



Introducción

La fuente más común de sintomatología y de limitación funcional en el adulto es el sistema músculo esquelético. El 40% de las personas mayores de 60 años padecen de artralgias. El dolor articular es una causa frecuente de consulta en medicina general, medicina interna, y más aún en reumatología y traumatología. El origen del término "reumatismo", frecuentemente utilizado pero de significado incierto, se remonta al siglo IV antes de Cristo: la palabra *rheuma* pertenece a la teoría humoral del origen de las enfermedades y significaba "flujo", haciendo referencia a un humor que fluiría desde el cerebro hacia las articulaciones, generando dolor.

Una enfermedad reumática es aquella que presenta compromiso del aparato locomotor, no sólo a nivel articular. Existen por lo tanto, además de los reumatismos de origen articular, patologías reumáticas de origen muscular, tendinoso o ligamentario. Todos ellos son capaces de generar dolor que el paciente puede referir como "dolor articular". Es importante por lo tanto, tener en cuenta que cuando el motivo de consulta es "dolor articular", el diagnóstico diferencial no sólo incluye enfermedades articulares, sino también reumatismos extraarticulares, y enfermedades inflamatorias, infecciosas, neoplásicas y metabólicas (tabla 1).

Tabla 1: Causas más Frecuentes de Dolor Articular no Traumático según Sexo y Edad

Edad (años)	Masculino	Femenino
18-30	Espondiloartropatías seronegativas (EASN) Gota Artritis infecciosas Fiebre reumática	Artritis reumatoidea (AR) Enfermedades del tejido conectivo (TC) (lupus eritematoso [LES], Sjögren) Fibromialgia Fiebre Reumática Artritis infecciosas Sarcoidosis
30-60	Gota EASN Artritis infecciosas Vasculitis Hemocromatosis	AR Artritis infecciosas Enfermedades tiroideas Enfermedades TC (LES, Sjögren, ESP) Vasculitis Sarcoidosis Neuropatías periféricas
> 60	Bursitis. Gota. Pseudogota AR, vasculitis Polimialgia reumática (PMR) RS3PE Enfermedades tiroideas Amiloidosis. Linfoma Osteoartropatía hipertrófica Neuropatías periféricas	Bursitis. Gota. Pseudogota AR, vasculitis PMR Artritis infecciosas Osteoartritis (OA) erosiva Enfermedades tiroideas Amiloidosis Linfoma

Copia N°:	Representante de la Dirección:	Fecha:
	<i>Revisó</i>	<i>Aprobó</i>
<u>Nombre</u>	Dr. Leonardo Gilardi	Dra. Inés Morend
<u>Firma</u>		
<u>Fecha</u>	22/08	05/09

Clasificación del Dolor Articular
Según presencia o ausencia de compromiso inflamatorio asociado: sinovitis (ARTRITIS)
Según cantidad de articulaciones comprometidas: monoarticular, oligoarticular (2 a 4 articulaciones) o poliarticular (más de 4 articulaciones afectadas)
Según forma de comienzo (agudo menor a 6 semanas, crónico mayor a 6 semanas)
Según tipo de articulaciones afectadas (compromiso periférico/axial, pequeñas/grandes, afección predominante de miembros superiores o inferiores)
Según localización (MCF, PIF, DIF, tenosinovitis, entesitis)
Según distribución (simétrica o no simétrica)
Según patrón (migratorio, aditivo ó fijo)
Según evolución (autolimitado, episódico, persistente fluctuante o sostenido)

Causas más Frecuentes de Dolor Articular y Periarticular

El médico debe, como primera medida, considerar si los síntomas articulares forman parte de una entidad sistémica (infección, neoplasia), recurriendo a un interrogatorio y examen físico completo, junto a los exámenes complementarios requeridos según hallazgos.

Reumatismos de Partes Blandas

Conforman *uno de los motivos de consulta por dolor más frecuentes* en la práctica diaria, originados a partir de las estructuras musculoesqueléticas que rodean la articulación. El dolor NO está generado por compromiso de la articulación *per se*. Suelen ser trastornos de carácter benigno, y remiten con el paso del tiempo una vez controlado el factor precipitante. Dentro de los más frecuentes están:

- **HOMBRO: tendinitis del manguito rotador** (cuyo componente más afectado es el músculo supraespinoso), **periartritis** (hombro congelado, con restricción de movimientos pasivos y activos), **bursitis subacromial** (puede asociarse a tendinitis del manguito rotador)
- **CODO: epicondilitis** (codo de tenista), **epitrocleítis** (codo de golfista), **bursitis olecraneana** (frecuentemente asociada con microtraumatismos o enfermedades cristálicas)
- **MANO: síndrome del túnel carpiano** (neuropatía por atrapamiento más frecuente, compromete el nervio mediano) y **tendinitis de De Quervain** (afecta tendones del abductor largo y extensor corto del pulgar en su paso en la extremidad distal del radio).
- **RODILLA: bursitis anserina** (en inserción de la "pata de ganso", más frecuente en mujeres obesas y pacientes con *genu valgo*), **tendinitis rotuliana** (dolor en polo inferior de la patela), **condromalacia rotuliana** (generalmente asociada con microtraumatismos y debilidad muscular)

- PIE: **tendinitis aquileana** (exacerbada por la flexión dorsal del pie), **fascitis plantar** (inflamación en su inserción en el calcáneo), **metatarsalgia** (causa muy frecuente de consulta).
- PELVIS: **bursitis trocantérica** (muy frecuente, afecta más al sexo femenino, y se asocia con sobrepeso), **bursitis isquiática** (dolor en región glútea exacerbada al sentarse), entre otros.

El *diagnóstico* consiste en un examen físico completo con valoración de motilidad activa y pasiva, y técnicas por imágenes en ciertos casos y según necesidad (radiología, ecografía y/o resonancia magnética). El *tratamiento* es en general conservador, con reposo de la región afectada, antiinflamatorios no esteroides (AINE), fisioterapia y kinesioterapia, e infiltraciones con esteroides locales, aunque en algunos casos se requiere terapia quirúrgica.

Enfermedades Articulares

El compromiso articular no traumático se clasifica en 2 grandes grupos:

Enfermedad articular DEGENERATIVA

La **OA** es la enfermedad articular más frecuente y se caracteriza por dolor articular de tipo mecánico (mejora con el reposo y empeora con el ejercicio), rigidez matinal de minutos de duración, gelificación, presencia de proliferación ósea (osteofitos), déficit de rangos articulares, deformidad osteoarticular progresiva y crepitación articular. En general no se acompaña de inflamación sinovial asociada.

<i>Compromiso articular</i>	Inflamatorio	No inflamatorio
<i>Rigidez matinal</i>	Horas	Minutos
<i>Sensibilidad local</i>	Frecuente	A veces
<i>Aumento del volumen</i>	Presente	Sin sinovitis
<i>Eritema local</i>	Común	Poco frecuente
<i>Recuento sinovial de glóbulos blancos</i>	> 2000/mm ³	< 2000/mm ³
<i>Aparición del dolor</i>	En reposo o nocturno	Durante el movimiento
<i>Aumento temperatura local</i>	Frecuente	Poco frecuente

Los sitios más frecuentes de afección de la patología degenerativa son las manos (nódulos de Heberden en interfalángicas distales y Bouchard en proximales, rizartrosis del pulgar), caderas, rodillas (pinzamiento del compartimiento medial generando *genu varo*, o bien lateral en el *genu valgo*) a nivel periférico, así como compromiso axial (cervicodorsolumbar).

En cuanto al *tratamiento no farmacológico*, se recomiendan los ejercicios terapéuticos, así como algunos agentes físicos y la utilización de ortesis. Dentro del *tratamiento farmacológico*, el **paracetamol** es un analgésico efectivo para el tratamiento del dolor de intensidad moderada a grave en OA de rodilla, cadera y/o mano. Los **AINE** deberían ser utilizados el menor tiempo y a la menor dosis posible para minimizar sus efectos adversos. Los **opioides** también son efectivos en pacientes que no responden a terapia previa con los anteriores. Los **corticoides intraarticulares** pueden utilizarse como alternativa válida en pacientes que no mejoraron con AINE o analgésicos, principalmente en caso de OA de rodillas. El **ácido hialurónico** también es eficaz para el control del dolor en individuos con OA de rodillas; su empleo estará destinado a aquellos pacientes en los cuales no se obtuvo respuesta a otros tratamientos.

El tratamiento con **drogas modificadoras de la OA** mejora los síntomas y reduce la degradación cartilaginosa, con un razonable perfil de seguridad:

- Diacereína: mejora significativamente el dolor y la función en OA de cadera y rodilla. En OA de cadera además enlentece la progresión radiológica.
- Insaponificables de palta y soja: mejoran el dolor y la función en OA de rodilla; no se ha demostrado que retarde la progresión radiológica en ninguna localización.
- Sulfato de glucosamina (SG): sería efectivo en el control del dolor y la función en la OA de rodilla, y a su vez detendría su daño estructural. Los resultados son contradictorios con respecto a la eficacia del condroitín sulfato (CS) en la disminución del dolor en la OA de rodilla. Por otra parte, la sumatoria del CS más SG no sería beneficiosa para retardar el daño estructural ni disminuir el dolor en la OA de rodilla, si bien es ampliamente utilizada en la práctica diaria.
- La hidroxiquina, en OA erosiva de manos, demostró disminuir la sinovitis, el dolor y la rigidez matinal.

Enfermedad articular INFLAMATORIA

Dentro de las enfermedades que cursan con sinovitis (artritis), se debe definir inicialmente la cantidad de articulaciones afectadas, para realizar un correcto diagnóstico diferencial con la ayuda del examen físico completo y métodos complementarios.

Monoartritis: cualquier desorden articular es capaz de presentarse inicialmente como monoartritis, con raras excepciones. El enfoque de un paciente con monoartritis requiere siempre de una evaluación exhaustiva para *descartar* con prontitud el diagnóstico de *artritis séptica*, debido a que el pronóstico de esta patología depende principalmente de la institución precoz del tratamiento antibiótico correspondiente.

En las **monoartritis agudas**, el inicio de los síntomas ocurre forma brusca, particularmente en las artritis bacterianas y en aquellas cristálicas. Las **monoartritis crónicas** pueden ser secundarias a infecciones por gérmenes menos habituales como *M. tuberculosis* u hongos, a artritis inflamatorias no infecciosas (EASN, cristálicas, AR temprana) o a causas estructurales. En las formas crónicas es importante diferenciar las exacerbaciones de una enfermedad preexistente (por ejemplo: empeoramiento de OA por uso excesivo) de un proceso agudo sobreagregado (infección). Al examen físico hay dolor a la movilización de la articulación, disminución del rango de movilización articular y aumento de volumen articular. Puede además haber aumento de temperatura local y derrame articular.

El estudio del líquido sinovial es fundamental en el diagnóstico diferencial

Líquido sinovial	Normal	No inflamatorio	Inflamatorio	Hemorrágico
<i>Volumen (ml)</i>	< 4	> 4	> 4	> 4
<i>Color</i>	Claro	Xantocrómico	Blanquecino	Hemorrágico
<i>Claridad</i>	Transparente	Transparente	Traslúcido u opaco	-
<i>Recuento de leucocitos/mm³</i>	< 150	< 2000	> 2000 (en artritis sépticas > 50000)	-
<i>Causas</i>		OA, trauma, NOA, enfermedades metabólicas, hemoglobinopatías, pancreatitis, enfermedades del TC, amiloidosis, PMR	Artritis séptica (agudas o crónicas), AR, EASN, artritis cristálicas, fiebre reumática, virales, endocarditis bacteriana subaguda, leucemia, etc.	Séptico, traumático, discrasias sanguíneas, tumores, cristálicas, hombro hemorrágico senil, etc.
<i>% PMN</i>	< 25	< 25	> 70	



Compromiso Poliarticular

La patología articular inflamatoria más frecuente es la **AR**, enfermedad de carácter crónico y autoinmune que puede presentar manifestaciones extraarticulares. En la AR, el compromiso suele ser poliarticular, simétrico y afecta con frecuencia las pequeñas articulaciones de manos y pies, si bien cualquier articulación diartrodial puede verse comprometida, y puede iniciarse comprometiéndolo una sola articulación.

La incidencia en nuestro país es de 2.4 casos cada 100 mil personas/año. Su comienzo es frecuentemente gradual e insidioso, con dolor, inflamación articular y rigidez matinal prolongada. El desarrollo de deformidades articulares se produce por diferentes mecanismos relacionados con la inflamación y la hiperplasia del tejido sinovial, y comienza en forma temprana en el curso de la enfermedad. El 75% de los pacientes presenta erosiones radiológicas en los 2 primeros años del diagnóstico, lo que ha llevado a subrayar en las últimas décadas la importancia de un diagnóstico TEMPRANO y tratamiento OPORTUNO para mejorar el pronóstico. Se define *AR temprana* como aquella con menos de 2 años de evolución. Ha sido ampliamente demostrado que el tratamiento precoz y agresivo de esta enfermedad, asociado con control estricto de su actividad, mejora sustancialmente la capacidad funcional y calidad de vida de estos pacientes.

En cuanto al diagnóstico, es de suma importancia el examen físico que incluya un recuento articular completo y la evaluación de medidas de actividad, capacidad funcional y calidad de vida (clínica). La presencia de factor reumatoideo y anticuerpos anti-péptido cíclico citrulinado (aCCP: alta sensibilidad y especificidad para AR), junto a técnicas de imágenes (radiología, y ecografía o resonancia articular, esta última mayormente en AR temprana) permiten obtener en forma precoz el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad y, de esa manera, realizar la terapia conveniente para cada paciente en particular.

Con respecto al tratamiento, es de suma importancia el componente *no farmacológico* (terapia física), para mantener los rangos de movilidad y la fuerza muscular, que frecuentemente se ve alterada en esta patología.

En cuanto al *tratamiento farmacológico*, se utilizan los **AINE y esteroides** como tratamiento sintomático del dolor e inflamación, aunque en presencia de manifestaciones extraarticulares graves, los corticoides son utilizados a altas dosis. En cuanto a las drogas modificadoras de la AR (**DMAR**) la más ampliamente utilizada es el *metotrexate*, debido a su demostrada eficacia en estudios controlados, mayor adherencia, baja frecuencia de eventos adversos, fácil dosificación y bajo costo. Se utiliza a dosis promedio de 10 a 25 mg/semanales. Otras drogas que han demostrado tener la misma eficacia que el metotrexate en mejorar el pronóstico de la enfermedad, son la leflunomida, sulfasalacina y las sales de oro parenterales (estas últimas son de uso menos frecuente debido a la mayor

ocurrencia de eventos adversos). La hidroxicloroquina presenta menor eficacia con respecto a los anteriores y se utiliza en general en ausencia de factores de mal pronóstico. En caso de falla terapéutica, puede realizarse combinación de DMAR (por ejemplo metotrexate y leflunomida), o iniciar terapia biológica.

Los **tratamientos biológicos**, ampliamente utilizados en esta enfermedad, tienen como blanco terapéutico diferentes citoquinas proinflamatorias. Los aprobados en Argentina para su uso son:

- Anti-factor de necrosis tumoral alfa (TNF-A): infliximab, etanercept, adalimumab, golimumab, certolizumab pegol
- Anti-CD20: rituximab
- Anti-interleuquina 6: tocilizumab
- Modulador de la señal coestimuladora: abatacept

Están actualmente recomendados para pacientes con AR activa que no han respondido en un tiempo adecuado (3 a 6 meses) a la terapia con DMAR o que han presentado intolerancia. Pueden ser agregados o reemplazar al tratamiento DMAR existente. Todos ellos han mostrado eficacia clínica, radiológica y funcional con un buen perfil de seguridad tanto para enfermedad temprana como evolucionada.

Por otra parte, **las EASN** son un grupo de enfermedades que incluye la artritis psoriásica, las artritis reactivas, la espondilitis anquilosante, las artropatías enteropáticas y las EASN indiferenciadas. Corresponden a patologías que comparten hallazgos genéticos, clínicos y radiológicos, presentando frecuentemente compromiso del esqueleto axial y articulaciones sacroilíacas, artritis periférica de tipo ASIMÉTRICA y a predominio de miembros inferiores, compromiso de entesis, ausencia de factor reumatoideo, agregación familiar, y asociación con el HLA B27. El tratamiento farmacológico de estas entidades consiste en AINE (compromiso axial y periférico), esteroides locales, DMAR (compromiso periférico) y terapia biológica (compromiso axial y periférico). Las DMAR más utilizadas son la sulfasalacina y, en menor medida, metotrexate y leflunomida, mientras que en general las terapias biológicas aprobadas por ANMAT para el tratamiento de estas entidades son los anti-TNF-A (depende de cada patología). Es de suma importancia la terapia física para mantenimiento de rango máximo de movimiento y fortalecimiento muscular.

En otro orden, las **colagenopatías** presentan dentro de sus síntomas más frecuentes al compromiso osteoarticulomuscular. En el *LES*, el compromiso articular varía desde leves artralgias hasta artritis deformante NO erosiva (artropatía de Jaccoud). Los pacientes suelen responder bien al uso de analgésicos o AINE, aunque, en casos de artritis persistente, puede ser necesario el tratamiento con antimaláricos, y con menos frecuencia metotrexate o leflunomida. El *síndrome de Sjögren* suele presentar poliartralgiyas y, en

algunos casos, poliartritis generalmente simétrica y no erosiva. El tratamiento es similar al del compromiso articular en LES.

En el marco de las **artropatías cristálicas**, la *artritis gotosa* es una enfermedad metabólica originada por hiperuricemia persistente y caracterizada por episodios de artritis aguda autolimitada y recurrente, la cual evoluciona sin un tratamiento adecuado, a una artropatía gotosa crónica. Se caracteriza por sinovitis intensamente dolorosa de comienzo súbito, de inicio habitualmente nocturno y generalmente en la 1ra articulación metatarsofalángica (podagra). Es importante realizar el diagnóstico diferencial con artritis séptica, otras artritis cristálicas, fracturas de estrés, bursitis, OA del hallux o manifestaciones de EASN. Es importante destacar que el nivel sérico de ácido úrico no confirma ni excluye gota, requiriéndose la demostración de cristales de urato monosódico en líquido sinovial (microscopía de luz polarizada) o en biopsia. Se advierte que otros cristales (*pirofosfato cálcico dihidratado: CPPD, hidroxapatita, oxalato de calcio*) también producen dolor y sinovitis oligoarticular o poliarticular; en el caso de la hidroxapatita, frecuentemente se observan calcificaciones en las partes blandas periarticulares.

En cambio, la **PMR** es un síndrome clínico de etiología desconocida caracterizado por dolor y rigidez del cuello y de las cinturas escapular y pelviana, casi exclusivo de personas mayores a 60 años. La rigidez muscular matinal generalizada puede estar acompañada por fiebre o febrícula, astenia y pérdida de peso. El dolor musculoesquelético en esta entidad es el resultado de sinovitis, tenosinovitis y bursitis. El motivo de consulta referido es dolor y rigidez de cinturas escapular y pelviana, los cuales predominan en horas matinales y mejoran, en general, a medida que el paciente desarrolla su actividad física diaria. La alteración de laboratorio más frecuentemente observada es el incremento de la eritrosedimentación; el laboratorio inmunológico suele ser negativo. Característicamente los síntomas mejoran con dosis bajas de esteroides, los cuales deben mantenerse por tiempo prolongado (de hasta 2 años) y realizando un descenso paulatino. Algunos autores sostienen que es de mayor importancia el descenso lento en los primeros meses que la dosis inicial utilizada.

Bibliografía

1. Maldonado Cocco JA, Citera G, Paira SO. Reumatología. Buenos Aires: Americana de Publicaciones
2. Guías Argentinas en el Diagnóstico y Tratamiento de la Artritis Reumatoidea
3. Guías Argentinas en el Diagnóstico y Tratamiento de la Osteoartritis
4. Przygoda P, Catoggio LJ, Soriano ER et al. Actualización en polimialgia reumática. Medicina (Buenos Aires) 2002;62 (4):358-365