

# Utilidad clínica de la artroscopia reumatológica en la valoración del diagnóstico y la severidad de la sinovitis en pacientes con artritis crónica

Joshua Peñafiel- Sam<sup>1</sup> , Cynthia Rojas<sup>1</sup>, Claudia Arango<sup>1</sup>, Anastasia Mocritcaia<sup>1</sup>, Helena Flórez<sup>1</sup>, Lucía Alascio<sup>1</sup>, José A Gómez-Puerta<sup>1</sup>, Raquel Celis<sup>1</sup>, Ana Belén Azuaga<sup>1</sup>, Juan D Cañete<sup>1</sup> y Julio Ramírez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Reumatología, Hospital Clínico de Barcelona, España.

## INTRODUCCIÓN

El análisis de la membrana sinovial es clave para el estudio de las artritis crónicas. La artroscopia facilita la visualización de áreas inflamadas para tomar biopsias precisas, descartar otras patologías y permite realizar lavado articular e infiltración de corticoides.

## OBJETIVOS



Valorar el papel de la artroscopia y la biopsia sinovial en un centro de referencia en artroscopia reumatológica.

## MÉTODOS

Revisión de indicaciones, características demográficas y clínicas de los pacientes sometidos a artroscopia reumatológica, evaluando la severidad de la sinovitis con el índice de Krenn (IK).

## RESULTADOS

Se incluyeron 123 pacientes sometidos a artroscopia y biopsia sinovial entre diciembre 2019 y diciembre 2023. Predominaron mujeres n=74 (60.2%), con una media de edad de 54.3 años (DE 14.8) y una evolución media de 6.9 años (DE 7.8). El resto de los resultados se resumen en tablas a continuación.

Patrón articular	Hallazgos histológicos
Monoarticular: n=28 (22.8%)	Sinovitis grave (IK 5-9): n=92 (78.6%)
Oligoarticular: n=53 (43.2%)	Sinovitis leve o ausente (IK 0-4): n=25 (21.4% )
Poliarticular: n=42 (34.1%)	Patotipos sinoviales
Motivo de artroscopia	Linfomieloide: n=57 (49.1%)
Diagnóstico: n=59 (48%)	Mieloide difuso: n=41 (35.3%)
Evaluación inflamación: n=45 (36.6%)	Fibroso/pauciimmune: n=18 (15.5%)
Tratamiento: n=19 (15.4%)	Impacto diagnóstico y terapéutico
Tratamiento al momento de la artroscopia	Cambio diagnóstico post-artroscopia n=27 (22%)
FAMEc: n=25 (20.3%)	▪ n=14 (30.4%) de las AI cambiaron de diagnóstico: 6 a AR y 8 a EspA (3 PsA, 5 SpA)
FAMEb monoterapia: n=16 (13%)	▪ n=5 (4%) pasaron de inflamatoria a artrosis
FAMEc + FAMEb: n=6 (4.8%)	▪ n=5 (4%) fueron reclasificadas como AI
Inhibidores JAK: n=2 (1.6%)	Modificación del tratamiento en n=79 (64.2%)
	▪ Inicio de FAMEb: n=27 (22%)

**Tabla 1.** Diagnósticos pre y post artroscopia. AR: Artritis Reumatoide; APs: Artritis Psoriásica; SpA:Espondiloartritis no psoriásica; AI: Artritis indiferenciada.

	Pre-Artroscopia	Post-Artroscopia
AR, n(%)	24(19.5)	30 (24.3)
Artropatía Microcristalina, n(%)	8(6.5)	5(4)
APs, n(%)	34(27.6)	32(26)
SpA, n(%)	6(4.9)	11(8.9)
AI, n(%)	46(37.4)	37(30)
Artrosis, n(%)	3(2.4)	6(4.8)
Sinovitis Villonodular, n(%)	1(0.8)	0(0)
Artritis séptica, n(%)	1(0.8)	0(0)

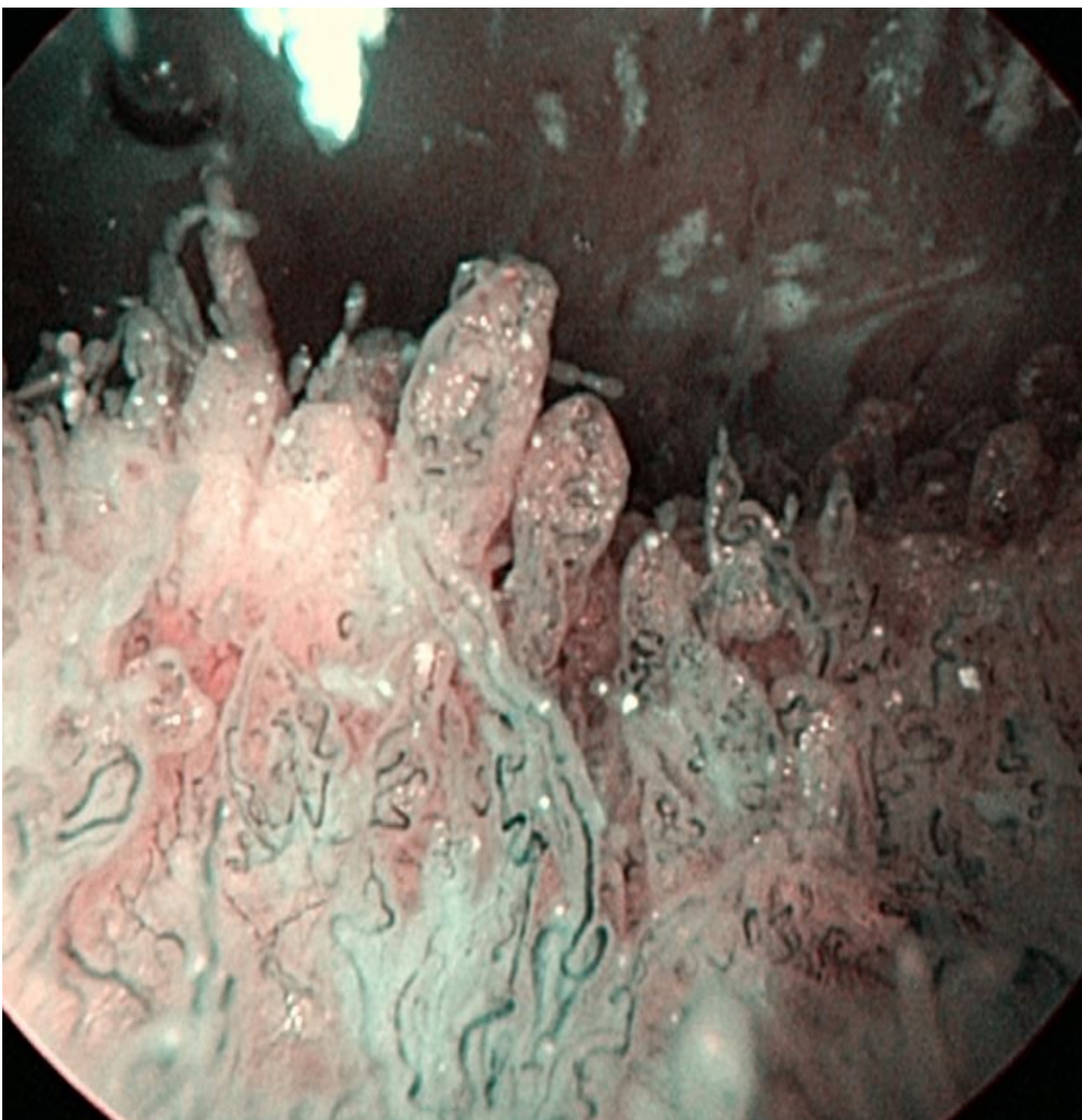


Figura 1: Gota



Figura 2: AR

**CONCLUSIONES:** la artroscopia reumatológica tiene un valor clínico más allá del valor traslacional. En nuestro estudio el 20 % de los pacientes cambiaron su diagnóstico tras la artroscopia y en más de la mitad de los casos influyó en la decisión de cambio de tratamiento.