

# Enfrentamiento del Paciente con Dolor Musculoesquelético

Daniel Pacheco R.

Unidad de Reumatología e Inmunología,  
Hospital Clínico San Borja-Arriarán, Campus Centro,  
Universidad de Chile

## Summary

*Primary musculoskeletal pain consultation is high, and physicians are faced with a number of challenges. One of these is to differentiate between diseases that present similar symptoms, some potentially serious that leave sequelae and limitations, and others that are less severe but more frequent and affect patients' everyday life. Another challenge is early diagnosis in order to avoid greater damage. In order to deal with these problems, doctors must have adequate training and skills that allow them to differentiate the origin of the pain, i.e. if the pain is articular or not, or if its origin does not stem from the muscular and skeletal system. Diagnosis must also include if manifestations are localized or generalized, axial or peripheral, inflammatory or non-inflammatory, acute or chronic; if the manifestation is a mono, oligo or polyarthropathy. Together with this, physicians must be aware of the extraskelatal manifestations of rheumatic diseases, such as general manifestations or involvement of diverse systems that are fundamental when diagnosing inflammatory rheumatisms. Moreover, clinical doctors must know how to use and correctly interpret the studies of articular fluid, general and immunological laboratory, and images, always oriented to the patient's clinical manifestation. Once these parameters have been defined, they must be syndromatically sorted in order to prepare a specific diagnosis and consequently offer the patient the most adequate pharmacological and non pharmacological treatment for each case.*

**Key words:** Rheumatism, musculoskeletal pain, arthritis, arthralgias.

La Reumatología es el área de la medicina interna que se ocupa de las enfermedades del sistema musculoesquelético (EME) de diversas etiologías, como autoinmune, inflamatoria, degenerativa, mecánica, metabólica, infecciosa, genética o tumoral. Dentro de ellas se incluyen las enfermedades del tejido conectivo (ETC). En atención primaria, cerca de un 20% de la consulta es de causa reumatológica y habitualmente el diagnóstico definitivo se realiza en forma tardía.

El impacto de estas enfermedades es múltiple. En el aspecto físico producen dolor crónico, limitaciones e invalidez; en el psicológico, disminución de la autoestima y depresión. A nivel social producen disminución de la calidad de vida y dificultades en la inserción laboral. En lo económico ocasionan fuertes gastos al paciente y la sociedad.

Dadas la importancia y frecuencia de las EME, el alumno debe tener conocimientos y destrezas que le permitan un adecuado enfrentamiento a ellas.

## ¿Cuál es la dificultad más importante?

El problema fundamental del médico cuando atiende a uno de estos pacientes es que tiene que diferenciar enfermedades de alta prevalencia, pero de buen pronóstico, de otras menos frecuentes, pero potencialmente graves y que requieren un diagnóstico precoz.

## ¿Cuáles son las molestias más frecuentes?

En Reumatología los motivos más frecuentes de consulta son el dolor, el aumento de volumen articular o periarticular, la debilidad muscular, las parestesias, los síntomas constitucionales y un gran número de síntomas y signos generales y de sistemas distintos al musculoesquelético.

## ¿Cómo podemos orientar nuestra búsqueda?

La búsqueda comienza con el examen clínico, es decir, con la historia y examen físico reumatológico. En primer lugar se deben definir la edad y sexo del paciente, su lugar de origen, sus hábitos alimentarios, actividad física, su ocupación, los antecedentes previos de enfermedades similares o distintas a la actual, propias o familiares. Una vez establecidos esos datos demográficos, debemos plantearnos las siguientes preguntas:

- ¿Qué le duele al paciente?
- ¿Es un problema localizado o generalizado, simétrico o asimétrico, periférico o central?
- ¿Es un problema agudo o crónico, es autolimitado o progresivo?
- ¿Las molestias sugieren un cuadro inflamatorio o no inflamatorio?
- ¿Se han producido secuelas irreversibles?
- ¿Hay evidencias de un proceso sistémico o existen manifestaciones extraarticulares?
- ¿El problema produce limitaciones físicas o incapacidad temporal o permanente?

## ¿Qué le duele al paciente?

### Concepto de dolor articular o no articular

Normalmente el paciente refiere dolor en una zona determinada: manos, codos, hombros, rodillas o pies y el médico puede asumir que se trata de un dolor articular o intraarticular (artralgia), pero no siempre es así. Existen otras fuentes de dolor musculoesquelético, por ejemplo, en estructuras periarticulares como tendones, ligamentos, bursas; puede provenir del hueso o músculos adyacentes, puede originarse en otro sistema y manifestarse a nivel musculoesquelético, como los dolores de tipo neurológico, vascular y los dolores referidos (por ejemplo: páncreas, riñón, colon pueden dar dolor a nivel lumbar).

El clínico debe distinguir si el dolor es articular o no articular. Se requieren destrezas clínicas para hacerlo. En las artralgias inflamatorias (artritis), la sensibilidad (dolor a la palpación) y la inflamación comprometen toda la articulación y aun en condiciones poco inflamatorias, como la artrosis, la articulación puede estar algo caliente y puede acompañarse de aumento de volumen con tensión articular o evidencias de derrame articular. Una limitación dolorosa de los movimientos en todos los planos habitualmente indica compromiso articular. Si la movilidad está conservada en su totalidad es poco probable que nos encontremos ante una artritis.

Si aparece dolor o sensibilidad sólo con un movimiento articular, o si el dolor espontáneo o a la palpación

es sólo a un lado de la articulación, entonces la primera posibilidad es que se trate de un problema periarticular o extraarticular.

### Dolor no articular

Si el examen nos lleva a pensar que la causa del dolor es no articular o extraarticular, se nos abren dos grandes caminos: se trata de un dolor no articular localizado alrededor de una articulación o un dolor general con múltiples sitios de dolor.

### Dolor no articular localizado

En el caso de los dolores no articulares localizados, nos referimos especialmente a los llamados reumatismos de partes blandas (RPB) o reumatismos extraarticulares. Estos cuadros se producen por daño de origen degenerativo o inflamatorio local en tendones o bursas periarticulares o por atrapamiento de nervios periféricos. En el último caso el dolor se acompaña de parestesias y compromete una región anatómica, por ejemplo, mano y antebrazo en el síndrome del túnel carpiano o cadera y muslo en la meralgia parestésica. Aparte de los RPB existen otros cuadros que pueden dar dolor localizado; es así como la arteritis de células gigantes (temporal) puede dar dolor mandibular, la enfermedad de Paget, la osteomielitis, las celulitis y los tumores pueden presentarse también con dolor localizado según donde se encuentre el problema.

El dolor no articular localizado debe diferenciarse siempre del dolor monoarticular verdadero. Este diagnóstico diferencial será distinto según donde se encuentre el dolor.

### Dolor no articular generalizado

En este caso el paciente consulta por dolor en más de una región y con cierta frecuencia, por dolor en todo el cuerpo, puede acompañarse de debilidad muscular o disminución de la fuerza muscular. Si el clínico está ante un paciente de este tipo, tiene que preguntarse si el problema es de tipo **no inflamatorio** o **inflamatorio**.

Lo más frecuente es la causa **no inflamatoria**, como la fibromialgia, que se caracteriza por dolor musculoesquelético generalizado acompañado de trastornos del sueño y despertar, y al examen físico, por la presencia de puntos dolorosos clásicos. También debemos pensar en los problemas ocasionados por contracturas musculares secundarias a “tensión” y a veces a depresión que habitualmente se acompañan de bruxismo con dolor cervical o cefalea. Además, debemos considerar la posibilidad de una hiperlaxitud con hipermotilidad articular que ocasiona

dolor por traumatismos con actividades de la vida diaria. Si los dolores son de extremidades inferiores y/o superiores y van acompañados de parestesias, se debe pensar en una polineuropatía o una mononeuritis múltiple que se ven en la diabetes mellitus y en las vasculitis sistémicas.

Menos frecuentemente el dolor no articular generalizado será por una enfermedad inflamatoria. En estos casos el paciente tiene compromiso general y sistémico. Entre estos cuadros podemos mencionar la polimiositis/dermatomiositis (PM/DM), en la que predomina la debilidad muscular proximal (cintura escapular y pelviana) sobre el dolor, y la polimialgia reumática (PMR), en la que predomina el dolor sobre la debilidad muscular; ocurre en el adulto mayor y se acompaña de VHS alta.

### Dolor articular

Hay una serie de elementos clínicos que debemos investigar al inicio del estudio de una artropatía y que nos pueden ayudar a encontrar el diagnóstico (Tabla 1).

Una vez definido clínicamente bien que el cuadro es articular, debemos preguntarnos:

<b>TABLA 1.</b> <b>ELEMENTOS CLINICOS PARA PRECISAR</b> <b>ARTRALGIA O ARTRITIS</b>	
Forma de comienzo:	súbito - agudo - progresivo.
Número de articulaciones:	mono - oligo - poliarticular.
Tipo de articulación:	pequeñas - grandes - compromiso axial.
Simetría:	simétrica - asimétrica.
Evolución:	aditiva - migratoria.

### ¿Es el dolor articular inflamatorio o no inflamatorio?

Cuando nos enfrentamos a un dolor que nace de las estructuras intraarticulares, como la membrana sinovial o el hueso subcondral, es fundamental aclarar si este dolor es inflamatorio o no inflamatorio. Puede ser difícil esta diferenciación, y para eso usaremos elementos clínicos y de laboratorio.

El dolor articular inflamatorio o artritis persiste con el reposo a veces es nocturno y provoca insomnio, y se acompaña de rigidez matinal prolongada. La rigidez matinal se manifiesta por un “envaramiento” o dificultad para hacer movimientos habituales. Para cuantificarla se deben hacer dos preguntas al paciente: ¿a qué hora se levanta?

y ¿a qué hora desaparece la rigidez o envaramiento?. La rigidez de tipo inflamatorio dura más de una hora, a veces todo el día. Al examen físico la articulación puede estar hinchada por sinovitis o derrame, tener eritema y aumento de temperatura local, aunque en las enfermedades crónicas esto no es tan evidente. En cambio, una artropatía no inflamatoria si tiene rigidez es de corta duración, raramente presenta eritema o calor local y si tiene aumento de volumen éste es producido por crecimiento de estructuras óseas, como los nódulos de Heberden o Bouchard o por un derrame articular no inflamatorio (Tabla 2).

<b>TABLA 2.</b> <b>CARACTERISTICAS DEL DOLOR ARTICULAR</b> <b>INFLAMATORIO O NO INFLAMATORIO</b>		
	<b>Inflamatorio</b>	<b>No inflamatorio</b>
Rigidez matinal	horas	minutos
Dolor	reposo o noche	actividad
Debilidad	general y marcada	localizada
Sensibilidad local	siempre presente	a veces presente
Aumento de volumen	sinovitis o derrame	óseo o derrame
Eritema o calor local	común	inusual
Tipo de derrame	inflamatorio	no inflamatorio.

### Compromiso articular (artropatía)

Las artropatías inflamatorias o no inflamatorias pueden ser monoarticulares, oligoarticulares (menos de cuatro) o poliarticulares (cuatro o más) articulaciones comprometidas.

### Artropatías no inflamatorias

#### ¿Cuáles son las principales causas de artropatías no inflamatorias? (Tabla 3)

La enfermedad más común de este grupo es la artrosis, aunque se ha demostrado que en ella puede existir algún grado de inflamación local, y nunca hay inflamación sistémica. Habitualmente la artrosis se presenta como una oligo o poliartralgia de inicio insidioso. Se caracteriza por destrucción del cartílago articular y neoformación de hueso en los márgenes de la articulación (osteofitos). El dolor en la artrosis aumenta con la sobrecarga de peso y por el movimiento, especialmente al inicio de la marcha, y es aliviado por el reposo. En la artrosis de caderas puede haber dolor nocturno.

**TABLA 3.**  
**ARTROPATIAS NO INFLAMATORIAS CON O SIN DERRAME ARTICULAR**

Artrosis  
 “Artritis” traumática  
 Alteraciones mecánicas intraarticulares (meniscos, síndrome de plica)  
 Necrosis ósea aséptica  
 Osteocondritis disecante  
 Neuroartropatía  
 Displasia articular  
 LES, PM/DM, AR inicial.

### Artropatías inflamatorias

Una artropatía inflamatoria puede ser exclusivamente de las articulaciones periféricas, como la artritis reumatoidea (AR), las artritis virales o cualquier artritis de las ETC, o tener compromiso axial. El compromiso axial incluye enfermedad en caderas, hombros, articulaciones sacroilíacas y de columna vertebral. Si hay compromiso axial nos orientamos hacia las pelviespondilopatías o espondiloartropatías (artritis reactivas, espondiloartritis anquilosante (EAA), artritis asociadas a enfermedades inflamatorias intestinales, artritis psoriática). En estos casos es muy importante indagar respecto a la presencia de entesopatía (inflamación en la zona de unión del tendón al hueso), compromiso de tendones y dactilitis (inflamación de estructuras tendinosas y ligamentosas que producen aumento de volumen de dedos u orfejos).

Monoartritis: Artritis de una articulación. Oligoartritis: Artritis de menos de cuatro articulaciones. Poliartritis: Artritis de cuatro o más articulaciones.

### Monoartritis

La monoartritis es un desafío diagnóstico, ya que cualquier artritis puede presentarse como tal y frecuentemente el paciente queda sin diagnóstico después de la primera evaluación (Tabla 4). El primer desafío es identificar aquellos pacientes que requieren un estudio o tratamiento vigoroso y urgente.

Una de las enfermedades que se presentan como monoartritis y que puede comprometer gravemente al paciente es la artritis infecciosa.

Los tres diagnósticos más frecuentes a considerar son artritis infecciosa, gota (artritis por cristales de urato monosódico) y pseudogota (artritis por cristales de pirofosfato de calcio).

Una historia de artritis en 1ª metatarsofalángica de comienzo agudo (podagra) con episodios similares previos orienta a una artritis gotosa. Daño articular previo, antecedentes de cirugía, comienzo agudo y fiebre orientan a artritis séptica. Monoartritis, poliartralgias, tendinitis y fiebre orientan a artritis gonocócica.

Es fundamental ante una monoartritis hacer un estudio del líquido articular antes de cualquier tratamiento.

**TABLA 4.**  
**DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS “MONOARTRITIS”**

Frecuentes	Infrecuentes
Artritis séptica (I)	Artrosis (NI)
Artritis por cristales (I)	Osteoporosis regional (NI)
Necrosis ósea aséptica (NI)	Osteocondromatosis (NI)
Osteocondritis disecante (NI)	Tumores (NI)
Artropatía neuropática (NI)	Sinovitis vellonodular (NI)
Algodistrofia (NI)	Artritis psoriática* (I o NI)
Daño articular interno (NI)	Artritis reactivas* (I)
Trauma (NI)	Artritis reumatoidea* (I)
Hemartrosis (NI)	Lupus Eritematoso Sistémico* (I o NI)
*Habitualmente se presentan como oligo o poliartritis. (I) Inflamatorio (NI) No inflamatorio	

### Oligo y poliartritis (Tabla 5)

Siempre se debe hacer el diagnóstico diferencial con dolores no articulares y con dolores poliarticulares no inflamatorios (Tabla 6).

Una historia clínica y un examen físico cuidadosos son fundamentales para evaluar una poliartritis. Se debe preguntar por la historia familiar de dolor articular o lumbar y por la presencia de episodios previos de artritis. Se debe definir si el compromiso es de pequeñas y/o grandes articulaciones, si es simétrico o asimétrico, de comienzo agudo o insidioso y si el compromiso articular es aditivo o migratorio (aparece primero en una articulación y después en otra, disminuyendo en la primera).

Sin embargo, no todos los pacientes cumplen con el perfil esperado, presentándose con cierta frecuencia perfiles atípicos. Por ejemplo, la AR habitualmente es de comienzo insidioso o subagudo con compromiso múltiple y simétrico de articulaciones pequeñas y algunas articulaciones grandes; pero a veces se presenta en forma aguda mono u oligoarticular.

Además de un buen examen clínico respecto al compromiso articular:

Siempre en cualquier enfermedad con dolor articular o del aparato locomotor, especialmente si hay poliartritis, se debe indagar respecto a compromiso del estado general (fiebre, baja de peso, astenia, adinamia, anorexia) y respecto a evidencias de enfermedad sistémica o de ETC, como AR, lupus eritematoso sistémico (LES), polimiositis y dermatomiositis (PM/DM), esclerosis sistémica progresiva (ESP), enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC), vasculitis sistémicas, artritis crónica juvenil (ACJ), enfermedad de Still del adulto y otras.

**TABLA 5.  
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LAS OLIGO Y POLIARTRITIS**

**Poliartritis de compromiso periférico**

Artritis reumatoídea  
Lupus eritematoso sistémico  
Artritis viral  
Vasculitis  
SIDA

**Oligoartritis de compromiso periférico**

Artritis reactivas  
Artritis psoriática  
Enfermedad reumática  
SIDA  
Endocarditis infecciosa

**Mono, oligo o poliartritis con compromiso axial**

Espondiloartritis anquilosante  
Artritis reactivas  
Artritis enteropáticas  
Artritis psoriática  
SIDA.

**TABLA 6.  
OLIGO Y POLIARTROPATIAS NO INFLAMATORIAS**

Artrosis primaria  
Artrosis secundarias  
Metabólico-endocrinas  
Hemocromatosis  
Acromegalia  
Ocronosis  
Hematológicas  
Amiloidosis  
Leucemia  
Hemofilia  
Anemia de células falciformes  
Osteoartropatía hipertrófica.

**Oligoartritis o poliartritis aguda**

Los pacientes que inician un cuadro de poliartritis aguda frecuentemente tienen algún grado de fiebre.

**Enfermedad reumática.** Es la enfermedad prototipo de este grupo, afecta especialmente a niños o jóvenes, presentándose como una artritis migratoria que compromete las articulaciones por unos pocos días, a veces en forma simultánea, para después comprometer otras articulaciones, atenuándose o desapareciendo el compromiso de las primeras. Se acompaña de faringitis estreptocócica y carditis no siempre evidentes al inicio.

**Artritis séptica.** Normalmente se presenta como una monoartritis, pero en algunos pacientes inmunodeprimidos, con antecedentes de abuso de drogas o con AR preexistente puede iniciarse con compromiso de dos o más articulaciones. La artritis gonocócica o meningocócica frecuentemente es oligo o poliarticular migratoria y se acompaña de tendosinovitis en muñecas o tobillos o lesiones vesículo-pustulosas en la piel.

**Artritis reactivas.** Se producen después de algunas infecciones genitourinarias o entéricas, en individuos HLA B27 positivos, es una oligoartritis postinfecciosa con articulaciones estériles. Se acompañan de diarrea, uretritis y/o conjuntivitis. En la mayoría de los casos se resuelven totalmente, pero en algunos tienen curso crónico.

**Endocarditis infecciosa.** Hay que tenerla presente como diagnóstico diferencial de una oligoartritis, aunque más frecuentemente se presente con poliartalgias, fiebre y dolor lumbar. En todo paciente con oligo o poliartritis aguda se debe examinar el corazón buscando soplos característicos.

**Artritis viral.** El parvovirus B19 y la rubéola pueden presentarse de esta forma, especialmente en mujeres jóvenes. Inicialmente pueden confundirse con AR de inicio agudo, incluso con factor reumatoideo positivo, pero son autolimitadas y con frecuencia presentan un exantema típico.

Una artritis similar puede preceder los síntomas de una Hepatitis B. La Hepatitis C puede dar una artritis de evolución algo más crónica con vasculitis y crioglobulinemia.

Varios tipos de artritis, incluyendo la oligo o poliarticular primaria o secundaria a infecciones, pueden presentarse en la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

Otras enfermedades que menos frecuentemente pueden presentarse como poliartritis aguda son las artritis por cristales, la leucemia aguda, el reumatismo palindrómico y la sarcoidosis.

## Poliartritis crónica

**AR.** Es la enfermedad característica de este grupo, habitualmente afecta articulaciones pequeñas, como metacarpofalángicas, interfalángico-proximales y articulaciones del antepié. También compromete con frecuencia las muñecas, tobillos y rodillas. Puede comenzar inmediatamente como poliarticular o en forma aditiva con comienzo oligo o monoarticular. Menos de la mitad de los pacientes tienen nódulos subcutáneos y cerca del 75% son con FR positivo.

**EAA.** Puede presentarse con compromiso periférico, pero es habitual su comienzo axial, es decir, sacroilíacas, caderas y hombros. Se acompaña de dolor lumbar. Al igual que en la AR, el dolor y la rigidez se atenúan con los movimientos.

**Artritis psoriática.** Tiene varias presentaciones, pero típicamente es oligoarticular con compromiso de interfalángicas distales (diagnóstico diferencial con artrosis). El compromiso de la piel o uñas es característico, pero a veces no es evidente en un examen superficial.

**Artritis crónica juvenil sistémica (enfermedad de Still).** Se presenta como una poliartritis acompañada de signos sistémicos que asemejan una enfermedad infecciosa, como fiebre en espículas y leucocitosis. Puede haber dolor faríngeo, visceromegalias y un eritema evanescente. En muchos casos se desarrolla una artritis persistente y crónica.

Se puede presentar en el adulto (enfermedad de Still del adulto).

**LES.** Puede ser difícil diferenciar de AR antes que se evidencien las manifestaciones no articulares típicas del LES.

**Otras enfermedades reumatológicas sistémicas.** Cualquier ETC puede presentarse como una poliartritis y serán las manifestaciones no articulares las que nos darán la pista del diagnóstico.

**ESP.** Fenómeno de Raynaud y engrosamiento de la piel con o sin artritis.

**PM/DM.** Debilidad muscular proximal con o sin artritis.

**Vasculitis sistémicas.** Lesiones de piel, compromiso visceral, especialmente en riñón y pulmón, neuropatía con o sin artritis.

## Manifestaciones generales

Si el paciente que estamos evaluando con manifestaciones musculoesqueléticas se presenta, además, con compromiso del estado general, baja de peso, sudoración y fiebre tenemos que pensar en: Artritis infecciosa (bacteriana o viral), artritis reactiva, AR, LES, vasculitis, otras ETC, enfermedad de Still del adulto, artritis por cristales, compromiso esquelético secundario a otras enfermedades, como cáncer, SIDA, tuberculosis, endocarditis infecciosa y otras infecciones sistémicas, sarcoidosis, etcétera.

---

## Manifestaciones extraarticulares que orientan a un reumatismo sistémico

### Manifestación

#### Compromiso de piel

Fotosensibilidad, eritema malar (alas de mariposa), eritema en manos (palma lúpica).  
Eritema heliotropo, eritema de Gottron (manos).  
Púrpura palpable, equimosis, livedo reticularis.  
Esclerodactilia, engrosamiento de piel, hipo e hiperpigmentación.  
Paniculitis

#### Compromiso de mucosas

Úlceras orales, nasales  
Úlceras genitales.  
Xeroftalmía\*, xerostomía\*\*

#### Compromiso de origen vascular

Fenómeno de Raynaud \*\*\*  
Isquemia o necrosis distal.  
Ausencia de pulsos.

### Orientación diagnóstica

LES

PM/DM

Vasculitis primaria o secundaria

ESP

Eritema nodoso

LES, enfermedad de Behçet, G de Wegener.

Enfermedad de Behçet.

Síndrome de Sjögren primario o secundario.

Enfermedad de Raynaud, ESP, LES.

Vasculitis primaria o secundaria

Vasculitis de grandes arterias.

Trombosis, embolias, AVE.

Hipertensión arterial.

**Compromiso de origen neurológico**

Parestesias, parestias, debilidad muscular, polineuropatías, mononeuritis múltiple.

**Compromiso muscular**

Debilidad muscular proximal.  
Dolor muscular proximal.

**Compromiso ocular**

Uveítis, iridociclitis.  
Retina.

**Compromiso pleuropulmonar**

Derrame pleural.  
Condensación pulmonar, nódulos.  
Hemorragia pulmonar.  
Fibrosis, compromiso intersticial.

**Compromiso renal**

Compromiso del sedimento urinario  
o de la función renal.

**Compromiso gastrointestinal**

Diarrea  
Isquemia intestinal (dolor abdominal),  
hemorragia digestiva baja.

**Compromiso genitourinario**

Balanitis, uretritis, vaginitis

Síndrome antifosfolípido primario o secundario,  
mixoma auricular, vasculitis.  
Poliarteritis nodosa.

Atrapamientos, vasculitis.

PM/DM.  
PMR.

Sarcoidosis, vasculitis, AR, artritis crónica juvenil.  
LES, vasculitis.

LES, AR, otras ETC.  
LES, G de Wegener, AR.  
LES, poliangeítis microscópica.  
ESP, LES, PM/DM, AR.

LES, vasculitis.

Artritis reactivas, enfermedad inflamatoria intestinal.  
Vasculitis.

Artritis gonocócica, artritis reactivas.

\* Xerostomía: Sequedad de mucosa oral. \*\* Xeroftalmía: Sequedad de mucosa ocular.

\*\*\* Fenómeno de Raynaud. Cambios en la coloración de piel de dedos, ortijos, nariz o pabellón auricular secundarios a espasmo vascular. Tiene tres fases: palidez por espasmo, cianosis por estasis venosa y rubicundez por reinicio de irrigación. Puede ser completo o incompleto, primario o secundario. Se acompaña de dolor y acroparestesias.

---

**Destrezas clínicas mínimas**

**EXAMEN REUMATOLOGICO**

El objetivo del examen físico en un paciente con síntomas musculoesqueléticos es responder las mismas preguntas planteadas anteriormente:

1. ¿Es la molestia articular o no articular?
2. ¿Qué estructura causa el dolor?
3. ¿Se trata de un dolor inflamatorio o no inflamatorio?
4. ¿Existe compromiso general o manifestaciones de otros sistemas?

El examen articular debe practicarse con el paciente en decúbito supino, tendido sobre una camilla, en un ambiente con una iluminación y temperatura adecuadas. Para sistematizar el examen se sugiere la secuencia de manos, muñecas, codos, hombros, articulaciones temporomandibulares, caderas, rodillas, tobillos y pies.

El examen de columna debe practicarse con el enfermo de pie en la secuencia columna cervical, dorsal y lumbar.

La inspección nos dará información general del paciente, su actitud en posición de pie, su marcha, sus movimientos al desvestirse. La inspección articular nos

mostrará alteraciones del alineamiento, deformidad o aumento de volumen articular. La existencia de equimosis nos indicará un traumatismo reciente. La presencia de eritema sugerirá inflamación articular o periarticular. Es muy importante también la inspección de la piel y fanéreas en busca de petequias, púrpura palpable, úlceras, vesículas, cambios de coloración, nódulos subcutáneos y otras alteraciones que se pueden presentar en enfermedades reumatológicas sistémicas.

La palpación se dirige a la búsqueda de aumento de temperatura local, dolor articular (sensibilidad articular), de signos de derrame articular, como son el signo del tímpano y signo de Polley en rodilla, y también de la existencia de nodulaciones en las zonas de extensión articular, donde se encuentran nódulos reumatoideos, subcutáneos y tofos.

En el examen de una articulación se exploran los movimientos activos, pasivos y contra resistencia. Los movimientos activos, es decir, aquellos realizados por la propia fuerza del paciente, nos ayudan a localizar la estructura anatómica que causa el dolor en un segmento corporal, permiten una evaluación global del funcionamiento articular y la severidad del problema.

La evaluación de los movimientos pasivos, en que el movimiento articular es realizado por la fuerza del examinador, permite evaluar el rango de movilidad articular, la existencia de dolor al movimiento articular (excluyendo músculos y tendones) y también permite evaluar la tonicidad muscular.

El examen contra resistencia permite evaluar la existencia de dolor causado por músculos, tendones y entesis y la fuerza muscular (agonistas y antagonistas).

## Examen de articulaciones individuales

### Manos y muñecas

En la evaluación articular de muñecas y manos es útil hacer una sistematización por grupos articulares: muñecas, carpo, metacarpofalángicas (MCF), interfalángicas proximales (IFP) e interfalángicas distales (IFD). Una agrupación de este modo facilita una interpretación clínica, ya que las diferentes enfermedades tienen un patrón topográfico característico.

Los rangos de movilidad normal de muñecas son 80° de flexión y 85° de extensión y una movilidad lateral radial de 15° y cubital de 45°.

El rango de movilidad de MCF, IFP e IFD varía entre una extensión de 0° a menos de 10° y una flexión de 90°.

La inspección de las manos puede revelar deformidades como desviación cubital o mano en ráfaga, dedos en cuello de cisne o en "boutonnière", características de

artritis crónicas. O bien, nodulaciones de IFP o nódulos de Bourchard e IFD o nódulos de Heberden, que son de consistencia dura y característicos de la artrosis.

La artritis psoriática puede simular una AR o una artrosis. En estos casos pueden observarse alteraciones características, como el "pitting" o punteado ungueal o lesiones descamativas periungueales.

En ocasiones se confunde una gota crónica avanzada, con gran cantidad de tofos digitales, con una AR.

El aumento de volumen por AR en MCF se aprecia en la zona interarticular; en las IFP tiene un aspecto fusiforme; en ambos casos es un aumento de volumen blando secundario o sinovitis. La artrosis, en cambio, da un aumento de volumen duro, nodular, secundario a proliferación ósea.

El aumento de temperatura, dolor a la palpación y aumento de volumen blando del margen articular en muñecas, carpos, MCF e IFP son elementos propios de artritis. La simple deformidad indolora, o poco dolorosa, de predominio en IFD e IFP, sugiere en cambio una artrosis.

### Codos

Los codos permiten movimientos de extensión y flexión del antebrazo sobre el brazo entre 0° y 150°, respectivamente. Adicionalmente, permiten los movimientos de pronación y supinación del antebrazo. La inspección y palpación nos permitirán evidenciar la presencia de sinovitis como un aumento de volumen blando entre el olécranon y epicóndilos. Sobre el olécranon es posible observar diferentes tipos de aumentos de volumen, bursitis olecraneana, nódulos subcutáneos y tofos. También podemos ver lesiones cutáneas de una psoriasis.

La palpación dirigida permite poner en evidencia la existencia de una epitrocleítis o codo del golfista, o una epicondilitis o codo del tenista.

### Hombros

El hombro es una articulación compleja en cuyo movimiento participan las articulaciones glenohumeral, escapulo-dorsal, acromio-clavicular y esterno-clavicular. Tiene amplios rangos de movilidad, y su estabilidad funcional depende de un complejo aparato músculo-ligamentoso y una poderosa cápsula articular.

En la inspección debe observarse el contorno redondeado del deltoides. Una pérdida de esa armonía puede indicar una luxación glenohumeral, una atrofia deltoidea o una contractura del músculo trapecio.

La palpación permite explorar la presencia de puntos dolorosos de partes blandas, particularmente la existencia de tendinitis. Ubicándonos atrás del paciente se

debe palpar el tendón bicipital en su corredera en la cara anterior de la articulación, la inserción del tendón supra-espinoso sobre el troquíter en la porción antero-lateral del hombro y la bursa subacromial que cuando se inflaman pueden causar dolor intenso.

La exploración de los movimientos nos permite evaluar limitaciones del rango articular, en especial para poner en evidencia la capsulitis adhesiva u hombro congelado. En este caso se observa una pérdida global de la movilidad activa y pasiva de la articulación, la que es compensada por un movimiento de báscula de la escápula sobre el dorso.

Normalmente el paciente debe ser capaz de elevar sus brazos desde el tronco por sobre la cabeza, abduciendo desde 0° a 180°. El movimiento de flexión anterior permite 180° y la extensión posterior, 60°. Con el codo en flexión de 90° pueden evaluarse los movimientos de rotación interna y rotación externa de 80° y 90°, respectivamente.

### Articulación temporo-mandibular

Se presionan ambas articulaciones al mismo tiempo, y se le pide al paciente que abra y cierre su boca. Normalmente no hay dolor al examen.

### Caderas (articulación coxo-femoral)

La cadera es una articulación con una importante carga de peso, de gran movilidad y en la que habitualmente no es posible observar alteraciones en la inspección o palpación.

En el examen físico debemos observar la normalidad de los rangos articulares, flexión 120° y extensión 20°. La abducción de cadera permite 45° y la aducción, 25°. Por otra parte, con la cadera en 90° de flexión es posible explorar la rotación externa y la rotación interna de 60° y 40° de movimiento, respectivamente.

Es importante señalar que en lenguaje popular la cadera es un término amplio e impreciso, por lo que ante el relato de un dolor en la cadera se debe pedir al paciente que señale el sitio afectado.

### Rodillas

El examen de rodillas con el paciente de pie permite evaluar el alineamiento, que puede revelar desviaciones en valgo o en varo, deformidades y la congruencia de la rótula sobre la articulación.

Mediante la palpación, con el paciente en decúbito dorsal, investigaremos la existencia de derrame articular o de puntos dolorosos específicos, por ejemplo, en el desplazamiento rotuliano sobre la articulación femorotibial, en los ligamentos laterales o en la bursa anserina en la región medial.

Debemos luego investigar mediante movilidad pasiva los rangos articulares: extensión de 0° y flexión de 130° y la existencia de una inestabilidad lateral por lesión de ligamentos laterales: bostezo articular o inestabilidad anteroposterior por lesión de ligamentos cruzados: cajón articular. En la región femoropatelar es posible apreciar la existencia de chasquidos, roce o crujidos, con o sin dolor. En la región poplíteica es posible observar el aumento de volumen que puede causar un quiste de Baker.

### Tobillos

La movilidad de tobillo permite 25° de flexión y 45° de extensión articular. El examen de tobillos revela con frecuencia un aumento de volumen difuso por edema, el que debe ser diferenciado de una verdadera sinovitis, en la cual no se presenta el signo de la fôvea.

### Pies

En el examen de pies se debe considerar por separado un retropié y un antepié. En el retropié debe evaluarse el rango normal de movilidad subastragalino, la existencia de dolor en la inserción del tendón aquiliano en la región posterior del calcáneo y en la inserción posterior de la fascia plantar bajo el calcáneo.

En el antepié es importante observar la posición de los orfejos y sus desviaciones: hallux valgus, orfejos en martillo, orfejos en garra, etc. Debe evaluarse la existencia de dolor y aumento de volumen sugerentes de artritis, especialmente en articulaciones metatarsofalángicas.

Asimismo, es necesario observar los arcos plantares longitudinal y anterior.

### Examen de tendones, bursas y tejidos blandos

Los tendones son estructuras de tejido conectivo que transmiten la fuerza de un músculo a un brazo de palanca óseo. Algunos tendones, especialmente en la mano, tienen una vaina de envoltura que se encuentra recubierta en su interior por tejido sinovial, y son lubricados en su deslizamiento por líquido sinovial. El sitio de unión de los tendones al hueso se llama entesis y puede dar lugar a sintomatología inflamatoria específica o entesitis.

La patología tendínea más frecuente en la clínica es la inflamación o tendinitis. Esta produce dolor mecánico con la movilidad activa, especialmente contra resistencia, no así con los movimientos pasivos; ocasionalmente se acompaña de nodulaciones palpables a lo largo del tendón afectado. A veces la inflamación produce un engrosamiento de la sinovial y aumento del líquido sinovial o tendosinovitis.

Los tendones que más frecuentemente producen cuadros dolorosos son en el hombro el tendón supraespinoso o manguito de los rotadores y el tendón bicipital; en el codo, la epicondilitis lateral medial que son entesitis y en las manos la tendinitis nodular flexora que en ocasiones produce dedos en resorte y tendinitis del extensor del pulgar o tendinitis de De Quervain. En extremidades inferiores son frecuentes las tendinitis de la fascia lata, tendinitis de los aductores y tendinitis aquiliana.

Las bursas son pequeños sacos con líquido sinovial en su interior y cumplen la función de amortiguación mecánica; se ubican en sitios de roce y compresión. En general, las bursas están en estrecha relación con tendones. Existe una gran cantidad de bursas en el organismo; las que con más frecuencia producen molestias son, en hombro: la bursa subacromiodeltoidea; en codo: la bursa olecraneana; en cadera: las bursas glútea y trocantérea; en zona inguinal: la bursa íleo pectínea; en rodilla: las bursas prerrotuliana y la bursa anserina; en el pie: las bursas subaquiliana y subcalcánea.

## Examen de la columna vertebral

El examen de columna se inicia con la observación del paciente de pie. En la inspección lateral podremos observar las curvaturas fisiológicas: lordosis cervical, cifosis dorsal y lordosis lumbar. La pérdida de estas curvaturas debe alertarnos respecto a enfermedades mecánicas o inflamatorias de la columna.

La falta del alineamiento de las apófisis espinosas nos indica la existencia de una escoliosis. Comparando el nivel de ambas crestas ilíacas podremos descubrir si hay una asimetría de nivel pelviano, ya sea por una escoliosis o por diferencia de longitud de extremidades inferiores.

El examen dinámico de columna permite evaluar limitaciones de movilidad o la aparición de dolor al explorar los rangos de movimiento de sus diferentes segmentos.

En columna cervical se debe investigar la flexión y extensión, rotación derecha e izquierda y flexión lateral. Además, se debe examinar respecto a la existencia de una cervicobraquialgia radicular, en la que aparece un déficit sensitivo-motor o de reflejos osteotendíneos en la extremidad superior en relación a los metámeros C4 a C7.

La movilidad de la columna dorsal es bastante más restringida; sin embargo, con el paciente sentado para fijar la pelvis es posible explorar la flexión, extensión y flexión lateral bilateral.

La movilidad de columna lumbar la exploraremos con el paciente de pie.

**Maniobra de Schober:** Paciente de pie, se miden 10 cm desde apófisis espinosa de L5 hacia arriba y se marcan

ambos extremos, se le pide al paciente que se incline lo máximo que pueda hacia delante (flexión) y se vuelve a medir la distancia. Lo normal es que esta distancia aumente 5 cm. Si no hay aumento o es más pequeño, significa que hay una rigidez lumbar, que puede observarse en los lumbagos inflamatorios.

El síndrome más frecuente a nivel de columna lumbar es el lumbago agudo. La mayoría de las veces es de causa mecánica inespecífica, que es de buen pronóstico y auto-limitado, pero existen otras causas, como inflamatorias, tumorales, traumáticas, metabólicas, que requieren ser identificadas precozmente.

Una maniobra complementaria al examen físico de columna lumbosacra es la investigación de una compresión radicular que se denomina síndrome lumbociático (cruralgia o ciatalgia). Este puede ser puesto en evidencia por el signo de Lasègue, es decir, la aparición de dolor radicular al flectar la cadera con la rodilla en extensión. Es importante no confundir un Lasègue con un falso Lasègue o dolor por la simple elongación de los músculos isquiotibiales en el dorso del muslo. Similar al Lasègue es el signo de TEPE o test de elongación con la pierna extendida que busca lo mismo. Estas pruebas pueden complementarse con el examen de la sensibilidad, fuerza muscular y reflejos osteotendíneos que se alteran en forma diferente según sea el nivel del compromiso radicular. El compromiso de L5 produce debilidad para la flexión dorsal del pie y primer orjeo y disminución o abolición del reflejo rotuliano; el compromiso de S1, debilidad para la flexión plantar del pie y primer orjeo y disminución o abolición del reflejo aquiliano.

## LECTURA SUGERIDA

- John Klippel, Paul Dieppe. Evaluation of musculoskeletal symptoms. In: Rheumatology. Section 2:1-11.
- Textbook of Rheumatology. 5th Edition. Chapter 22. Examination of the Joints: 353-370.
- Daniel Pacheco. Bases para el diagnóstico de enfermedades reumatológicas. En: REUMA, Tangram Ediciones 2002. Sección I:13-26.
- Oscar Neira. Anatomía aplicada y destrezas clínicas. En: REUMA, Tangram Ediciones 2002. Sección II:27-36.