de oro que definía la AR. El grupo de expertos definió que un paciente particular sería diagnosticado de AR si iniciaba tratamiento con MTX en los 12 meses siguientes tras la primera visita al reumatólogo. A pesar de los posibles sesgos producidos por esta definición, como subrogar el diagnóstico de una enfermedad al inicio de un determinado tratamiento (no específico) para dicha enfermedad, y con el riesgo de incluir como AR pacientes afectados de otras artropatías inflamatorias como la artritis psoriásica y, en menor medida, otras conectivopatías, se decidió utilizar esta definición con el fin de evitar circularidad con los criterios de clasificación de la AR de 1987.

Se determinó qué variables eran importantes en el diagnóstico de AR (inicio de MTX en los 12 meses siguientes a la primera visita) realizando un análisis sobre 3.115 pacientes pertenecientes a las cohortes anteriormente citadas. El proceso analítico intentó identificar la contribución independiente de cada una de las variables estudiada realizando un modelo de regresión univariada de todas las variables demográficas, clínicas y analíticas incluidas en las cohortes analizadas, posteriormente se analizaron las variables principales del modelo de regresión univariada (aquellas que presentaban una *odds ratio* significativa) y se construyó un modelo de regresión multivariada con el fin de identificar la contribución independiente de cada una de las variables identificadas como independientes.

La segunda fase consistió en producir un juicio clínico sobre la contribución relativa de cada una de las variables identificadas en la fase 1 sobre el diagnóstico de AR<sup>7</sup>. Para ello se creó un panel de expertos constituido por 12 reumatólogos europeos y 12 reumató-

logos norteamericanos con amplia experiencia en el diagnóstico y el tratamiento de la AR. Se les propuso una serie de escenarios basados en casos reales de pacientes con artritis indiferenciada con baja o alta probabilidad de desarrollar una AR, pidiéndoles que identificasen los factores y las categorías entre los factores que eran importantes a la hora de determinar la probabilidad de desarrollar una AR. La importancia relativa o el peso de cada uno de los factores se determinó mediante la utilización de un programa específico denominado 1000Minds (<http://www.1000minds.com>) en un proceso interactivo e iterativo. Este proceso permitió el cálculo de una ponderación individual de cada uno de los parámetros identificados en la fase 1.

Los objetivos de la tercera fase fueron, en primer lugar, utilizar los resultados obtenidos en las 2 primeras fases y desarrollar un sistema de puntuación y definir el punto de corte óptimo que, aplicado a pacientes con artritis indiferenciada de reciente comienzo, permitiese identificar a aquellos con alta probabilidad de desarrollar una AR persistente o erosiva.

En segundo lugar, comprobar que el nuevo sistema de puntuación y el punto de corte establecido permitieran identificar con buena sensibilidad a aquellos pacientes con AR de las tres cohortes de inicio (Leeds, Leiden y Toronto), que no se utilizaron en la fase 1 para identificar las variables importantes en el diagnóstico de la AR. Así se comprobó que la sensibilidad en la cohorte de Leiden era del 96,8%, en la de Leeds del 90,5% y en la de Toronto del 87,2%<sup>1,2</sup>.

#### Los nuevos criterios de artritis reumatoide

Los nuevos criterios de AR sólo se aplicarán a una determinada población diana que debe tener las siguientes características:

- Presentar al menos 1 articulación con sinovitis clínica (al menos una articulación inflamada) y que dicha sinovitis no pueda explicarse por el padecimiento de otra enfermedad.
- Tener una puntuación igual o superior a 6 en el sistema de puntuación que se presenta en la [tabla 1](#) y que considera la distribución de la afectación articular, serología del factor reumatoide (FR) y/o ACPA, aumento de los reactantes de fase aguda y la duración igual o superior a 6 semanas<sup>2</sup>.

Estos criterios también permiten hacer el diagnóstico en aquellos pacientes que presenten una AR evolucionada siempre que:

- Tengan erosiones típicas de AR.

**Tabla 1**

Conjunto de variables y puntuación de cada una de las variables para el cómputo global. Un paciente será clasificado de AR si la suma total es igual o superior a 6

<b>Afectación articular</b>	
1 articulación grande afectada	0
2-10 articulaciones grandes afectadas	1
1-3 articulaciones pequeñas afectadas	2
4-10 articulaciones pequeñas afectadas	3
> 10 articulaciones pequeñas afectadas	5
<b>Serología</b>	
FR y ACPA negativos	0
FR y/o ACPA positivos bajos (< 3 VN)	2
FR y/o ACPA positivos altos (> 3 VN)	3
<b>Reactantes de fase aguda</b>	
VSG y PCR normales	0
VSG y/o PCR elevadas	1
<b>Duración</b>	
<6 semanas	0
≥6 semanas	1

ACPA: anticuerpos contra péptidos citrulinados; FR: factor reumatoide; PCR: proteína C reactiva; VN: valor normal; VSG: velocidad de sedimentación globular.

- Presenten una enfermedad de larga evolución (activa o inactiva) cuyos datos retrospectivos permitan la clasificación con los criterios mencionados.
- En escenarios de artritis de muy reciente comienzo, en individuos que no cumplan en un momento dado los criterios pero que los cumplan con la evolución del tiempo<sup>2</sup>.

#### *Principales deferencias entre los criterios 2010 respecto a los criterios 1987*

Existen diferencias sustanciales entre los criterios de clasificación de la AR de 1987<sup>3</sup> y los de 2010<sup>2</sup>. La primera diferencia importante es la población diana a la que se pueden aplicar. Mientras que los criterios de 1987 se pueden aplicar a cualquier individuo, los criterios de 2010 están diseñados para ser aplicados exclusivamente a pacientes con artritis indiferenciada que no pueda ser justificada por otras causas.

En cuanto a las diferencias entre los criterios valorados, podemos ver cómo desaparece la valoración de la rigidez matutina, así como la afectación de las manos o la afectación simétrica. La localización de la afectación articular pasa a valorar tanto el número de articulaciones afectadas, entre 1 (que es el mínimo) a más de 10 como tamaño de las articulaciones afectadas, si se trata de grandes articulaciones (entre las que se consideran los hombros, codos, caderas, rodillas y tobillos) o pequeñas articulaciones.

Los nódulos reumatoides dejan de formar parte de los criterios ya que se consideraron como una expresión tardía de la enfermedad y estos nuevos criterios están destinados al diagnóstico precoz de ésta.

Una de las diferencias más importantes que introducen estos nuevos criterios es la valoración de los marcadores serológicos de la AR y de los reactantes de fase aguda. En cuanto a los marcadores serológicos, además valorar la presencia del FR, valora por primera vez la presencia los ACPA. Además, no sólo considera su presencia o ausencia (positivo o negativo), sino que introduce una ponderación según el título de los marcadores, así se pondera de forma distinta a los pacientes con ambos marcadores negativos, a aquellos que tienen marcadores (uno o ambos) positivos pero con títulos bajos, y aquellos pacientes con marcadores positivos con títulos altos (considerando altos aquellos títulos iguales o superiores 3 o más veces el valor de la normalidad). Además, introduce por primera vez la valoración de los reactantes de fase aguda, velocidad de sedimentación globular y proteína C reactiva (PCR) entre los criterios de clasificación otorgando una puntuación distinta de aquellos pacientes con ambos marcadores negativos y aquellos que presentan positivos uno o ambos reactantes de fase aguda.

Los cambios radiológicos también sufren un cambio en los nuevos criterios, mientras que en los criterios de 1987<sup>3</sup>, se consideraban las lesiones radiológicas típicas de la AR como uno más de los criterios que se deben considerar a la hora de realizar la clasificación, en los criterios de 2010 las lesiones radiológicas típicas de la AR no se incluyen en el sistema de puntuación, sino que el hecho de presentar lesiones típicas de AR hacen que el paciente sea diagnosticado directamente como afectado de AR.

Otro cambio importante es la duración de los síntomas. Así, mientras en los criterios de 1987 se requería que los criterios del 1 al 4 estuviesen presentes un mínimo de 6 semanas (rigidez matutina y artritis), en los nuevos criterios de 2010 la duración igual o superior a 6 semanas es otro punto que se debe tener en cuenta, aunque no imprescindible para poder realizar el diagnóstico de AR.

En resumen, los nuevos criterios introducen cambios importantes en la valoración clínica (número de articulaciones y simetría), dan mucha más importancia a los hallazgos analíticos (marcadores serológicos y reactantes de fase aguda) y disminuyen la importancia de la persistencia temporal (se pueden diagnosticar AR de menos de 6 semanas de duración). Se suprimen de los criterios

las manifestaciones consideradas tardías (nódulos reumatoides y erosiones), aunque la presencia de erosiones típicas de AR pueden por sí misma ser el único requisito diagnóstico para realizar el diagnóstico de una enfermedad evolucionada.

#### *Ventajas y limitaciones de los nuevos criterios*

La principal ventaja de los nuevos criterios es que nos van a permitir la clasificación como AR de pacientes menos evolucionados, y con ello, probablemente, un inicio precoz del tratamiento y quizás con ello el aprovechamiento de la ventana terapéutica. Esta clasificación nos va a permitir poder homogeneizar los pacientes incluidos en cohortes de artritis de inicio, pasando así los grupos de Early Rheumatoid Arthritis y los de Very Early Rheumatoid Arthritis a ser diagnosticados simple y llanamente como AR.

Otra gran ventaja es que al tratarse de un proyecto colaborativo EULAR/ACR, los criterios se adoptarán a ambos lados del Atlántico; estos nuevos criterios van a permitir la homogeneización tanto de estudios epidemiológicos como de estudios de respuesta al tratamiento en pacientes con AR de corta evolución, independientemente de donde se realicen.

En cuanto a las limitaciones de los nuevos criterios es importante destacar el patrón de oro utilizado para la definición de artritis reumatoide.

El hecho de definir como AR a los pacientes que precisaron tratamiento con MTX en los 12 meses siguientes a la primera visita, excluidos otros FAME como la salazopirina (SZP), leflunomida (LFM) y la hidroxicloroquina (HCQ), está argumentado por los autores por el hecho de evitar incluir a pacientes con espondiloartropatías (que probablemente hubiesen recibido con mayor probabilidad SZP) y pacientes con conectivopatías (que probablemente hubiesen recibido HCQ). Sin embargo, nos podríamos plantear si esta selección no ha producido un sesgo, diagnosticando como AR a los pacientes con una artropatía grave en los que su reumatólogo decidió utilizar MTX como tratamiento y excluidos aquellos con una AR de las consideradas de bajo grado en los que su reumatólogo prefirió iniciar un tratamiento con SZP o HCQ. Por otro lado, a no ser el MTX un tratamiento exclusivo de la AR, es probable que se hayan incluido dentro del grupo definido con AR algunos pacientes con artropatía psoriásica sin una psoriasis evidente.

Otro de los inconvenientes importantes de estos nuevos criterios es la falta de inclusión de las técnicas de imagen en la puntuación. Por un lado, la radiología no se ha incluido en la puntuación por dos razones: la primera por considerarse una manifestación de enfermedad evolucionada, por lo tanto poco útil para el diagnóstico de una AR de corta evolución; por otro lado, la presencia de lesiones típicas de AR en la radiografía permite un diagnóstico directo de la enfermedad, no siendo necesario entonces recurrir a la suma de los puntos obtenida por los nuevos criterios (aunque los autores no han definido ni que se entiende por lesiones típicas de AR ni cuantas son necesarias para poder realizar el diagnóstico).

Por otro lado, otras técnicas de imagen, como la resonancia magnética y la ecografía articular, no se incluyen dentro del sistema de puntuación de las poliartitis indiferenciadas, aunque no se excluye su utilización para confirmar la presencia de sinovitis en aquellos casos que sean dudosos tras la exploración clínica.

Quizás la limitación más importante de estos nuevos criterios es que si bien van a permitir una clasificación más precoz de los pacientes con AR, no van a solucionar heterogeneidad de los dichos pacientes. Seguiremos teniendo pacientes con AR seropositivas y seronegativas (con distintos pronósticos), AR de evolución rápida, otras de evolución más lenta, AR erosivas y AR no erosivas, y lo que es peor, no nos permite dividir a los pacientes en subgrupos con distinta respuesta terapéutica.

Otra limitación es la falta de verificación de los nuevos criterios. Si bien los nuevos criterios se han verificado en 3 cohortes

de pacientes con artritis de reciente comienzo, los nuevos criterios deberán verificarse en otras cohortes con distintos grupos étnicos de pacientes.

Por último, otra de las limitaciones que van a tener estos nuevos criterios será la dificultad para establecer comparaciones entre los trabajos realizados con la nueva definición de AR y los que ya están publicados utilizando la definición antigua. Si bien es probable que durante un tiempo se utilicen de manera simultánea ambos criterios de clasificación de AR (los de 1987 y los de 2010), es lógico que, a partir de un determinado momento, sean sólo los criterios de 2010 los utilizados. Será entonces cuando quizás surjan dificultades en la comparación de los resultados, sobre todo en los casos de estudios de respuesta a distintos tratamientos y en los estudios genéticos de los pacientes, ya que al cambiar la definición de «caso» (paciente con AR), quizás los resultados no sean del todo comparables con los estudios anteriores.

#### *Qué implicación van a tener los nuevos criterios en nuestra práctica clínica*

La utilización de estos nuevos criterios de clasificación de AR en la práctica clínica diaria se va a notar en distintos aspectos.

Por un lado, van a permitir una clasificación de los pacientes con AR de forma más precoz, y ello va a conllevar probablemente un tratamiento de los pacientes de forma más precoz. Quizás esta precocidad va a permitir una mayor utilización de la «ventana terapéutica» y ello puede producir cambios farmacoeconómicos en el tratamiento de la AR.

Un tratamiento más precoz puede suponer una mejor respuesta a los tratamientos clásicos como demuestran distintos estudios<sup>8,9</sup> y quizás si se produce esa mejor respuesta se precise una menor utilización de fármacos de segunda línea (incluidos los biológicos). Aunque, por otro lado, el diagnóstico tan precoz puede también llevarnos a un sobretratamiento de pacientes con artritis autolimitadas o de bajo grado que de otra forma no se hubiesen empezado a tratar o se tratasen con otro tipo de FAME, con la necesidad de control de los tratamientos (mayor número de visitas) y la posibilidad de las morbilidades secundarias al tratamiento. Será el tiempo el que nos muestre si verdaderamente estos nuevos criterios van a producir cambios farmacoeconómicos en la AR.

Otro aspecto que se debe considerar son cambios en los criterios de inclusión en los ensayos clínicos terapéuticos. Estos nuevos criterios van a permitir incluir en los ensayos clínicos un tipo de pacientes que hasta ahora no se ha estudiado, los pacientes con AR de muy corta evolución, que hasta ahora no habían sido incluidos en ensayos clínicos y, por tanto, puede que los resultados que muestren sean distintos de los que se han obtenido hasta ahora.

Por último, debemos comentar la repercusión que tendrán estos nuevos criterios en las publicaciones. A partir de ahora, la definición de AR se deberá realizar mediante la aplicación de los nuevos criterios, como aconsejan tanto EULAR como ACR, si bien se propone un período de transición (sobre todo en los estudios que ya están en marcha) en los que se podrá utilizar como definición de caso los criterios de clasificación de 1987, aconsejando el análisis del subgrupo que cumpla con los nuevos criterios de 2010.

#### *Criterios de clasificación frente a criterios diagnósticos*

El grupo de trabajo deja bien claro que los criterios publicados son «criterios de clasificación», en contraposición a los «criterios diagnósticos». El objetivo de estos criterios es proporcionar un método estandarizado para discriminar a los individuos con artritis de corta evolución que van a presentar con más probabilidad una artritis persistente y o erosiva, y que por tanto los que con mayor probabilidad se van a beneficiar de una intervención terapéutica con FAME. Los criterios de clasificación van a permitir también

incluir a este tipo de pacientes en ensayos clínicos y otros tipos de estudio utilizando unos criterios uniformes. Los criterios no impiden a los médicos individuales realizar el diagnóstico de AR en aquellos casos de presentación inusual aunque no cumplan con los criterios de clasificación. Por ello, y aun reconociendo que los nuevos criterios es probable que se utilicen como herramienta para el diagnóstico y puede exigirse su cumplimiento por algunos organismos para permitir el acceso a determinadas intervenciones (sobre todo terapéuticas), dejan la puerta abierta a que el médico pueda diagnosticar a una persona de AR incluso sin que cumpla los criterios de clasificación o con características que no se incluyen en los criterios de clasificación, reconociendo que el espectro de presentación de una enfermedad es mucho más amplio del que se puede recoger en unos simples criterios de clasificación<sup>2</sup>.

Diversos artículos han explorado la posibilidad de crear unos criterios diagnósticos con la misma filosofía con la que ahora se han redactado estos nuevos criterios de clasificación. Uno de los primeros trabajos en este sentido fue el publicado por Visser et al<sup>10</sup> en 2002, donde los autores desarrollan un sistema de predicción en que tras la primera visita se pueda establecer la probabilidad de que un paciente individual padezca una artritis autolimitada, una artritis persistente no erosiva o una artritis erosiva. El modelo de Visser se basa en la asignación de una puntuación (basada en la probabilidad de presentación en su cohorte de artritis de inicio), obteniendo una puntuación final por la suma de las distintas puntuaciones y estableciendo un punto de corte con distintas probabilidades de desarrollo de AR al cabo de 2 años. Visser incluye por primera vez los ACPA como factor predictor (junto al FR). Quizás esta propuesta fue «demasiado novedosa» para la época, como demuestra el editorial de Scott publicado en el mismo número<sup>11</sup>. Ambos autores se enzarzaron en un intercambio epistolar de réplica y contrarréplica casi bizantino, donde acaban discutiendo sobre el significado de la palabra diagnóstico y de la palabra pronóstico. Cinco años más tarde, Van der Helm-van Mil (del grupo de Huizinga), publica un artículo en el mismo sentido<sup>12</sup>, con un planteamiento muy similar, y que posteriormente verificó en un segundo trabajo<sup>13</sup>. Si nos fijamos, en el primer trabajo, además de la presencia de FR y ACPA, se incluyen los niveles de PCR y al final, salvo ligeras diferencias, es un sistema bastante similar a los nuevos criterios de clasificación. Tanto es así que la autora publica un artículo de opinión donde compara su sistema de predicción con los nuevos criterios de clasificación<sup>14</sup> y concluye al final que ambos sistemas no son incompatibles sino complementarios, ya que su sistema de predicción pretende establecer las probabilidades en un paciente de terminado para desarrollar una AR, determinado en la primera visita mientras que el sistema de clasificación tiene como objetivo clasificar a dichos pacientes con fines terapéuticos o de estudio.

#### **Conclusión y reflexión final**

La publicación de estos nuevos criterios de clasificación nos proporciona una nueva herramienta que va a permitir, por un lado, clasificar como AR un grupo de artritis que hasta ahora quedaban clasificadas como artritis indiferenciada y, por otro, clasificar de forma precoz a los pacientes afectados de AR, ahorrando un tiempo (precioso) en el inicio del tratamiento, permitiendo con ello realizar estudios terapéuticos en estadios más precoces de la enfermedad. Quizás lo que más se echa de menos en estos nuevos criterios es poder distinguir con ellos subgrupos de pacientes con distinta evolución (grado de agresividad) o distinto perfil de respuesta terapéutica, lo que facilitaría la elección de un tratamiento o una diana terapéutica desde el inicio de la enfermedad.

Los nuevos criterios de 2010 han desplazado a los utilizados hasta ahora (criterios de 1987) y, a partir de ahora, serán la base para definir la AR. Sin embargo, la AR es una enfermedad

compleja y difícil de acotar por unos criterios de clasificación, de ahí la reflexión final de los de autores en la que apuntan que el diagnóstico de la AR está en manos del clínico, quien deberá diagnosticar y tratar a los pacientes, incluso en aquellas formas raras que no cumplan con los criterios de clasificación propuestos.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Bibliografía

1. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham 3rd CO, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis.* 2010;69:1580–8.
2. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham 3rd CO, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum.* 2010;62:2569–81.
3. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, McShane DJ, Fries JF, Cooper NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1988;31:315–24.
4. Banal F, Dougados M, Combescurre C, Gossec L. Sensitivity and specificity of the American College of Rheumatology 1987 criteria for the diagnosis of rheumatoid arthritis according to disease duration: a systematic literature review and meta-analysis. *Ann Rheum Dis.* 2009;68:1184–91.
5. Combe B, Landewe R, Lukas C, Bolosiu HD, Breedveld F, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of a task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCSIT). *Ann Rheum Dis.* 2007;66:34–45.
6. Funovits J, Aletaha D, Bykerk V, Combe B, Dougados M, Emery P, et al. The 2010 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism classification criteria for rheumatoid arthritis: methodological report phase I. *Ann Rheum Dis.* 2010;69:1589–95.
7. Neogi T, Aletaha D, Silman AJ, Naden RL, Felson DT, Aggarwal R, et al. The 2010 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism classification criteria for rheumatoid arthritis: Phase 2 methodological report. *Arthritis Rheum.* 2010;62:2582–91.
8. Lard LR, Visser H, Speyer I, Vander Horst-Bruinsma IE, Zwinderman AH, Breedveld FC, et al. Early versus delayed treatment in patients with recent-onset rheumatoid arthritis: comparison of two cohorts who received different treatment strategies. *Am J Med.* 2001;111:446–51.
9. Lard LR, Boers M, Verhoeven A, Vos K, Visser H, Hazes JM, et al. Early and aggressive treatment of rheumatoid arthritis patients affects the association of HLA class II antigens with progression of joint damage. *Arthritis Rheum.* 2002;46:899–905.
10. Visser H, Le Cessie S, Vos K, Breedveld FC, Hazes JM. How to diagnose rheumatoid arthritis early: a prediction model for persistent (erosive) arthritis. *Arthritis Rheum.* 2002;46:357–65.
11. Scott DL. The diagnosis and prognosis of early arthritis: rationale for new prognostic criteria. *Arthritis Rheum.* 2002;46:286–90.
12. Van der Helm-van Mil AH, Le Cessie S, Van Dongen H, Breedveld FC, Toes RE, Huizinga TW. A prediction rule for disease outcome in patients with recent-onset undifferentiated arthritis: how to guide individual treatment decisions. *Arthritis Rheum.* 2007;56:433–40.
13. Van der Helm-van Mil AH, Detert J, Le Cessie S, Filer A, Bastian H, Burmester GR, et al. Validation of a prediction rule for disease outcome in patients with recent-onset undifferentiated arthritis: moving toward individualized treatment decision-making. *Arthritis Rheum.* 2008;58:2241–7.
14. Van der Helm-van Mil AH, Huizinga T. The key to early rheumatoid arthritis. The conundrum of classification versus diagnosis. *The Rheumatologist.* 2010;4:20–4.