



CLINICA MÉDICA KINEFISIÁTRICA

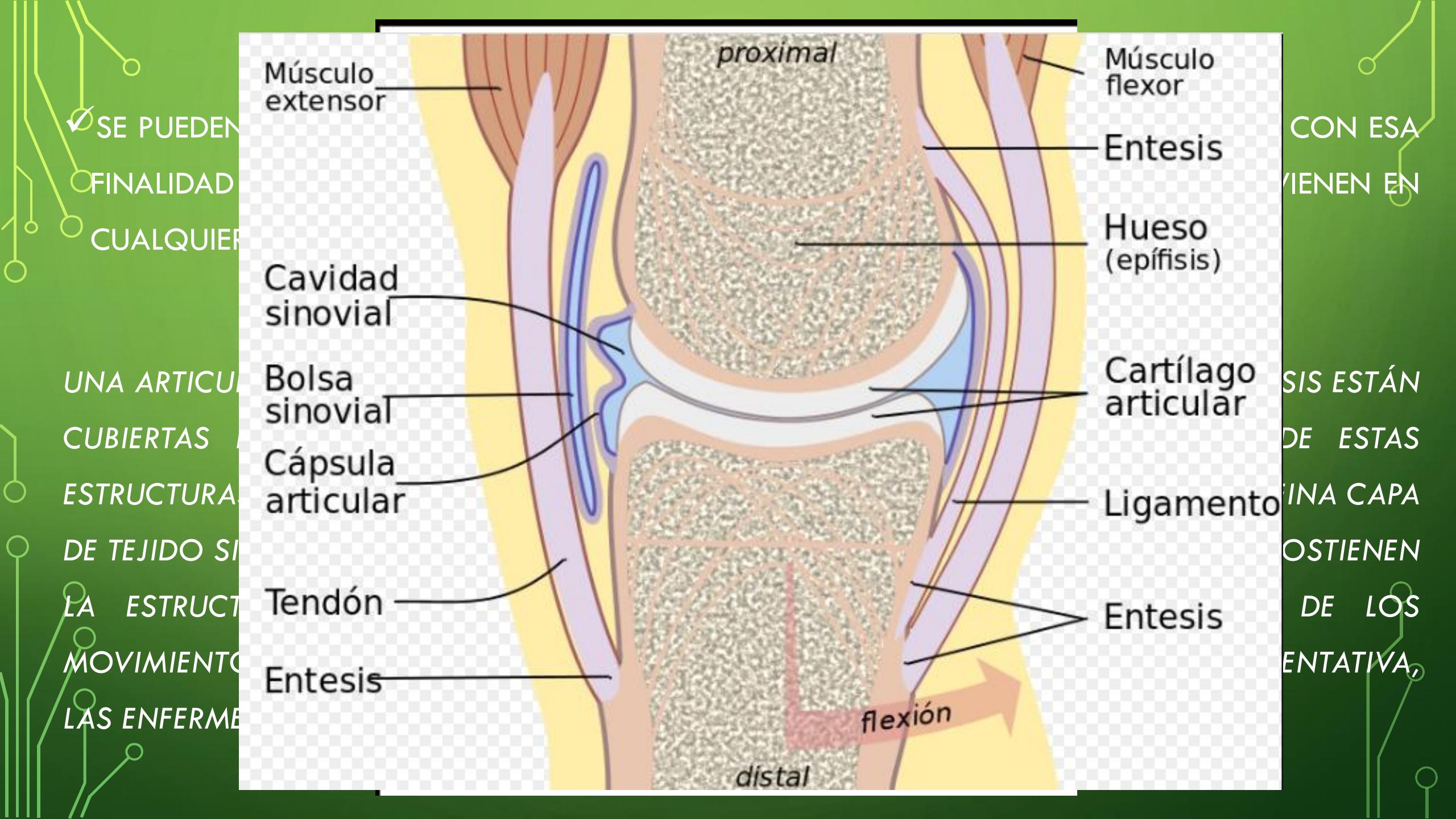
LICENCIADA NAZARENA GÓMEZ BAUSELA

ENFERMEDADES REUMÁTICAS

LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS INCLUYEN AL CONJUNTO DE PATOLOGÍAS QUE AFECTAN AL APARATO LOCOMOTOR, BÁSICAMENTE LAS ARTICULACIONES, LOS TENDONES, LOS MÚSCULOS Y LOS LIGAMENTOS, LAS ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO, TAMBIÉN CONOCIDAS COMO COLAGENOSIS O ENFERMEDADES SISTÉMICAS, Y LAS ENFERMEDADES METABÓLICAS DEL HUESO.

CARACTERISTICAS

- ✓ AL MENOS 1 DE CADA 5 PERSONAS DE LA POBLACIÓN GENERAL PADECE ALGUNA DOLENCIA REUMÁTICA. ESTA CIFRA AUMENTA A 1 DE CADA 3 ENTRE LOS 45 Y 64 AÑOS DE EDAD, Y A 1 DE CADA 2 A PARTIR DE LOS 65 AÑOS.
- ✓ LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS INFLAMATORIAS PUEDEN AFECTAR A PERSONAS JÓVENES, E INCLUSO NIÑOS, CON UNA GRAN MORBILIDAD ASOCIADA.
- ✓ EL DIAGNÓSTICO PRECOZ SIGUE SIENDO UN PUNTO CLAVE DEL QUE DEPENDE EL MEJOR PRONÓSTICO POSIBLE.
- ✓ SON, EN GENERAL, MÁS FRECUENTES EN LAS MUJERES QUE EN LOS VARONES, CON UNA RELACIÓN 2 A 1 PARA LA ARTROSIS Y LA ARTRITIS REUMATOIDE, CON VALORES AÚN MÁS ALTOS, DE 9 A 1, PARA EL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, Y VALORES EQUIVALENTES, DE 1 A 1, PARA LA LUMBALGIA, CON VARIACIONES PARA OTROS PROCESOS.

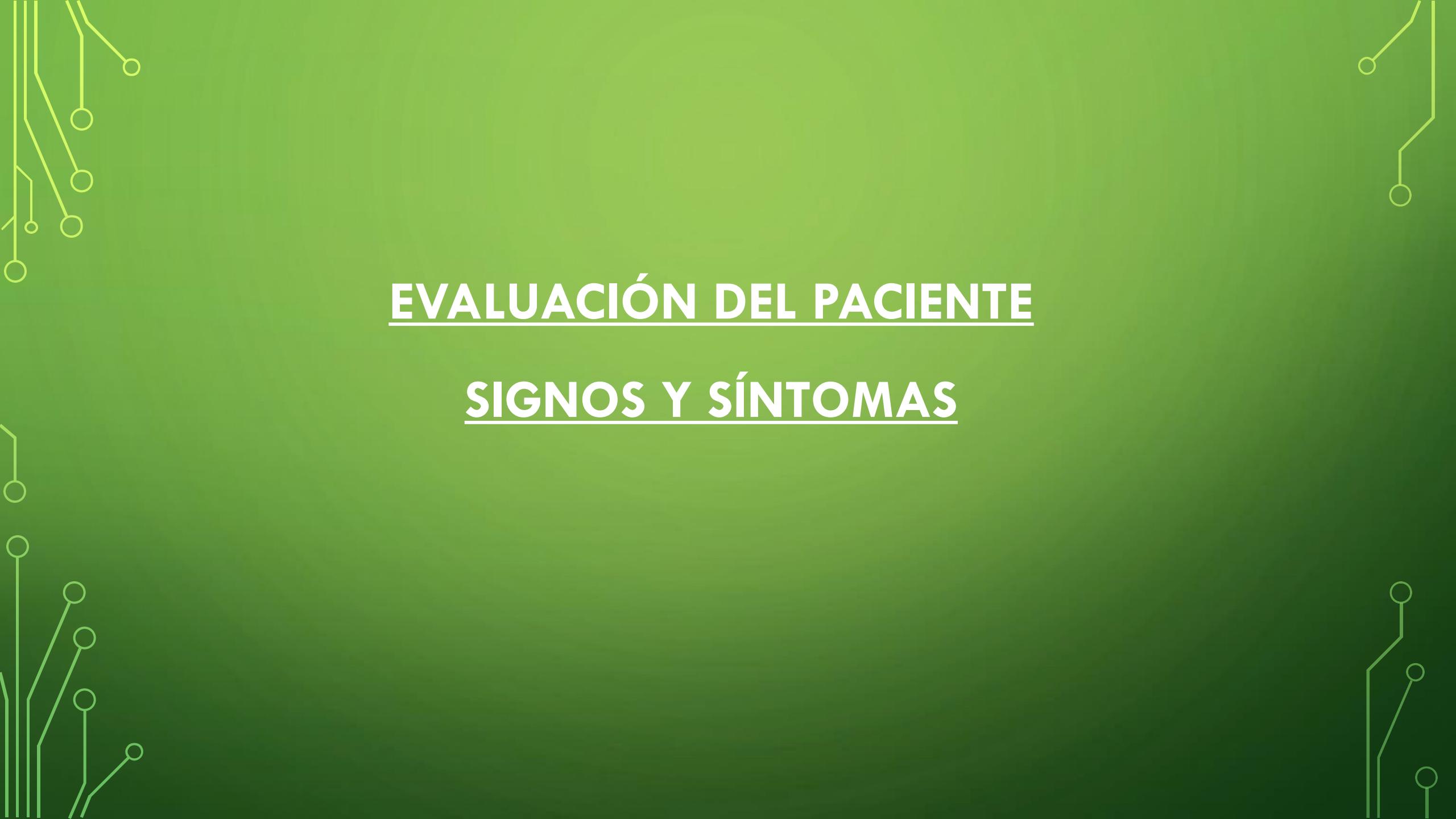


ARTROSIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Órgano diana es el cartílago articular, se caracteriza por un proceso de degradación y envejecimiento que afecta fundamentalmente a las articulaciones de carga como rodillas, caderas, columna y manos. ▪ Es un proceso muy prevalente, lento y gradual en donde las prevenciones primaria y secundaria tienen una gran importancia.
ARTRITIS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Órgano diana es la membrana sinovial. El tejido sinovial, además de ESTAR en el interior de las articulaciones, forma parte de la vaina de muchos tendones y de las bursas sinoviales. ▪ Existen más de 100 tipos de entidades distintas. En este grupo se incluirían la artritis reumatoide, las espondiloartritis, la artritis psoriásica, las artritis por microcristales, la artritis séptica y las enfermedades sistémicas del colágeno y las vasculitis. ▪ Si bien en conjunto su prevalencia es mucho menor que en la artrosis, su complejidad es mucho mayor, de donde surge la necesidad del especialista en estos procesos inflamatorios: el reumatólogo
REUMATISMOS DE PARTES BLANDAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Órgano diana son los tendones, las bursas y los músculos. ▪ Aquí se incluyen los procesos que afectan a estructuras del aparato locomotor peri o yuxtaarticulares y que hacen referencia a un grupo heterogéneo formado por los síndromes dolorosos locorregionales no propiamente articulares: hombro doloroso, dolor lumbar, dolor de cadera, dorsalgia, tendinitis, bursitis, síndromes de atrapamiento nervioso, etc.
ENFERMEDADES METABÓLICAS ÓSEAS	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Órgano diana es el hueso. ▪ Incluye un grupo altamente prevalente formado por la osteoporosis primaria (posmenopáusica, senil y del varón), la osteoporosis secundaria (asociada a enfermedades endocrinas, inflamatorias, etc.), la osteomalacia y la enfermedad de paget. También procesos menos frecuentes de tipo infiltrativo como las metástasis o los tumores primarios.

Clasificación de las enfermedades reumáticas

1. Artritis reumatoide
2. Artritis idiopática juvenil
3. Espondiloartritis
 - Espondiloartritis indiferenciada
 - Espondilitis anquilosante
 - Artritis psoriásica
 - Artritis de enfermedad inflamatoria intestinal
 - Artritis reactiva
4. Enfermedades del tejido conectivo
 - Lupus eritematoso sistémico
 - Síndrome antifosfolípido
 - Esclerodermia y trastornos afines
 - Enfermedad mixta del tejido conectivo y síndromes de superposición
 - Dermatomiositis, polimiositis y otras miopatías inflamatorias
 - Síndrome de Sjögren
5. Vasculitis
 - Arteritis de células gigantes y polimialgia reumática
 - Arteritis de Takayasu
 - Vasculitis de vaso mediano y pequeño por inmunocomplejos
 - Vasculitis ANCA positivas
 - Síndrome de Behçet y otras vasculitis
6. Otras enfermedades sistémicas
 - Sarcoidosis
 - Amiloidosis
 - Artropatías por depósito
 - Still del adulto
 - Policondritis recidivante
 - Manifestaciones osteoarticulares asociadas a otros órganos y sistemas
7. Artropatías microcristalinas
 - Gota
 - Enfermedad por depósito de pirofosfato cálcico
 - Otras artropatías microcristalinas
8. Artritis infecciosas
 - Artritis por gérmenes piógenos
 - Artritis por gérmenes no piógenos
9. Artrosis
 - Artrosis en sus diferentes localizaciones
 - Osteonecrosis
 - Hiperostosis anquilosante
10. Enfermedades óseas
 - Osteoporosis
 - Osteoporosis secundarias
 - Osteomalacia
 - Osteodistrofia renal
 - Enfermedad de Paget
 - Osteonecrosis, osteocondritis y osteocondrosis
 - Distrofia simpático refleja
11. Neoplasias y enfermedades reumáticas
 - Tumores óseos
 - Síndromes paraneoplásicos
 - Tumores articulares
12. Otras enfermedades reumáticas
 - Enfermedades congénitas del tejido conectivo
 - Sinovitis por cuerpo extraño
 - Fibromialgia y dolor miofascial
13. Trastornos extraarticulares
 - Lesiones yuxtaarticulares
 - Lesiones de los tendones
 - Bursitis
 - Entesopatías
 - Quistes, gangliones
 - Dolor lumbar
 - Síndromes de dolor regional
 - Dolor cervical
 - Dolor dorsal
 - Hombro doloroso

ANCA: anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo.



EVALUACIÓN DEL PACIENTE

SIGLOS Y SÍNTOMAS

MONOARTRITIS

CUALQUIER PROCESO INFLAMATORIO AGUDO QUE SUCEDE EN UNA ÚNICA ARTICULACIÓN SE DENOMINA “MONOARTRITIS”.

- ✓ LA MEMBRANA SINOVIAL INFLAMADA DA LUGAR A UN AUMENTO EN LA PRODUCCIÓN DE LÍQUIDO SINOVIAL (LS) Y A LA PRESENCIA DE DOLOR, TUMEFACCIÓN, IMPOTENCIA FUNCIONAL, HIPERTERMIA Y ERITEMA, EN MAYOR O MENOR MEDIDA DEPENDIENDO DE DIFERENTES FACTORES, COMO EL PROCESO CAUSAL, LA ARTICULACIÓN AFECTADA O DE FACTORES DEL PROPIO INDIVIDUO.
- ✓ LA TUMEFACCIÓN ARTICULAR NO SIEMPRE TIENE UNA CAUSA INFLAMATORIA: OTROS PROCESOS PUEDEN PRODUCIR MANIFESTACIONES CLÍNICAS MUY SIMILARES Y HAN DE TENERSE EN CUENTA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIA.
- ✓ UNA MONOARTRITIS PUEDE APARECER EN CUALQUIER ARTICULACIÓN SINOVIAL, SI BIEN ES MÁS FRECUENTE EN RODILLAS, TOBILLOS, CARPOS O CODOS.
- ✓ LA FORMA DE PRESENTACIÓN PUEDE SER AGUDA O BIEN LA INFLAMACIÓN PUEDE PERMANECER DURANTE DÍAS: CUANDO SE PROLONGA DURANTE 6 SEMANAS O MÁS, SE DENOMINA CRÓNICA.
- ✓ TENER PRESENTE QUE TODA ARTRITIS CRÓNICA COMIENZA SIENDO “AGUDA”.

ABORDAJE DEL PACIENTE: LA HISTORIA CLÍNICA

CRONOLOGÍA	Un inicio muy abrupto, de horas o pocos días, con enrojecimiento, calor, aumento llamativo del volumen de la articulación y dolor e impotencia funcional, orienta hacia una causa infecciosa o microcristalina. Una monoartritis puede constituir la forma de comienzo de un proceso inflamatorio crónico, como la artritis psoriásica, la artritis reumatoide o la espondilitis anquilosante.
EDAD Y SEXO	En niños y jóvenes no es esperable una artritis microcristalina, siendo las causas más probables las virales, las sépticas o la forma de inicio de una enfermedad inflamatoria crónica. Las mujeres jóvenes premenopáusicas presentan gota solo de forma excepcional; sin embargo, las artritis por cristales de pirofosfato cálcico dihidratado (PPCD) no son infrecuentes.
LOCALIZACIÓN	La artritis de la primera metatarsofalángica (“podagra”) es característica de la gota, pero no es en absoluto la única causa posible, por lo que no debe prescindirse del resto de exploraciones complementarias. La rodilla y la muñeca son localizaciones frecuentes de las artritis por cristales de PPCD (“seudogota”)
ANTECEDENTES EPIDEMIOLOGICOS	Tienen enorme importancia: a) un cuadro catarral o el contacto con personas que hayan presentado enfermedades exantemáticas (orienta a un origen viral); B) la ingesta de productos lácteos no higienizados, aunque muy infrecuente hoy día, debe hacer descartar una brucelosis. C) la presencia de síntomas sistémicos (diarrea, uretritis, exantema o uveítis), que alerta de una artritis reactiva. Los principales factores de riesgo de artritis séptica son: ser portador de prótesis de cadera o rodilla; haber presentado una infección cutánea; haber tenido una intervención quirúrgica articular reciente; presentar una artritis reumatoide; tener una edad > 80 años, y ser diabético.
ANTECEDENTES FAMILIARES	la presencia en familiares cercanos de enfermedad inflamatoria intestinal, psoriasis, artritis reumatoide o gota, son de especial interés.

ABORDAJE DEL PACIENTE: LA HISTORIA CLÍNICA

EXAMEN FÍSICO	<ul style="list-style-type: none">Se deberá explorar para descartar otras articulaciones afectadas y la existencia de manifestaciones sistémicas como fiebres, nódulos subcutáneos, rash en la piel, psoriasis, tofos, adenopatías, visceromegalias, uveítis, etc.El primer objetivo será determinar si el proceso es articular o periarticular.La artritis se manifiesta por hinchazón, a excepción de las sacroiliacas, el hombro y las caderas.El signo más específico de la inflamación articular es el derrame y el más sensible la limitación del movimiento articular.
EXAMEN DE LIQUIDO SINOVIAL	<ul style="list-style-type: none">Es una técnica poco invasiva, con escaso riesgo si se lleva a cabo en condiciones de asepsia rigurosa, permite establecer el diagnóstico de certeza en un elevado número de ocasiones. Es inexcusable no efectuarla a todo paciente que presente derrame articular. En articulaciones profundas, como las de las caderas o las sacroiliacas, puede realizarse bajo guía de ecografía o tomografía computarizada (TC). Simplemente observando el aspecto del LS en la propia jeringa. El grado de transparencia o turbidez orienta hacia un problema mecánico o inflamatorio respectivamente, siendo más turbio a mayor contenido de leucocitos. La presencia de líquido hemático tras una artrocentesis no traumática puede deberse a una contusión o a un trastorno de coagulación.
TÉCNICAS DE IMAGEN	<ul style="list-style-type: none">Es de poca utilidad en procesos agudos, donde generalmente tan solo se observará un aumento de partes blandas, puede servir para excluir ciertas etiologías, así como de base para futuras comparaciones. La radiología convencional puede poner de manifiesto lesiones osteolíticas, tumores óseos, osteocondritis, disminución del espacio articular, erosiones o geodas características de la artrosis, líneas de fractura, signos de necrosis aséptica, calcificaciones peri e intraarticulares, cuerpos extraños o condromas.La ecografía se utiliza especialmente en el estudio de la cadera para asegurar la presencia de derrame articular y facilitar la artrocentesis. En la rodilla permite confirmar la presencia de un quiste poplíteo. En manos expertas, establece la presencia de tenosinovitis, roturas tendinosas y colecciones periarticulares.La TC puede confirmar osteocondritis, fracturas de estrés, focos de osteomielitis, abscesos periarticulares y cuerpos extraños.La resonancia magnética es de especial utilidad para diagnosticar precozmente procesos intraóseos como la necrosis aséptica o las fracturas de estrés, así como lesiones intraarticulares en ligamentos o meniscos.

MONOARTRITIS AGUDA

✓ LAS CAUSAS MÁS COMUNES DE MAA SON LAS ARTRITIS POR MICROCRISTALES Y LAS ARTRITIS INFECCIOSAS. LA ARTRITIS INFECCIOSA PUEDE DESTRUIR LA ARTICULACIÓN EN POCOS DÍAS.

- **ARTRITIS INFECCIOSA:** Se sospecha su presencia en un paciente febril y de localización preferente en rodilla. Se buscan factores riesgos (drogas, prótesis, inmunosupresores) y un factor desencadenante que suele ser la infección extraarticular con bacteriemia.
- **ARTRITIS POR MICROCRISTALES:** La gota provocada por depósitos de urato monosódico se presenta como MAA en el 80% de los casos con predominio en 1º metatarsofalángica. La seudogota inducida por cristales de pirofosfato cálcico afecta las rodillas en el 50% de los casos. En el anciano es frecuente en las muñecas, incluso bilateral.

Artritis Séptica



- Por orden de frecuencia: rodilla (40-50%), cadera, hombro, muñeca, tobillo, codo, manos y pies.
- Una vez que aparece derrame, los hallazgos típicos son:
 - Fiebre, calor local, eritema, Dolor, aumento de volumen, franca disminución del rango articular

POLIARTRITIS

SON PRECOSOS 2 REQUISITOS.

1. QUE HAYA SINOVITIS, SIGNOS INFLAMATORIOS MAS O MENOS EVIDENTES DE LA MEMBRANA SINOVIAL ARTICULAR. EL EDEMA SUBCUTANEO Y LA RIGIDEZ SON REFERIDOS COMO INFLAMACIÓN.
2. LA SINOVITIS DEBE AFECTAR MAS DE 1 ARTICULACIÓN.

SE DENOMINA POLIARTRITIS A LA PRESENCIA DE SINOVITIS EN MÁS DE UNA ARTICULACIÓN. SI BIEN EN SENTIDO ESTRICTO UNA POLIARTRITIS SE DEFINE COMO ARTRITIS DE 4 O MÁS ARTICULACIONES (DENOMINANDO OLIGOARTRITIS A LA AFECTACIÓN DE 2 O 3), ESTA SUBCLASIFICACIÓN TIENE UNA RELEVANCIA CLÍNICA LIMITADA, POR LO QUE EN LA PRÁCTICA SE PUEDE CONSIDERAR POLIARTRITIS A LA AFECTACIÓN DE 2 O MÁS ARTICULACIONES.

EL RITMO INFLAMATORIO DEL DOLOR (PERSISTENCIA EN REPOSO), LA TUMEFACCIÓN ARTICULAR SUBJETIVAMENTE PERCIBIDA POR EL PACIENTE Y LA PRESENCIA DE RIGIDEZ MATUTINA DE MÁS DE 30 MINUTOS.

- **Edad y Sexo:** en una mujer joven con poliartritis se debe considerar la posibilidad de enfermedades autoinmunes como *lupus eritematoso* o *arthritis infecciosas*. En el caso de un varón joven se podrá sospechar de una *espondilitis anquilosante*, *arthritis reactivas* o *relacionadas con VIH*. En personas de edad avanzada la polimialgía, las artropatías degenerativas con sinovitis secundarias.
- **Antecedentes familiares e inmediatos:** los primeros como *psoriasis*, *uveítis*. Los segundos posibles enfermedades de transmisión sexual.
- **Patrón de afectación articular y evolución:** Se debe prestar especial atención al inicio del primer síntoma. Hay que averiguar si el proceso ha sido agudo o insidioso, o si se relaciona con algún acontecimiento de las semanas previas. Se debe determinar con exactitud qué ocurre tras el inicio de los síntomas. La duración (una enfermedad autolimitada), < 6 semanas puede orientar hacia una poliartritis aguda, con las posibilidades diagnósticas que ello conlleva (la poliartritis viral es uno de los mejores ejemplos), o en caso de persistencia hacia una poliartritis crónica (típica de enfermedades inmunológicas tipo AR). Otro punto importante es la localización de las articulaciones afectadas. La afectación apendicular exclusiva (predominio en extremidades superiores o predominio en extremidades inferiores) o la afectación axial concomitante pueden orientar hacia uno u otro diagnóstico.
- Es muy importante determinar la secuencia de la afectación articular. Existen 3 patrones de afectación: patrón aditivo, migratorio e intermitente. El *aditivo*, se refiere a la afectación de nuevas articulaciones mientras las afectadas con anterioridad permanecen sintomáticas. (AR, la *arthritis reactiva*). En el *migratorio*, la afectación de una nueva articulación coincide con la mejoría o la resolución de la patología en articulaciones previamente afectadas. (La *arthritis por gonococo*, *meningococo* o la *afectación articular de la fiebre reumática en niños*). En el *intermitente* se puede evidenciar una remisión completa de signos y síntomas entre los distintos episodios.(las *arthritis microcristalinas*, la *fiebre mediterránea familiar*, la *enfermedad de Whipple* y el *reumatismo palíndromo*).

ANAMNESIS

TABLA 12-1

Oligopoliartritis según su distribución simétrica o asimétrica

Simétrica	Asimétrica
	<i>Inflamatoria</i>
Artritis reumatoide	Espondilitis anquilosante
Artritis idiopática juvenil	Artritisreactiva
Enfermedad de Still del adulto	Artropatía psoriásica (oligoarticular)
Lupus eritematoso sistémico	Artropatía enteropática
Enfermedad mixta del tejido conectivo	Espondiloartritis indiferenciada
Polimialgia reumática	Reumatismo palíndromo
Fiebre reumática del adulto (reumatismo postestreptocócico)	
	<i>Degenerativa/microcristalina</i>
Artrosis primaria generalizada	Gota
Artrosis nodal (erosiva)	Enfermedad por pirofosfato (tipo seudogota)
Enfermedad por pirofosfato (tipo seudoartritis reumatoide)	
Artropatía por hemocromatosis	
	<i>Infecciosas</i>
Artritis viral	Artritis bacteriana
	Endocarditis bacteriana
	Enfermedad de Lyme
	<i>Miscelánea</i>
Osteoartropatía hipertrófica	Síndromes paraneoplásicos
Artropatía amiloidea	
Artropatía mixedematoso	
Sarcoidosis (aguda)	

DIAGNOSTICO DE POLIARTRITIS

Además de preguntar por los síntomas sistémicos, los pacientes deben ser interrogados sobre síntomas asociados a procesos que pueden manifestarse como artritis, incluyendo: erupciones cutáneas (fotosensibilidad, psoriasis, prurito, petequias, etc.), áreas de alopecia, fenómeno de Raynaud, síndrome seco, uveítis, escleritis, úlceras orales y/o genitales, enfermedades de transmisión sexual, diarreas, serositis y afectación neurológica.

Manifestaciones extraarticulares de algunas causas de poliartritis

Causa de artritis	Fiebre	Piel	Ojos	Aparato digestivo	Riñón	Pulmón	Corazón
Artritis infecciosa	X						
Artritis reactiva	X		X	X			
Artritis reumatoide		X	X			X	X
Endocarditis bacteriana	X	X					X
Enfermedad de Still del adulto	X	X		X		X	X
Enfermedad de Whipple	X	X				X	X
Espondiloartritis		X	X	X			
Esclerosis sistémica		X		X		X	
Fiebre mediterránea familiar	X	X				X	
Fiebre reumática	X	X				X	X
Lupus eritematoso sistémico	X	X	X	X		X	X
Polimiositis-dermatomiositis		X					
Sarcoidosis	X	X	X			X	
Síndrome de Sjögren			X			X	X
Vasculitis sistémica	X	X	X	X		X	X

DIAGNOSTICO DE POLIARTRITIS

EXPLORACIÓN FÍSICA Se deben explorar todas las articulaciones en busca de agravamiento del dolor, aumento de la temperatura local, engrosamiento sinovial, derrame articular, deformidad, etc. Se debería anotar y registrar la distribución de las articulaciones afectadas ya que el patrón de afectación puede orientar el diagnóstico. Se debe incluir también la exploración axial de la columna, obteniendo los rangos de movilidad cervical y lumbar, expansión torácica, dolor a la movilización, dolor selectivo a la presión en apófisis vertebrales y articulaciones sacroilíacas, curvaturas anormales de la columna y espasmos musculares. Además de la exploración articular axial y periférica, se debe realizar una exhaustiva exploración física buscando en especial: erupciones cutáneas, afectación ungueal, presencia de dactilitis, dolor en entesis, presencia de úlceras orales o genitales, afectación ocular, soplos cardíacos, roces pleurales o cardíacos, pulsos periféricos anormales y anormalidades neurológicas centrales o periféricas.

PRUEBAS DE IMAGEN

Radiología simple: muy útil a la hora de confirmar una aproximación diagnóstica. En el estudio de una poliartritis se recomienda realizar radiología de manos y pies, así como de las articulaciones afectadas. La imagen radiológica puede orientar hacia un determinado proceso. Así, la pérdida de cartílago y la presencia de osteofitos orientan hacia un proceso artrósico; la presencia de erosiones, hacia procesos como la AR; las calcificaciones articulares, hacia enfermedades por depósito de microcristales; la afectación de las articulaciones sacroilíacas, hacia el diagnóstico de una espondiloartropatía, etc.

Ecografía: Va a permitir confirmar la presencia de sinovitis en algunas ocasiones en que haya dudas en la exploración clínica, confirmando el engrosamiento sinovial, su vasculariza

ARTRITIS REUMATOIDEA

- ✓ TRASTORNO INFLAMATORIO, SISTEMICO, PROGRESIVO, CRÓNICO, SIMETRICO, POLIARTICULAR.
- ✓ ES LA ENTIDAD INFLAMATORIA MÁS FRECUENTE.
- ✓ SU INCIDENCIA ES MAYOR EN MUJERES.

CARACTERISTICAS DE PRESENTACIÓN

- SIMETRICA
- ES PROGRESIVA, ACABA PROVOCANDO DEFORMIDAD E INCAPACIDAD FUNCIONAL.

SÍNTOMAS INFLAMATORIOS

- FÁTIGA
- RIGIDEZ ARTICULAR
- ANOREXIA
- FIEBRE

ETIOLOGÍA

- DESCONOCIDA (POR AGENTES INFECCIOSOS O GENETICOS) QUE PUEDEN PROVOCAR MAOR INCIDENCIA.

ARTRITIS REUMATOIDEA

FISIOPATOLOGÍA ARTICULAR

- “*Afecta Sinovial, diferencia fundamental a la artrosis que afecta al cartílago*”.
- El comienzo es con una sinovitis, donde se liberan mediadores químicos. La sinovial se hace hipertrófica “pannus”, que se caracteriza con una sinovial aumentada de citoquinas y otros elementos irritativos que producen inflamación, que llevan más adelante a la destrucción del cartílago y a la erosión ósea.
- En un periodo final la articulación se va haciendo cada vez más rígida, produciendo una anquilosis con perdida de movimiento articular. En periodos mas avanzados hay menos dolor pero más destrucción.

ARTRITIS REUMATOIDEA

PRESENTACIÓN CLÍNICA

- Adultos jóvenes 3-1 (principalmente mujeres).
- Generalmente hay, **FIEBRE, CEFALEA, ANOREXIA, RIGIDEZ ARTICULAR MATINAL (MÁS DE ½ HORA), LE CUESTA LEVANTARSE, SIMETRÍA: IFP 75%, MCP 85%, CADERA 50%, RODILLA 75%, HOMBRO 40%.**
- Hay un compromiso mayor en las articulaciones que poseen más sinovial, con excepción de las articulaciones de la mano.
- **3 áreas principales:**
 - suboccipital (atlantoodontoidea), con compromiso neurológico;
 - 30% ATM;
 - Laringe, provocando disartria y disfagia.

ARTRITIS REUMATOIDEA

CURSO DE LA ENFERMEDAD

- INTERMITENTE: 15-20% periodos de remisión total o parcial. El periodo de remisión es mayor que al periodo de actividad. Cada nuevo episodio aumenta el número de articulaciones afectadas.
- REMITENTE: 10% periodos prolongados de remisión. Suele manifestarse siempre en la misma articulación.
- PROGRESIVA: 60/70%. Enfermedad progresiva e incapacitante.

COMPROMISO EXTRAARTICULAR

- Principalmente con infiltrados que conforman nódulos reumatoideos en zonas de extensión (codo rodillas tendón de Aquiles), también en la esclera del ojo conocido como uveítis.
- El Síndrome de Sjogren estará presente.
- También va a haber compromiso cardíaco, manifestaciones cutáneas, neurológicas y respiratorias.

ARTRITIS REUMATOIDEA

SINDROME DE TUNEL CARPIANO: Atrofia de los músculos de la eminencia tenar.

- Habrá parestesias del territorio del mediano (generalmente nocturna)
- Perdida de sensibilidad y de fuerza.

MANO REUMATICA: Afección del tejido sinovial tendinoso, con manifestación visible de deformidad de los dedos. Puede llevar a complicaciones neurológicas.

- Manos en ráfaga: desviación cubital de los dedos.
- Tendinitis en tabaquera: compromiso en extensores y flexores del pulgar.
- Dedos en resorte: nódulos reumatoideos en tendones flexores.
- Dedos en cuello de cisne: **Hiperextensión de IFP, Flexión de IFD.** Secundariamente ruptura del tendón flexor superficial.
- Dedos en ojal: **Hiperflexión de IFP, Extensión IFD.**
- Dedo en Martillo: pérdida de extensión de IFD.
- Mano de Predicador: por atrapamiento del nervio.

lación en
de cisne



ARTRITIS REUMATOIDEA

SIGNOS RADIOLOGICOS

- Estrechamiento uniforme del espacio articular.
- Erosión marginal y geodas intraóseas (#artropatías autoinmunes)
- Subluxaciones (alteraciones en alineación de las articulaciones)
- Osteoporosis yuxta-articulares (osteoporosis en bandas en MCF y IFP)
- Quistes de Beiker (quistes sinoviales)
- Edema periarticular de los tejidos blandos
- Aumento de las partes blandas por hipertrofia sinovial y derrame articular.

SIGNOS DE LABORATORIO

- Aumento de la VES y anemia crónica.
- Detección de anticuerpos extraños.
- Ig G Ig M Anti G: Factor Reumatoideo positivo.

ARTRITIS REUMATOIDEA

Criterios de la American Rheumatism Association 1987 para la clasificación de artritis reumatoide (AR)

Criterio	Definición
1. Rigidez matutina	Rigidez matutina de al menos 1 h de duración
2. Artritis de 3 o más áreas articulares	Al menos 3 áreas articulares presentan simultáneamente tumefacción de partes blandas o derrame observados por un médico
3. Artritis de las articulaciones de las manos	Tumefacción en al menos una articulación: muñeca, MCP o IFP
4. Artritis simétrica	Afectación simultánea de las mismas áreas articulares en los 2 lados del cuerpo
5. Nódulos reumatoideos	Nódulos subcutáneos sobre prominencias óseas o superficies extensoras o en regiones yuxtaarticulares observados por un médico
6. Factor reumatoide sérico	Demostración de aumento anormal del factor reumatoide sérico
7. Cambios radiológicos	Cambios típicos de AR en la radiografía de manos y muñecas, que deben incluir erosiones o descalcificación ósea localizada en las articulaciones afectadas

“CON 4 DE ESTOS 7 PUNTOS SE DIGNOSTICA LA AR”
LOS 4 PRIMEROS PUNTOS DEBEN ESTAR PRESENTES NO MENOS DE 6 MESES.

ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO (COLAGENOPATÍAS)

“Trastorno inmunitario del tejido conectivo en el que se produce una inflamación y como consecuencia una alteración del tejido colágeno.”

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

ESCLERODEREMIA

DERMATOMIOSITIS

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

- ENFERMEDAD REUMATICA, CRONICA, AUTOINMUNE, DE ETIOLOGIA DESCONOCIDA.
- SE CARACTERIZA POR UN CONJUNTO DE MANIFESTACIONES CLINICAS ASOCIADAS A LA PRESENCIA DE AUTO-ANTICUERPOS.
- INCIDENCIA MUJER/HOMBRE 10:1.
- EDAD ENTRE LOS 20/40 AÑOS (PERIODO ESTROGENICO)
- LA AFECCION CUTANEA ES EL MOTIVO DE CONSULTA MAS FRECUENTE.

“4 DE LAS MANIFESTACIONES CLINICAS NOMBRADAS POSTERIORMENTE DIAGNOSTICAN EL LUPUS”

LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO

MANIFESTACIONES CLINICA

- **EXANTEMA MALAR:** ERITEMA EN ALA DE MARIPOSA, RESPETANDO SURCO NASOFARINGEO.
- **ULCERACIONES:** ORALES NO DOLOROSAS.
- **LUPUS DISCOIDES:** PLACAS ERITEMATOSAS ELEVADAS CON ESCAMAS QUERATOSICAS ADHERENTES Y ESPICULAS FOLICULARES (ALREDEDOR DEL FOLICULO PILOSO). EN LESIONES ANTIGUAS PUEDE EXISTIR CICATRIZACIÓN ATROFICA. PUEDE SER LOCALIZADO O DIFUSO. CARACTERISTICAS EVOLUTIVAS: ERITEMA, ATROFIA, ESCAMA.
- **MISCELANEA CUTÁNEAS:** FENOMENO DE RAYNAUD, ALOPECIA, VASCULITIS, PURPURA Y PETEQUIAS.
- **FENOMENO DE RAYNAUD:** DISMINUYE CIRCULACIÓN POR UN VASOESPASMO DONDE NO HAY CIRCULACIÓN PROXIMAL. SE PRODUCE EN MANOS Y PIES. APARECE DE DISTAL A PROXIMAL. COLOR BLANCO POR VASOESPASMO, AZUL POR CIANOSIS, ROJO POR EL ERITEMA Y ES EL SIGNO DE QUE VUELVE ENTRAR SANGRE. ESTA ES UNA TRIADA QUE SUCITA EN EL TIEMPO.
- **ARTRITIS DEL LUPUS:** NO EROSIVA, QUE AFECTA A 2 O MÁS ARTICULACIONES PERIFERICAS, CARACTERIZADA POR DOLOR, TUMEFACCIÓN O DERRAME. PUEDE SER MIGRATIZ, SIN DATOS RADIGRAFICOS DE INTERES Y PRESENTA RIGIDEZ ARICULAR.
- **AFFECCIÓN DE LAS CAPAS SEROSAS PRODUCIENDO:** **AFFECCIÓN CARDIACA:** PERICARDITIS POR AFECTACIÓN DE LA SEROSA PRODUCIENDO ROCE PERICARDICO.**AFFECCIÓN PULMONAR:** PLEURITIS.
- **AFFECCIÓN RENAL.**
- **AFFECCIÓN NEUROLOGICA.** (CONVULSIONES/PSICOSIS)
- **AFFECCIÓN HEMATOLOGICA.**
- **ALTERACIÓN INMUNITARIA.**



general luego de la exposición al sol.

ESCLERODERMA

"ESCLERODERMA SIGNIFICA PIEL DURA, SE CARACTERIZA POR FIBROSIS DERMICA"

- ES MAS FRECUENTE EN MUJERES DE 20-40 AÑOS.
- EXISTEN 2 FORMAS LOCALIZADA Y GENERALIZADA.
- LA LOCALIZADA NO TIENE AFECTACIÓN VISCELAR. SUELE SER UNA LESIÓN UNICA, AGUDA, FRECUENTEMENTE EN MMII QUE AFECTA ESTRUCTURAS SUBYACENTES DE LA PIEL, CON DEFORMIDADES Y ATROFIAS SECUNDARIAS.
- LA GENERALIZADA SE LA CONOCE TAMBIÉN COMO SISTEMICA, HAY AFECTACIÓN VISCELAR Y ES DE PRONOSTICO GRAVE:
 - ATACA RIÑON, CORAZÓN, PULMON.
 - HAY DAÑO EN LOS VASOS SANGUINEOS DE ESOS ORGANOS, PROVOCANDO INFLAMACIÓN, ISQUEMIA, FIBROSIS.
 - FASCIE DE PAJARITO.
 - **SINDROME DE CREST:** calcinosis, Raynaud, disfagia, esclerodactilia, telangiectasias.



DERMATOMIOSITIS

- Debilidad muscular progresiva sin atrofias.
- Se manifiesta con mialgias.
- Se presenta en la primera infancia y en ancianos.
- Afección cutánea + afección muscular.
- **AFECCIÓN MUSCULAR:** debilidad proximal (cintura pélvica y escapular); simétrica, progresiva.
- La afección se produce en el propio miocito, fibras fásicas y tónicas están lesionadas/destruidas
ocasionan dolor: **MIALGÍAS**.
- **AFECCIÓN CUTÁNEA:**
 - Eritema Heliotropo: parpado superior rosado/violáceo.
 - El eritema es acompañado de pápulas Exantema Exfoliativo (en tronco)
 - Eritema en mano Signo de Gottron en nudillos. (eritema, edema, pápulas, atrofia)
 - Ulceraciones en la piel asociadas con osificación. (fuera del hueso)
 - Fenómeno de Raynaud.



A) Eritema periorbitario en heliotropo. B) Prominentes telangiectasias periungueales. C) Placa eritemato-descamativa sobre la rodilla. D) Lesiones eritemato-descamativas en el dorso de las articulaciones interfalangicas y metacarpofalángicas. E) Placa eritemato-descamativa en los glúteos. F) Lesiones eritemato-descamativas en el dorso y cara lateral de ambos pies.

ESPONDILOARTROPATÍAS INFLAMATORIAS

*“COMPREMETEN EL ESQUELETO AXIAL INCLUYENDO LA ARTICULACIÓN SACROILIACAS.
GENERALMENTE CON AFECCIÓN DE ARTICULACIONES PERIFERICAS.”*

- ESPONDILITIS ANQUILOSANTE**
- ARTRITIS PSORIATICA**
- ARTRITIS REACTIVA (SINDROME DE REITTES)**

ESPONDILOARTROPATÍAS INFLAMATORIAS

CARACTERISTICAS FRECUENTES

<u>RAQUIALGIA (DOLOR DE COLUMNA)</u>	<u>ENTESOPATÍA</u>
<ul style="list-style-type: none">■ LLEGA A DESPERTAR AL PACIENTE DURANTE EL SUEÑO, OBLIGANDOLO A LEVANTARSE DE LA CAMA Y A CAMINAR PARA ALIVIAR SINTOMAS (#ARTROSIS).■ DOLOR ASCENDENTE: LUMBARES, DORSALES, CERVICALES. REUNIENDO AL MENOS 4 DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES:<ol style="list-style-type: none">1. INICIO ANTES DE LOS 45 AÑOS (#ARTROSIS)2. COMIENZO INCIDIOSO (MÁS DE 3 MESES DE EVOLUCIÓN)3. MEJORA CON EL EJERCICIO.4. SE ASOCIA A RIGIDEZ MATINAL.5. DURACIÓN MAYOR A 3 MESES	<ul style="list-style-type: none">■ DOLOR A LA PALPACIÓN PUNZANTE.■ PUNTOS DE INSERCIÓN OSEA, LIGAMENTOS Y TENDONES DE CARACTERISTICAS INFLAMATORIAS CON TENDENCIA A PRODUCIR : FIBROSIS, AUMENTO DE PRODUCCIÓN DE HUESO NUEVO EN ZONA DE INSERCIÓN, FENOMENO DE ANQUILOSIS OSEA.

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

- AFECTA COLUMNA EN FORMA ASCENDENTE.
- SE PRODUCE MÁS EN HOMBRES QUE EN MUJERES.
- EDAD DE COMIENZO 30 AÑOS.
- EL RESULTADO FINAL ES UNA ANQUILOSIS (PERDIDA DE MOVIMIENTO PERMANENTE) CON FORMACIONES DE PUENTES OSEOS (SINDESMOFITOS) Y COMPROMIDO DE LA MOVILIDAD CON FIJACIÓN DEL TRONCO EN FLEXIÓN.
- ENTESOPATÍA EN LIGAMENTO VERTEBRAL, SE OSIFICA. (COMÚN, ANTERIOR Y POSTERIOR)
- VERTEBRA DEFORMADA “SINTOMA DE LA VERTEBRA CUADRADA”. NUDOS EN CAÑA DE BAMBÚ.
- EXAGERACIÓN DE LA SIFOSIS. SE PIERDE LORDOSIS LUMBAR.
- SE PIERDE MIRADA HORIZONTAL (JIBA)
- LIMITACIÓN DE LA MOVILIDAD DEPENDIENDO DEL GRADO Y TIEMPO DE EVOLUCIÓN, CON MARCADA CONTRACTURA DE MUSCULOS PARAESPINALES.
- COMPROMISO ARTICULAR SIMETRICO

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Criterios modificados de Nueva York para el diagnóstico de la espondilitis anquilosante (EA) (1984)

Criterios clínicos

- 1.- Dolor lumbar y rigidez de más de 3 meses de duración, que mejora con el ejercicio
- 2.- Limitación de movimientos de la columna lumbar en los planos sagital y frontal
- 3.- Limitación de la expansión torácica con respecto a los valores normales corregidos

Criterio radiológico

Sacroileítes bilateral de al menos grado 2 o unilateral grado 3-4

Se considera una EA definida si el criterio radiológico se asocia como mínimo a un criterio clínico.

Se considera una EA probable cuando existen los tres criterios clínicos sin el criterio radiológico.

Incapaz de mirar hacia arriba mientras camina (el paciente no puede ver el sol)



ARTRITIS REACTIVA (SINDROME DE REITTES)

- LA ARTRITIS REACTIVA ES UNA INFLAMACIÓN ARTICULAR ASÉPTICA QUE APARECE TRAS UN PROCESO INFECCIOSO DE ORIGEN GENERALMENTE, PERO NO EXCLUSIVO, INTESTINAL O UROGENITAL.
- CLÁSICAMENTE SE HA DENOMINADO SÍNDROME DE REITER A LA TRÍADA CARACTERÍSTICA COMPUESTA POR UNA ARTRITIS REACTIVA QUE SE ACOMPAÑABA DE CONJUNTIVITIS Y URETRITIS. ESTE TÉRMINO ESTÁ EN DESUSO Y EN LA LITERATURA MÉDICA SE PREFIERE LA DENOMINACIÓN GENÉRICA DE ARTRITIS REACTIVA, AUNQUE SE PRESENTE CON ESTA TRÍADA DE SÍNTOMAS TÍPICOS.
- AFECTA POR IGUAL A HOMBRES Y MUJERES. ENTRE LOS 30/40 AÑOS.
- EL INICIO DEL CUADRO ES DOLOR ARTICULAR.
- EL LIQUIDO ARTICULAR ES ASEPTICO.
- LESIONES CUTANEO-MUCOSAS (AFTAS, MANCHAS EN LA BOCA) QUERATODERMIA, BALANICITIS, DISTROFIA UNGUEAL.



ARTRITIS PSORIASICA

- AFECTA PRINCIPALMENTE ARTICULACIONES DISTALES.
- CONSTITUYE ENTRE EL 8 AL 10 % DE LAS ENFERMEDADES ARTICULARES.
- ES MÁS FRECUENTE EN MUJERES QUE EN HOMBRES.
- ES ASIMETRICA.
- LA ENFERMEDAD CONSISTE EN EL RÁPIDO RECAMBIO DE PIEL.

■ LESIONES CUTANEAS:

- UÑAS: PIQUETEADAS “UÑAS EN DEDAL”, DEBEN EXISTIR POR LO MENOS 20 HOYOS. DESPEGAMIENTO DE LA UÑA, ESTRIACIONES, HIPERQUERATOSIS UNGUEAL.
- PIEL: LESIONES ERITEMATOSAS QUE COMPROMETEN CUERO CABELLUDO, CODO, ZONA RETROAURICULAR, OMBLIGO, PLIEGUE INTERGLUTEO.

■ IMAGEN RADIOGRAFICA

- ARTRITIS EROSIVA/DESTRUCTIVA.
- SIGNO DEL LÁPIZ/CAPUCHÓN (SE COME LA ARTICULACIÓN)
- DEDOS EN SALCHICHÓN (GORDOS ERITEMATOSOS)



FIGURA 35-1 ■ Dactilitis del segundo dedo del pie causa tumefacción global del segundo dedo. Lesiones de la zona metatarsofálgica y onicopatía asociada.



FIGURA 35-2 ■ Detalle de una radiografía de la mano derecha de un paciente con artritis psoriásica. Escasa o nula porosis yuxtaarticular con imágenes de erosión-proliferación, sobre todo en las articulaciones interfalangicas proximales. Imágenes lápiz-copa en articulaciones interfalangicas distales (tercer y cuarto dedo) y en la interfalangica proximal del quinto dedo.

