



**Decisiones  
Acertadas**

Cuidando desde  
el conocimiento



Asociación  
Colombiana de  
Reumatología®

## Lista de Recomendaciones Top-5



### **No realizar gammagrafía ósea en el abordaje diagnóstico de pacientes adultos con artritis periférica, sacroiliítis o dolor musculoesquelético generalizado.**

La gammagrafía ósea tiene baja especificidad para el diagnóstico de los diferentes tipos de artritis periférica o sacroiliítis, por lo que no se recomienda como parte del abordaje diagnóstico de pacientes con artralgiyas o artritis (1). El diagnóstico de los diferentes tipos de artritis se realiza con base en una historia clínica detallada, los hallazgos al examen físico y según la sospecha clínica, la realización de pruebas diagnósticas complementarias (2).



### **No realizar la prueba de células LE en sangre, en pacientes con sospecha de Lupus Eritematoso Sistémico (LES) como parte del abordaje diagnóstico.**

La prueba para detectar células LE en sangre (3) se incluyó en los criterios inmunológicos de clasificación para LES de 1982 (4). Sin embargo, esta prueba puede resultar positiva en otras enfermedades autoinmunes, como el síndrome de Sjögren, la artritis reumatoide, la hepatitis autoinmune, entre otras. Debido a su baja sensibilidad y especificidad para el diagnóstico, así como a la falta de valor pronóstico en el seguimiento y en la evaluación de la actividad de la enfermedad, fue excluida de los nuevos criterios de clasificación SLICC de 2012 y EULAR/ACR de 2019 (5,6).



### **No realizar anticuerpos contra citoplasma de neutrófilos (ANCA) en el abordaje y seguimiento de pacientes con dolor musculoesquelético generalizado.**

El rendimiento diagnóstico de los ANCA en atención primaria es bajo (7,8) y pueden ser positivos en otras condiciones, como la enfermedad inflamatoria intestinal, la colangitis esclerosante o secundario a infecciones crónicas, medicamentos o neoplasias (9). Los ANCA son útiles principalmente para el abordaje de las vasculitis sistémicas de pequeño vaso (10). Este grupo de enfermedades tiene una baja prevalencia, por lo que la realización de ANCA debe reservarse a situaciones con alta sospecha clínica como la presencia de manifestaciones sistémicas sugestivas de vasculitis de pequeño vaso (síntomas constitucionales, síntomas respiratorios crónicos, neuropatía periférica, glomerulonefritis y/o púrpura, entre otros) (11).



**Decisiones  
Acertadas**

Cuidando desde  
el conocimiento



Asociación  
Colombiana de  
Reumatología®

## Lista de Recomendaciones Top-5



### **No usar glucocorticoides sistémicos de forma crónica en pacientes con dolor musculoesquelético generalizado**

Los glucocorticoides sistémicos son ampliamente utilizados en el manejo del dolor agudo y crónico debido a sus propiedades antiinflamatorias y analgésicas. Sin embargo, debido a la falta de evidencia, no se recomienda su uso en el manejo de dolor crónico musculoesquelético (12). Además, el uso crónico de glucocorticoides sistémicos (prednisolona >5 mg/día o su equivalente) se asocia con el desarrollo de osteoporosis, infecciones, cataratas, dislipidemia, hipertensión, enfermedad tromboembólica y un mayor riesgo de mortalidad (13,14). Por este motivo, su uso debe limitarse a la menor dosis efectiva y durante el menor tiempo posible, reservándolo para aquellas condiciones en las que se ha demostrado un beneficio, como el lupus eritematoso sistémico (15), la artritis reumatoide (16), las miopatías inflamatorias (17), las vasculitis sistémicas (18,19) y otras condiciones inflamatorias crónicas y endocrinas.



### **No realizar medición de factor reumatoide (FR) y anticuerpos contra proteínas citrulinadas (ACPA) de forma rutinaria en el seguimiento de pacientes con diagnóstico confirmado de artritis reumatoide.**

No se recomienda realizar de forma rutinaria la medición de ACPA y FR durante el seguimiento de pacientes con artritis reumatoide (20). Después del diagnóstico, los niveles de ACPA y FR pueden variar con el uso de la terapia modificadora de la enfermedad, sin que esto se correlacione con el nivel de actividad; por tal motivo, no tienen relevancia clínica (21,22). Además, en pacientes seronegativos al diagnóstico, la tasa de seroconversión es muy baja (23), lo que hace que la realización de estas pruebas posteriormente no sea útil y podría incrementar innecesariamente los costos.



**Decisiones  
Acertadas**

Cuidando desde  
el conocimiento



Asociación  
Colombiana de  
Reumatología®

## Lista de Recomendaciones Top-5

### Bibliografía

1. Chow SL, Thorne JC, Bell MJ, Ferrari R, Bagheri Z, Boyd T, et al. Choosing wisely: The Canadian rheumatology association's list of 5 items physicians and patients should question. *Journal of Rheumatology*. 2015;42(4).
2. Fernández-Ávila DG, Rojas MX, Mora SA, Varela Rojas P, Vanegas-García L, Sapag-Durán AM, et al. Design of an algorithm for the diagnostic approach of patients with joint pain. *Clin Rheumatol*. 2021;40(4).
3. Schmidt-Acevedo S, Pérez-Romano B, Ruiz-Argüelles A. "LE cells" result from phagocytosis of apoptotic bodies induced by antinuclear antibodies. *J Autoimmun*. 2000;15(1).
4. Tan EM, Cohen AS, Fries JF, Masi AT, Mcshane DJ, Rothfield NF, et al. The 1982 revised criteria for the classification of systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 1982;25(11).
5. Petri M, Orbai AM, Alarcón GS, Gordon C, Merrill JT, Fortin PR, et al. Derivation and validation of the systemic lupus international collaborating clinics classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Arthritis Rheum*. 2012;64(8).
6. Aringer M, Costenbader K, Daikh D, Brinks R, Mosca M, Ramsey-Goldman R, et al. 2019 European League Against Rheumatism/American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis*. 2019;78(9).
7. McLaren JS, Stimson RH, McRorie ER, Coia JE, Luqmani RA. The diagnostic value of anti-neutrophil cytoplasmic antibody testing in a routine clinical setting. *QJM: An International Journal of Medicine*. 2001;94(11).
8. Mandl LA, Solomon DH, Smith EL, Lew RA, Katz JN, Shmerling RH. Using antineutrophil cytoplasmic antibody testing to diagnose vasculitis: Can test-ordering guidelines improve diagnostic accuracy? *Arch Intern Med*. 2002;162(13).
9. Moiseev S, Cohen Tervaert JW, Arimura Y, Bogdanos DP, Csernok E, Damoiseaux J, et al. 2020 international consensus on ANCA testing beyond systemic vasculitis. Vol. 19, *Autoimmunity Reviews*. 2020.



**Lista de Recomendaciones Top-5**

10. Guchelaar NAD, Waling MM, Adhin AA, van Daele PLA, Schreurs MWJ, Rombach SM. The value of anti-neutrophil cytoplasmic antibodies (ANCA) testing for the diagnosis of ANCA-associated vasculitis, a systematic review and meta-analysis. Vol. 20, Autoimmunity Reviews. 2021.
11. Bossuyt X, Cohen Tervaert JW, Arimura Y, Blockmans D, Flores-Suárez LF, Guillevin L, et al. Revised 2017 international consensus on testing of ANCA in granulomatosis with polyangiitis and microscopic polyangiitis. Nat Rev Rheumatol. 2017;13(11).
12. NICE. Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain. NICE Guidelines. 2021;(April).
13. Einarsdottir MJ, Ekman P, Molin M, Trimpou P, Olsson DS, Johannsson G, et al. High Mortality Rate in Oral Glucocorticoid Users: A Population-Based Matched Cohort Study. Front Endocrinol (Lausanne). 2022;13.
14. Pofi R, Caratti G, Ray DW, Tomlinson JW. Treating the Side Effects of Exogenous Glucocorticoids; Can We Separate the Good From the Bad? Vol. 44, Endocrine Reviews. 2023.
15. Fanouriakis A, Kostopoulou M, Andersen J, Aringer M, Arnaud L, Bae SC, et al. EULAR recommendations for the management of systemic lupus erythematosus: 2023 update. Ann Rheum Dis. 2023;83(1).
16. McWilliams DF, Thankaraj D, Jones-Diette J, Morgan R, Ifesemen OS, Shenker NG, et al. The efficacy of systemic glucocorticosteroids for pain in rheumatoid arthritis: A systematic literature review and meta-analysis. Vol. 61, Rheumatology (United Kingdom). 2022.
17. Oldroyd AGS, Lilleker JB, Amin T, Aragon O, Bechman K, Cuthbert V, et al. British Society for Rheumatology guideline on management of paediatric, adolescent and adult patients with idiopathic inflammatory myopathy. Rheumatology (United Kingdom). 2022;61(5).
18. Hellmich B, Agueda A, Monti S, Buttgereit F, De Boysson H, Brouwer E, et al. 2018 Update of the EULAR recommendations for the management of large vessel vasculitis. Ann Rheum Dis. 2020;79(1).



**Decisiones  
Acertadas**

Cuidando desde  
el conocimiento



Asociación  
Colombiana de  
Reumatología®

## **Lista de Recomendaciones Top-5**

19. Hellmich B, Sanchez-Alamo B, Schirmer JH, Berti A, Blockmans D, Cid MC, et al. EULAR recommendations for the management of ANCA-associated vasculitis: 2022 update. *Ann Rheum Dis.* 2023;83(1).
20. Sharp CA, Bruce IN, Ellis BM, Elkhailifa S, Galloway J, Mulhearn B, et al. 145 The British Society for Rheumatology's Choosing Wisely UK recommendations. *Rheumatology.* 2019;58(Supplement\_3).
21. De Moel EC, Derksen VFAM, Trouw LA, Bang H, Collée G, Lard LR, et al. In rheumatoid arthritis, changes in autoantibody levels reflect intensity of immunosuppression, not subsequent treatment response. *Arthritis Res Ther.* 2019;21(1).
22. Boeters DM, Burgers LE, Toes REM, Van Der Helm-Van Mil A. Does immunological remission, defined as disappearance of autoantibodies, occur with current treatment strategies? A long-term follow-up study in rheumatoid arthritis patients who achieved sustained DMARD-free status. *Ann Rheum Dis.* 2019;78(11).
23. Reid AB, Wiese M, McWilliams L, Metcalf R, Hall C, Lee A, et al. Repeat serological testing for anti-citrullinated peptide antibody after commencement of therapy is not helpful in patients with seronegative rheumatoid arthritis. *Intern Med J.* 2020;50(7).