

¿ES ARTRITIS O ARTROSIS?

Méd. Ma. Eugenia Garzón Oliva
Segunda Cátedra de Clínica Médica II
Hospital Nacional de Clínicas, FCM - UNC
Abril 2025

CASO 1

- Mujer de 68 años, hipertensa, en tto con Enalapril 10 mg bid.
- Consulta por **dolor en manos, rodilla dcha y cadera izq** de larga data, limita la marcha, mejora con el reposo, y con AINEs.
- Al examen **dolor** en IFD, **nódulos** de Bouchard; **engrosamiento** de partes blandas, dolor a la flexión activa y pasiva de la rodilla dcha; **limitación** a la flexión, rotación y extensión de la cadera izq. Resto conservado.

CASO 2

- Mujer de 55 años, sin antecedentes patológicos
- Consulta por rigidez y **dolor en manos, muñecas, tobillos y pies**, de 8 meses de evolución, mayor a la mañana, mejoran con AINEs.
- Al examen **tumefacción y dolor** a la movilidad activa y pasiva de MCF, 2da, 3ra, 4ta IFP bilateral , muñecas, tobillos y MTF de ambos pies. Resto examen conservado.

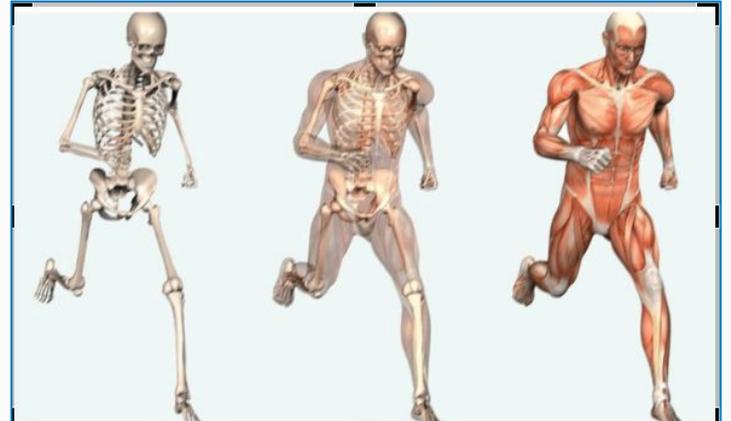
PREGUNTAS A RESPONDER

- ¿Tienen enfermedad reumática?
- ¿Es artritis o artrosis?
- ¿Cómo abordamos su estudio?
- ¿Qué diagnóstico diferencial?
- ¿Qué tratamiento le ofrecemos?

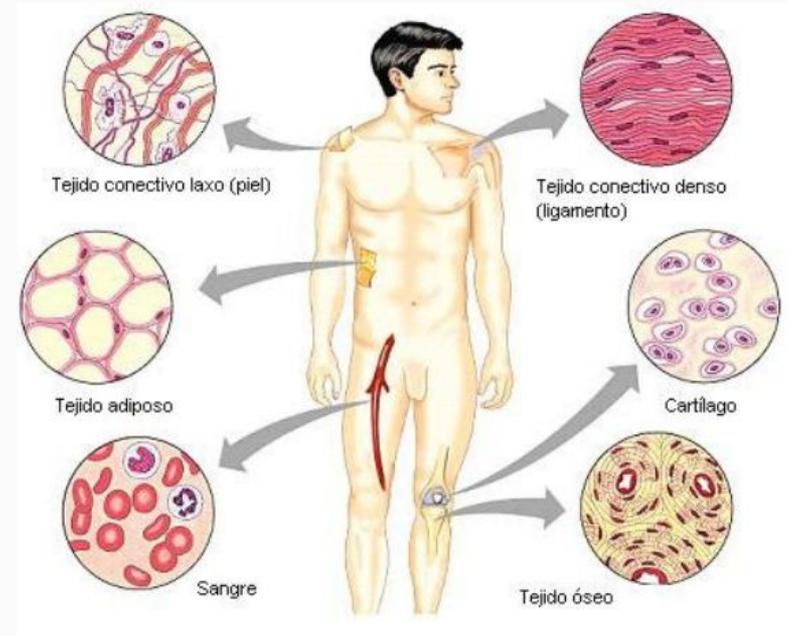
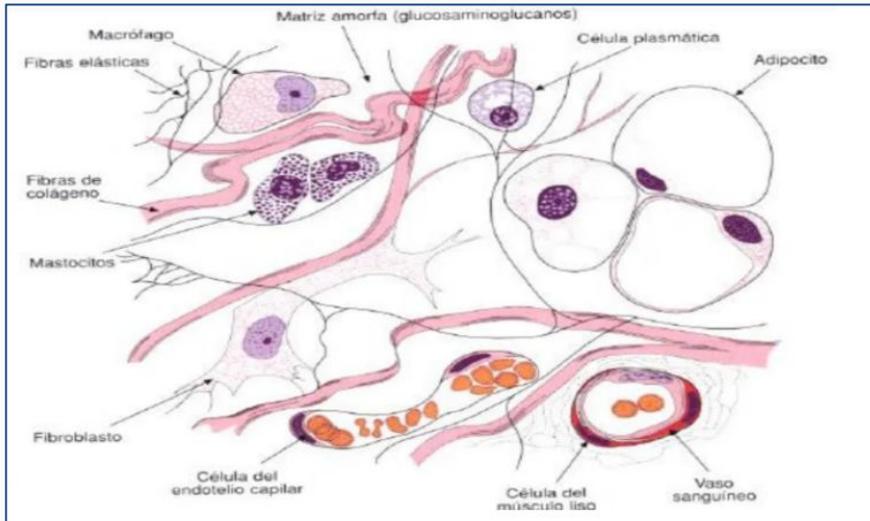


ENFERMEDADES REUMÁTICAS

- Afecciones agudas o crónicas del **sistema musculoesquelético, y del tejido conectivo**, no debidas a traumatismo reciente.
- **Dolor e inflamación articular**
- Limitación funcional
- Deterioro de la calidad de vida
- **Impacto socioeconómico**



TEJIDO CONECTIVO



EPIDEMIOLOGÍA

- Las enfermedades reumáticas (ER) son **muy prevalentes** (20-50%)
- Pueden presentarse a **cualquier edad**
- Primera causa de **morbilidad** en la población general
- El **diagnóstico precoz** es clave para un mejor pronóstico
- Más frecuentes en **mujeres** (2:1 en artrosis, 3:1 en AR, 9:1 en LES)
- Lumbalgia prevalencia similar en ambos sexos

CLASIFICACIÓN

Enfermedades reumáticas **articulares**

- Artrosis
- Artritis

Enfermedades reumáticas **no articulares**

- Enfermedades de partes blandas periarticulares
- Enfermedades óseas
- Enfermedades musculares

CLASIFICACIÓN DE LAS ER

- Por la evolución: **agudas o crónicas**
- **Etio-patogenia:**
 - Degenerativa
 - Inflamatoria: Infecciosas, Metabólicas, Autoinmunes sistémicas (ERAS) o Espondiloartropatías
 - Hematológica
 - Neuropática

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. Espondilodiscitis
10. Osteomielitis
11. Artritis postestreptocócica
12. Enfermedad de Lyme
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

Artrosis

Artritis

P. blandas periarticulares

Óseas

Musculares

CLÍNICA: DOLOR

- **Articular vs extra-articular**
- **Inflamatorio vs mecánico**
- Número de articulaciones afectadas: **mono, oligo o poliarticular**
- **Distribución:** axial/periférica, simétrica o asimétrica
- **Comienzo:** brusco, agudo o insidioso
- Evolución: **aguda o crónica;** intermitente, aditiva o migratoria

OTROS SÍNTOMAS

- **Síntomas articulares asociados:** Rigidez, tumefacción, calor, enrojecimiento, limitación funcional, deformidad
- **Manifestaciones extra-articulares:** Fiebre, pérdida de peso, lesiones cutáneo mucosas, diarrea o dolor abdominal, uveítis, aftas orales, SICCA, Raynaud, fotosensibilidad..

VALORAR

- Edad del paciente
- Género
- Ocupación
- Episodios previos
- Infecciones recientes
- Anteced. hereditarios

Factores de riesgo para monoartritis séptica aguda

- Anciano
- Articulaciones protésicas
- Cirugía articular
- Adictos a drogas EV
- Inmunodeprimidos
- Enfermedades crónicas (DBT, IRC, hepatopatía)
- Antecedente de artritis no infecciosa (AR, artrosis, artritis por cristales)
- Infección de la piel
- Tratamiento con corticoides
- Portador de catéter EV.

OTROS DATOS

Factores de riesgo para la gota

- Obesidad
- HTA
- DBT
- Consumo de alcohol
- Diuréticos de asa
- Antecedente de hiperuricemia (el valor de ácido úrico puede ser normal durante la crisis).

- Internación (Cirugía, SCA)

EXAMEN FÍSICO: SOMA

- **Axial y periférico**
- Articular vs periarticular
- Deformidad
- Dolor, tumefacción, calor
- Localización, distribución
- Dolor localizado vs referido



OTROS SIGNOS

- Lesiones en piel, mucosas, faneras
- Paniculitis, eritema nodoso, tofos
- Raynaud
- Hipertrofia parotídea-lagrimal, afectación ocular, lago salival
- Soplos cardiacos, frotos, alteración pulsos periféricos
- Signos de foco neurológico central o periférico

¡EXAMEN COMPLETO!



CLINICA EXTRA-ARTICULAR

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	X
Polimiositis-dermatomiositis		X					
Sarcoidosis	X	X	X			X	
Síndrome de Sjögren			X		X	X	
Vasculitis sistémica	X	X	X	X	X	X	X

PATRONES CLÍNICOS

- Establecer el patrón de afectación reduce el espectro de opciones diagnósticas y la realización de pruebas complementarias innecesarias.

MONOARTRITIS

Causa inflamatoria

Frecuentes

Microcristalinas: urato monosódico, pirofosfato cálcico dihidratado
Infecciosas: virus, bacterias, hongos, micobacterias

Menos frecuentes

Artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal
Artritis idiopática juvenil
Artritis psoriásica
Artritis reumatoide
Artritis reactivas
Conectivopatías (lupus, enfermedad mixta del tejido conectivo)

Raras

Infecciosas: enfermedad de Lyme
Por simpatía (osteomielitis, tumor óseo)
Sarcoidosis
Microcristalinas: apatita, oxalato cálcico
Fiebre mediterránea familiar
Enfermedad de Still
Hidrartritis intermitente
Vasculitis
Enfermedad de Behcet

Causa no inflamatoria

Artrosis

Traumatismo o sobreuso
Fractura de estrés intra o periarticular
Lesión interna: rotura de menisco, plica
Hemartrosis

Necrosis ósea avascular
Cuerpo intraarticular



OLIGO-POLIARTRITIS

Poliartritis periférica

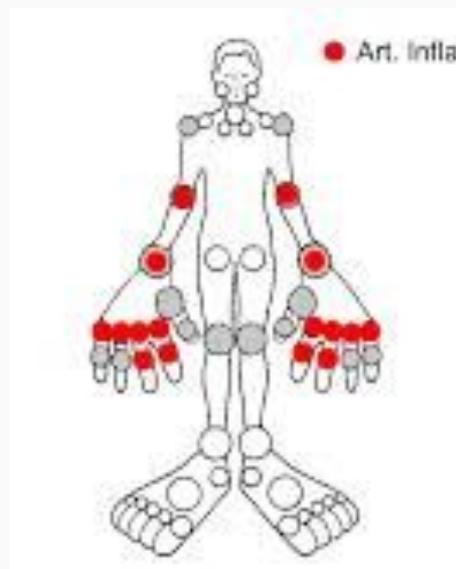
- Artritis reumatoide
- Lupus eritematoso sistémico
- Artritis viral
- Artropatía psoriásica (en ocasiones)

Oligoartritis periférica

- Artropatía psoriásica
- Síndrome de Reiter
- Fiebre reumática
- Gota poliarticular
- Artropatía enteropática
- Enfermedad de Behçet
- Endocarditis bacteriana

Oligopoliartritis con afectación axial

- Espondilitis anquilopoyética
- Síndrome de Reiter
- Artritis enteropática
- Artropatía psoriásica



Oligopoliartritis según su distribución simétrica o asimétrica

Simétrica

Artritis reumatoide
Artritis idiopática juvenil
Enfermedad de Still del adulto
Lupus eritematoso sistémico
Enfermedad mixta del tejido conectivo
Polimialgia reumática
Fiebre reumática del adulto (reumatismo postestreptocócico)

Artrosis primaria generalizada
Artrosis nodal (erosiva)
Enfermedad por pirofosfato (tipo pseudoartritis reumatoide)
Artropatía por hemocromatosis

Artritis viral

Osteoartropatía hipertrófica
Artropatía amiloidea
Artropatía mixedematosa
Sarcoidosis (aguda)

Asimétrica

Inflamatoria

Espondilitis anquilosante
Artritis reactiva
Artropatía psoriásica (oligoarticular)
Artropatía enteropática
Espondiloartritis indiferenciada
Reumatismo palindrómico

Degenerativa/microcristalina

Gota
Enfermedad por pirofosfato (tipo pseudogota)

Infeciosas

Artritis bacteriana
Endocarditis bacteriana
Enfermedad de Lyme

Miscelánea

Síndromes paraneoplásicos

DIAGNÓSTICO DE LAS ER

- **Clínico**
- Solapamiento de síntomas y signos
- Pruebas complementarias en general no confirman diagnóstico o pronóstico (paradoja)
- “Criterios de clasificación”

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Laboratorio
- Imágenes: Radiología, Ecografía, Resonancia Magnética
- Artrocentesis y estudio de líquido sinovial
- Biopsia sinovial

LABORATORIO

Estudio general



(Compromiso sistémico, comorbilidad, toxicidad farmacológica)

Hemograma

Bioquímica básica incluyendo estudio hepático

Reactantes de fase aguda (velocidad de sedimentación globular, PCR)  (Inflamación)

Análisis de orina

Estudios específicos según sospecha clínica

Prueba

Factor reumatoide y ACPA

ANA

Ácido úrico

HLA B27

Anticuerpos frente a gérmenes específicos

Motivos de la solicitud

Artritis simétrica de predominio en EESS, sospecha de artritis reumatoide

Artritis simétrica de predominio en EESS, sospecha de conectivopatía

Oligopoliartritis de predominio en EEII, sospecha de gota

Oligopoliartritis de predominio en EEII, sospecha de espondiloartropatía

Sospecha de artritis reactiva, enfermedad de Lyme o hepatitis viral

ANA: anticuerpos antinucleares; ACPA: anticuerpos frente a proteínas citrulinadas; EEII: extremidades inferiores; EESS: extremidades superiores; FR: toide; PCR: proteína C reactiva.

LABORATORIO ESPECIAL

- Uricemia
- Hemocultivos, urocultivo, líquido sinovial, cultivo de secreciones
- Serologías virales, Mantoux
- Inmunológico
- Marcadores de remodelado óseo
- CPK
- Genético HLA B27, HLA DR4 DRB1*4

LABORATORIO INMUNE

- **Sensibilidad y especificidad bajas en general**
- Factor Reumatoideo
- Ac anti-nucleares (ANA)
- Ac anti-citoplasmáticos: anti-CPP, ANCAc (PR3), ANCAp (MPO)
- Anti-fosfolípidos: anti-cardiolipina, anti-coagulante lúpico
- Dosaje IgG, Crioglobulinas, Complemento C3 y C4, AELO

TABLA 1. ASOCIACIÓN DE EXÁMENES Y DIAGNÓSTICOS EN REUMATOLOGÍA

Examen	Patología
ANA	LES*
DNA	LES
Anti Ro	Sjögren, LES
Anti La	Sjögren, LES
Anti Sm	LES
Anti Scl-70	Esclerodermia difusa
Anti RNP	Enfermedad Mixta del Tejido Conectivo
Anti Jo-1	Dermatomiositis variedad anti-sintetasa
ANCAp o (MPO por ELISA)	PAM, GNRP
ANCAc o (PR3 por ELISA)	Granulomatosis de Wegener**
FR	Artritis Reumatoide*
Anti CCP	Artritis Reumatoide

* Muy poco específicos para estas enfermedades. Frecuente en población normal y otras patologías.

Enfermedades que cursan con anticuerpos antinucleares detectados mediante inmunofluorescencia indirecta

Enfermedad	%
Lupus eritematoso sistémico	96-100
Lupus inducido por fármacos	95-100
Enfermedad mixta del tejido conjuntivo	95-100
Esclerosis sistémica cutánea	70-96
Síndrome de Sjögren	70-90
Dermatomiositis-polimiositis	70-80
Artritis idiopática juvenil	30-70
Artritis reumatoide	30-60

ANA

Patrones de inmunofluorescencia indirecta nuclear sobre monocapas de células HEp-2

Patrón	Localización	Tinción cromosomas	Anticuerpos
Homogéneo	Difusa	Positiva	Anti-ADN Antihistonas Anti-ADN (LES)
Anular o periférico	Adyacente a la membrana nuclear	Positiva	Anti-ADN
Granular	Gránulos finos	Negativa	Anti-ENA
	Gránulos gruesos	Positiva	Anticentrómero
Nucleolar	Nucléolos	Negativa	Antinucleolares
Mixto	Variable	Positiva o negativa	Combinaciones

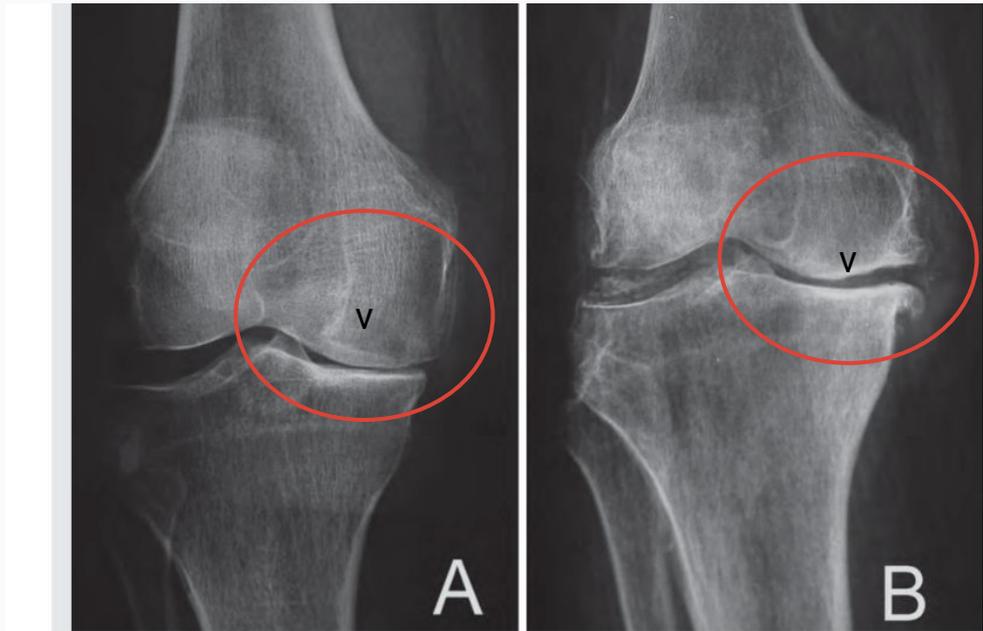
ENA: antígenos nucleares extractables; LES: lupus eritematoso sistémico.

IMÁGENES - RADIOLOGÍA

- Fácil acceso, bajo coste, interpretación accesible
- **Baja sensibilidad y especificidad**
- En general sirve para lesiones óseas establecidas
- Puede orientar la etiología de lesiones en partes blandas por su repercusión sobre las estructuras óseas
- **Patrones radiológicos: inflamatorio, metabólico, degenerativo**

PATRÓN DEGENERATIVO

- Disminución del espacio articular
- Esclerosis subcondral
- Osteofitos



PATRÓN INFLAMATORIO

- Aumento de partes blandas
- Disminución del espacio articular
- Erosiones
- Deformidad articular



PATRÓN METABÓLICO

- Calcificaciones articulares
- Calcificación de partes blandas (tofós)



IMÁGENES: ECOGRAFÍA

- Accesible, inocua, económica, bien aceptada
- Más sensible que el examen clínico en la detección de **sinovitis clínica y subclínica** (marcador pronóstico y de actividad)
- Útil para valorar partes blandas extra-articulares, músculos, nervios periféricos, y patología ósea cortical superficial
- Más sensible que la Rx simple para detectar **erosiones óseas**, también osteofitos precoces (similar a TC e IRM)

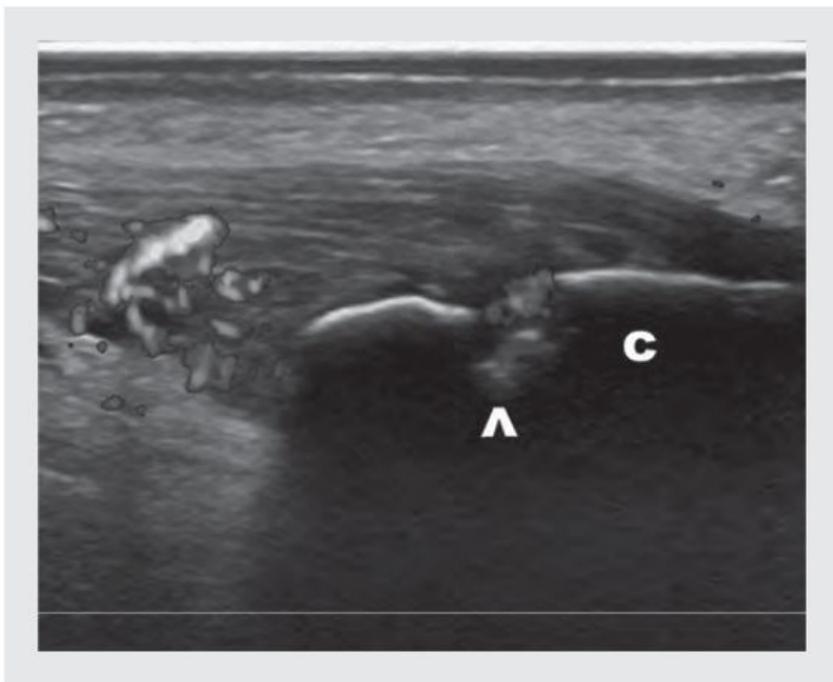


FIGURA 10.1-9 ■ Imagen ecográfica longitudinal del tendón de Aquiles que presenta entesopatía en modo B (engrosamiento hipoecoico) y señal de Doppler en la entesis (cabeza de flecha) y en el cuerpo del tendón. c: hueso calcáneo.

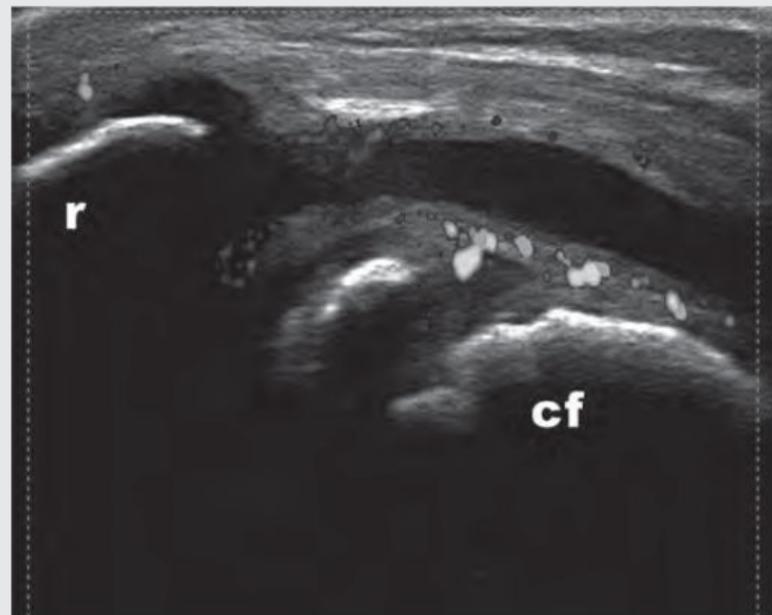


FIGURA 10.1-10 ■ Imagen ecográfica transversal del receso medial de la rodilla de un niño, el cual presenta sinovitis (distensión hipoecoica) y señal de Doppler en las paredes sinoviales del receso. cf: cóndilo femoral; r: rótula.

RESONANCIA NUCLEAR (RNM)

- Alta sensibilidad para lesiones de **partes blandas**
- **Alto costo**
- Se solicita si la ecografía no está disponible o no es concluyente
- Contraindicada en portadores de **materiales ferromagnéticos**

RESONANCIA NUCLEAR (RNM)

Resonancia magnética

- Infiltración neoplásica ósea
- Fractura osteoporótica reciente
- Osteomielitis
- Discitis
- Afectación inflamatoria de la articulación atloaxoidea
- Miositis infecciosa
- Necrosis avascular
- Sinovitis villonodular
- Rotura de menisco, ligamentos cruzados de rodilla
- Condromalacia rotuliana
- Hernia de disco
- Sospecha de espondilitis: sacroilíaca y columna



OTRAS TÉCNICAS DE IMAGEN

Tomografía computarizada

- Extensión de condromatosis sinovial
- Abscesos/artritis infecciosas en articulaciones complejas
- Cuerpos libres intraarticulares
- Fracturas radiológicamente ocultas
- Guía punción

Gammagrafía

- Dolor regional complejo tipo II
- Extensión enfermedad de Paget
- Extensión de metástasis óseas

ARTROCENTESIS

- Técnica poco invasiva, accesible
- Bajo riesgo si asepsia rigurosa
- Diagnóstico de certeza en un elevado número de ocasiones
- **En toda monoartritis**, sospecha séptica o por microcristales

RECORDAR: La monoartritis aguda es séptica hasta que se demuestre lo contrario. La prueba definitiva para valorar una posible infección bacteriana es el análisis del líquido sinovial, que debe incluir recuento células, gram y cultivo (si es posible, también análisis de cristales).

La demora en el diagnóstico y el tratamiento de la artritis séptica empeora el pronóstico.

Tabla 3. Características del líquido sinovial

TIPO DE LÍQUIDO SINOVIAL	ASPECTO	CELULARIDAD (cél./ μ L)	GLUCOSA (mg/dL)
Normal	Claro, incoloro, viscoso	< 200 células. < 25% de neutrófilos	80-100
No inflamatorio (tipo I). Típico de artrosis y traumatismos	Claro, amarillo y viscoso	200-2.000 células. < 25% de neutrófilos	> 50
Inflamatorio (tipo II). Típico de artritis inflamatorias (artritis reumatoide)	Turbio, acuoso, xantocrómico (amarillento)	2000-50.000 células. > 50% neutrófilos	20-50
Purulento (tipo III). Típico de artritis infecciosas	Purulento, espeso, opaco	> 50.000 células. > 75% neutrófilos	< 20

CRISTALES

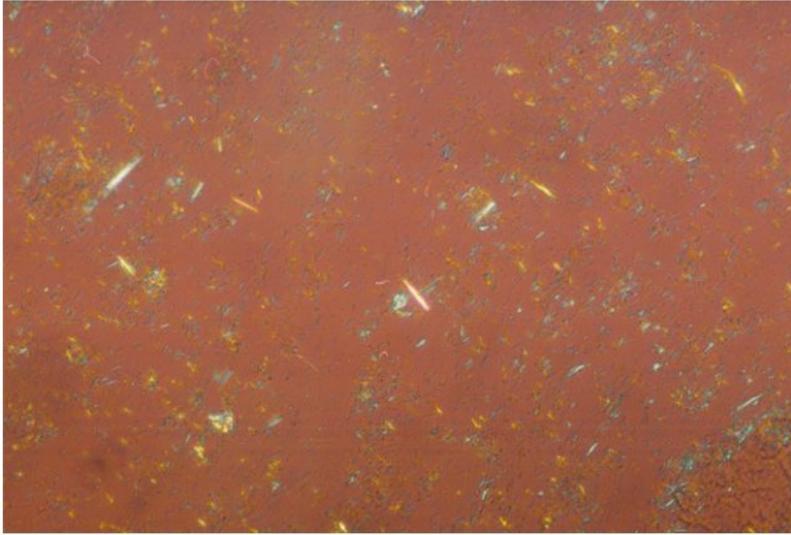


Figura 1. La fotografía muestra cristales de urato monosódico extracelulares con forma de aguja y birrefringencia negativa. La presencia de estos cristales es frecuente en muestras de articulaciones con depósitos tofaceos. Preparación en gota gruesa observada en microscopio de luz polarizada $200\times$.

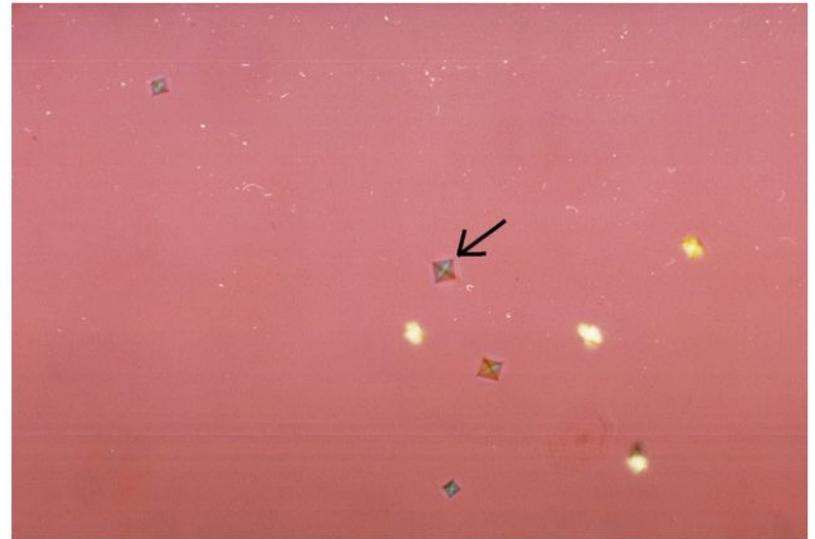


Figura 5. La fotografía muestra cristales de oxalato de calcio, los cuales se observan de forma bipiramidal con birrefringencia positiva. En algunos cristales no se observa birrefringencia. Preparación en gota gruesa observada en microscopio de luz polarizada $400\times$.

ARTRITIS REUMATOIDEA (AR)

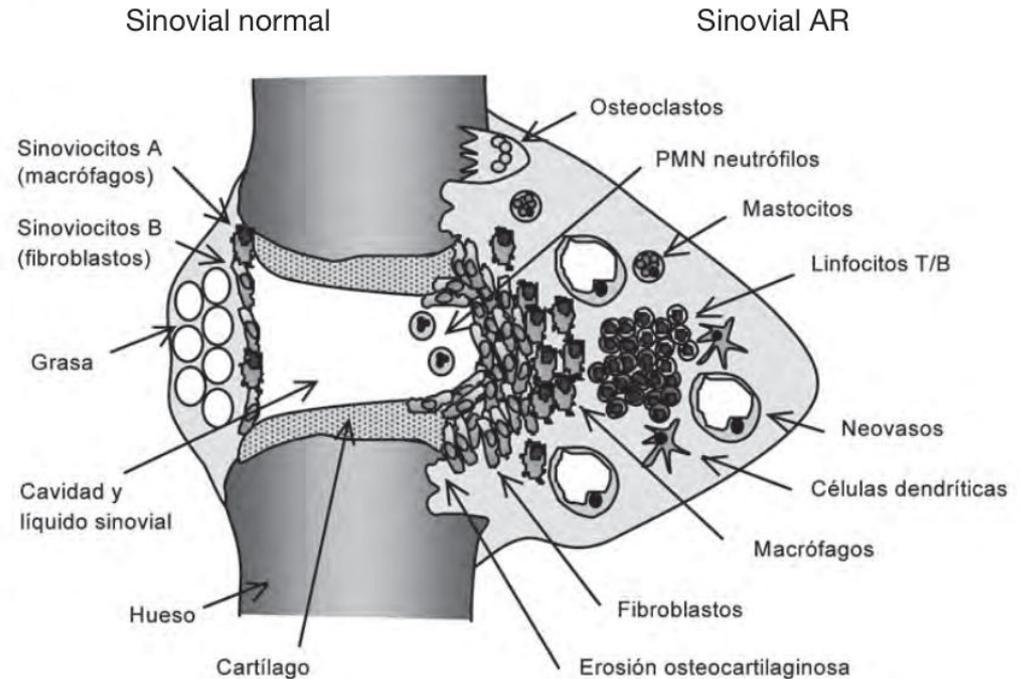
- Enfermedad reumática **crónica** de etiología desconocida caracterizada por inflamación **poliarticular y simétrica** de pequeñas y grandes articulaciones, con **posible compromiso sistémico**
- **Si no se trata precozmente**, ocasiona **destrucción articular**, con deformidad, discapacidad y mayor mortalidad

EPIDEMIOLOGÍA DE LA AR

- Es la enfermedad inflamatoria articular más frecuente
- Afecta del 0.2 al 1% de la población caucásica
- Más frecuente entre los **40 y 60 años** (edad productiva)
- Es 3 veces **más frecuente en la mujer** que en el hombre
- La incidencia aumenta en **familiares** (patrón poligénico)
- En **fumadores**, el riesgo de padecer AR es 1,5-2 veces mayor

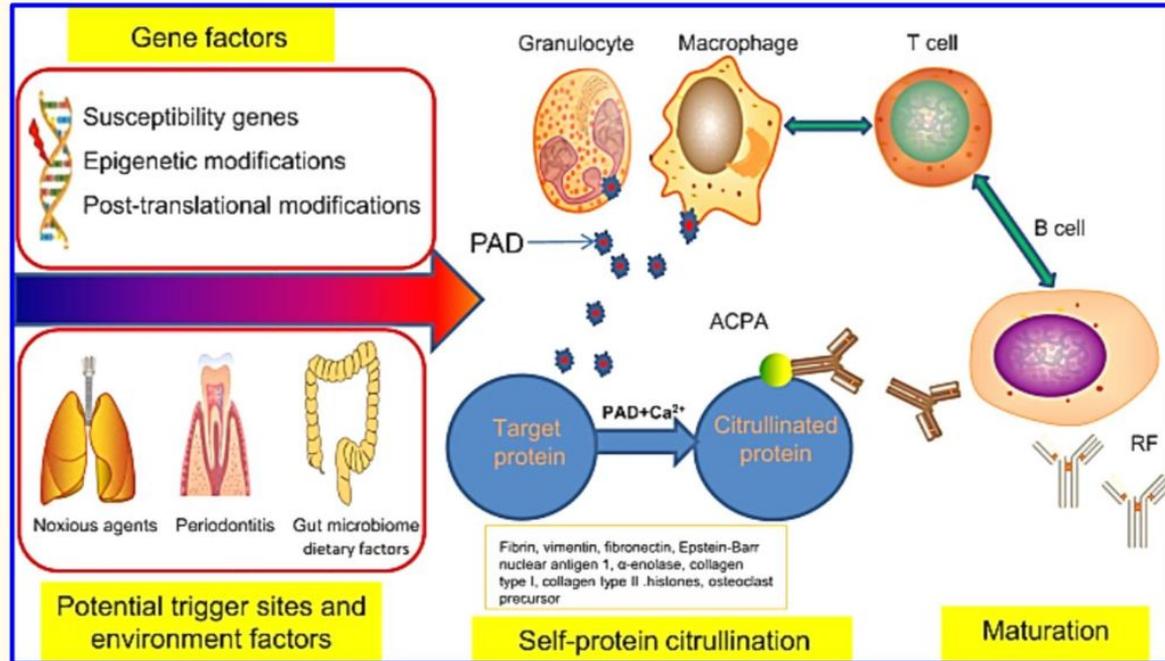
FISIOPATOGENIA

- Sinovitis crónica
- Macrófagos, linfocitos T
linfocitos B
- Pannus



ETIOLOGÍA

- **Autoimmune**
- **FR, anti CCP(80%)**
- Células TCD4+,
macrófagos,
TNF α , IL-1 o IL-6
- **Gen HLA-DRB1**,
variedad DR4 y DR1



AR

- Manifestaciones extraarticulares
- Alteraciones sistémicas no específicas

Efectos sistémicos de la inflamación

Producción de citocinas de efecto sistémico (IL-6, TNF α , IL1- β , adipocitocinas)

- Respuesta hepática de fase aguda (IL-6 dependiente)
 - Hepcidina: anemia de enfermedad crónica
 - PCR/SAA: amiloidosis
 - Cambios en proteínas plasmáticas (fibrinógeno, albúmina, haptoglobina, C3/C4)
- Inmunoactivación T/B inespecífica
 - Hipergammaglobulinemia policlonal
 - Inmunodeficiencia inespecífica (infecciones)
 - Síndromes linfoproliferativos
- Efectos metabólicos y vasculares
 - Cambios en el perfil lipídico
 - Resistencia a insulina
 - Aumento de riesgo cardiovascular (aterotrombótico)
- Efectos óseos sistémicos
 - Osteoporosis
 - Retraso del crecimiento
- Eje hipotálamo-suprarrenal
 - Astenia
 - Cambios anímicos

FASES DE LA AR

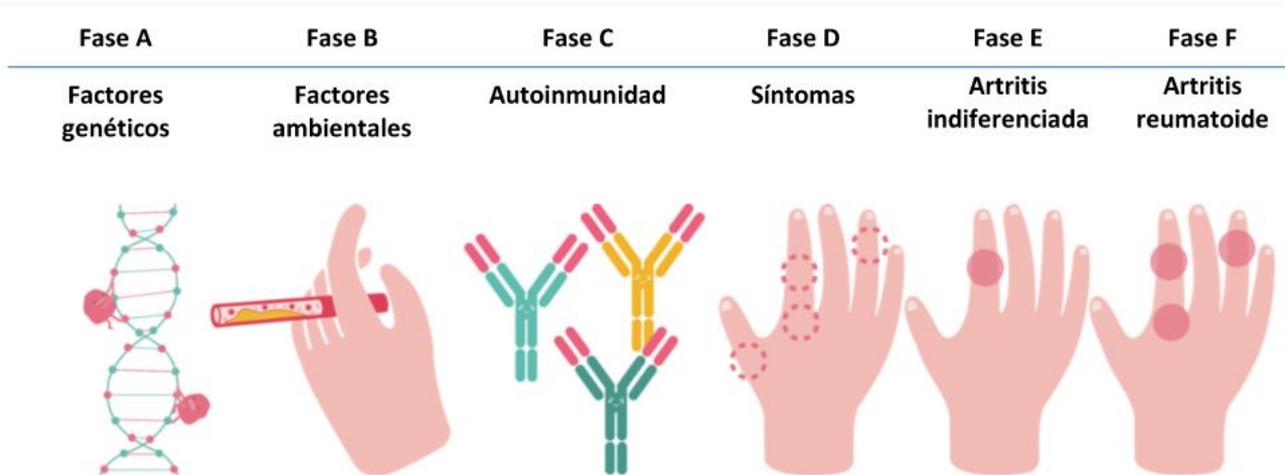
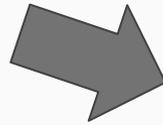
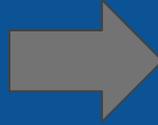


Figura 1: Fases de desarrollo de la AR. Elaboración propia

PRESENTACIÓN CLÍNICA

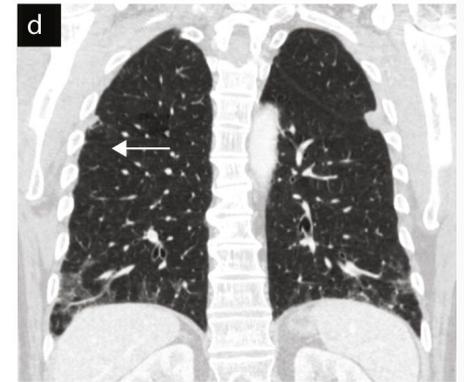
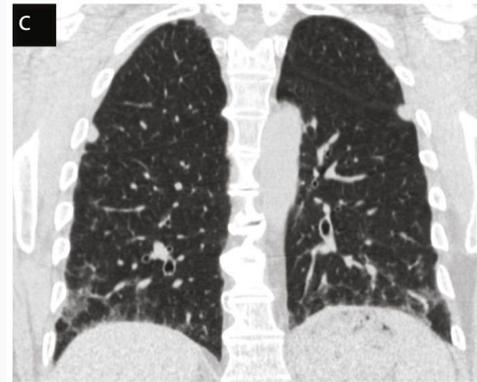
- Dolor articular **inflamatorio**
- **Poliartritis crónica, simétrica**, principalmente de manos (IFP y MCF), muñecas, rodillas y pies. Columna cervical
- **Rigidez matinal** y luego de períodos de inactividad **> 1 hora**
- Debilidad muscular y atrofia
- **Deformidad articular**, luxaciones, subluxaciones, tenosinovitis, compresiones nerviosas



CLINICA EXTRA-ARTICULAR

- Fatiga, anorexia, debilidad, febrícula
- Nódulos reumatoides subcutáneos y en otros órganos
- Vasculitis reumatoide
- Pleuritis; fibrosis intersticial, nódulos pulmonares, Síndr de Caplan
- Pericarditis
- Túnel carpiano, subluxación atlóido-axoidea, m. múltiple
- Sjögren, escleritis

COMPROMISO SISTÉMICO



TIPOS DE PRESENTACIÓN

- AR Clásica
- Poliartritis aguda
- Polimialgia reumática
- Palindrómico
- Monoarticular
- Fibromialgia
- Local extraarticular
- Sistémico

COMORBILIDADES EN AR

- Episodios **cardiovasculares**
- Factor de riesgo independiente para enfermedad coronaria
- **Infecciones** artritis por S.aureus, TBC y oportunistas, zóster
- **Cáncer**
- Cataratas, osteoporosis o depresión, toxicidad renal, úlcera gastro-duodenal, miopatía
- **Amiloidosis**

LABORATORIO EN AR

- **Anemia** normocítica, normocrómica: en general leve
- **Elevación de VSG y PCR** (marcador de **actividad**)
- Factor reumatoideo: **baja especificidad**
- **Anti- CCP especificidad 95%**, prevalencia 60-70%
- **AR seropositiva peor pronóstico**, más grave y erosiva
- Líq. sinovial **inflamatorio**, predominio PMN
- Síndrome de Felty: AR + esplenomegalia + leucopenia

RX: PATRÓN INFLAMATORIO

- Aumento de partes blandas
- **Disminución uniforme del espacio articular**
- **Erosiones** (no patognomónicas pero características)
- Geodas intraóseas
- Anquilosis (fase avanzada)
- **Deformidad articular**



AR



ECOGRAFÍA EN AR

Artritis reumatoide (otras artritis inflamatorias)

- Evaluación de la actividad inflamatoria y el daño estructural articular en artritis temprana y durante su evolución
- Detección de actividad inflamatoria subclínica y daño estructural subradiológico en pacientes en remisión clínica
- Monitorización de la respuesta terapéutica
- Identificación de sinovitis en los pacientes con artralgias inflamatorias o inespecíficas con sospecha diagnóstica de artritis reumatoide u otras artritis inflamatorias
- Diagnóstico diferencial (inflamación frente a daño estructural) en la articulación periférica sintomática
- Guía de punciones e infiltraciones
- Evaluación del riesgo cardiovascular

ECOGRAFÍA EN AR

Sensibilidad superior a la clínica para dx de **sinovitis** y superior a la Rx simple para detectar **erosiones**.

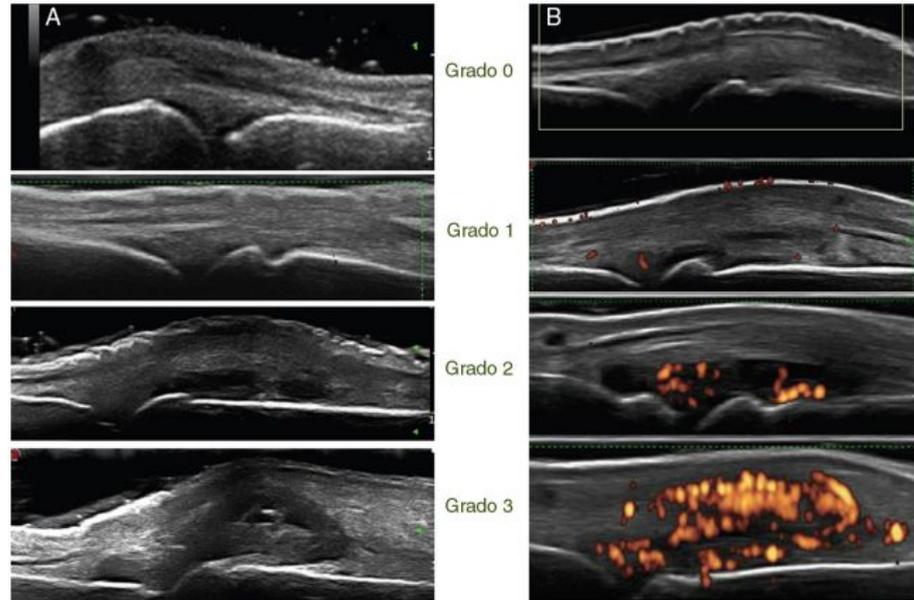


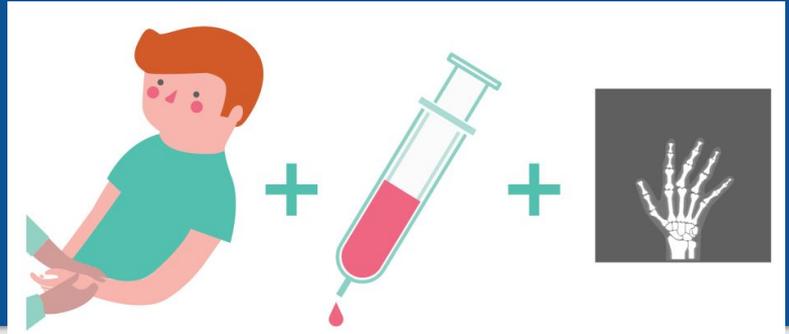
Figura 1 - Procedimiento general del estudio.

Imagen ecográfica de segunda MCF. A) Puntuación semicuantitativa en escala de grises. B) Puntuación semicuantitativa en Power Doppler.

RMN EN AR

- Superior a la Rx simple para detectar **erosiones en la AR precoz**
- Muy sensible para **sinovitis**, tendinopatías y rupturas tendinosas, así como **edema óseo** (predictor de una futura erosión)
- Complicaciones de la AR: necrosis avascular, fracturas de estrés, quistes sinoviales periarticulares, compresión medular

DIAGNÓSTICO



- La AR se establece por un **conjunto de criterios clínicos de clasificación**, no existe un marcador específico diagnóstico
- Permiten diferenciar la AR de otras enf. reumáticas, pero no de las poliartritis autolimitadas.
- El **daño articular** se produce en una **fase temprana** (semanas)
- **¡Diagnóstico y tratamiento precoz** para mejorar el pronóstico!
(Ventana de oportunidad < 6 semanas)

AR ESTABLECIDA

Crterios de la American Rheumatism Association 1987 para la clasificacin de artritis reumatoide (AR)

Crterio	Definicin
1. Rigidez matutina	Rigidez matutina de al menos 1 h de duracin
2. Artritis de 3 o ms reas articulares	Al menos 3 reas articulares presentan simultneamente tumefaccin de partes blandas o derrame observados por un mdico
3. Artritis de las articulaciones de las manos	Tumefaccin en al menos una articulacin: mueca, MCP o IFP
4. Artritis simtrica	Afectacin simultnea de las mismas reas articulares en los 2 lados del cuerpo
5. Nrdulos reumatoides	Nrdulos subcutneos sobre prominencias oseas o superficies extensoras o en regiones yuxtaarticulares observados por un mdico
6. Factor reumatoide sérico	Demostracin de aumento anormal del factor reumatoide sérico
7. Cambios radiolgicos	Cambios tpicos de AR en la radiografa de manos y muecas, que deben incluir erosiones o descalcificacin osea localizada en las articulaciones afectadas

Un paciente ser clasificado como AR si satisface al menos 4 de los 7 criterios. Los criterios 1 a 4 deben estar presentes durante al menos 6 semanas.
IFP: interfalngicas proximales; MCF: metacarpofalngicas.

Sensibilidad 77 - 95% , especificidad 85 - 98%
¡No adecuados en AR precoz!

AR PRECOZ

- AR muy precoz (< 3 meses) y precoz tardía (3-12 meses)
- **Mayor sensibilidad** con respecto a los criterios ACR de 1987
- Pueden clasificar incorrectamente como AR a pacientes con enfermedad autolimitada (sobret ratamiento)

Criterios de la American Rheumatism Association/European League Against Rheumatism (ACR/EULAR) 2010 para la clasificación de artritis reumatoide

Población diana:

1. Sinovitis (inflamación) confirmada en al menos 1 articulación
 2. Sinovitis no explicada por otra enfermedad
- Se precisa un índice $\geq 6/10$ para la clasificación de AR definida

Afectación articular^a

1 articulación grande	0
2-10 articulaciones grandes	1
1-3 articulaciones pequeñas (con o sin afectación de articulaciones grandes)	2
4-10 articulaciones pequeñas (con o sin afectación de articulaciones grandes)	3
> 10 articulaciones (al menos una pequeña) ^b	5

Serología^c

ACPA y FR ambos negativos	0
ACPA o FR ambos positivos (títulos bajos)	2
ACPA o FR ambos positivos (títulos altos)	3

Reactantes de fase aguda

PCR y VSG normales	0
PCR o VSG elevados	1

Duración de los síntomas

< 6 semanas	0
≥ 6 semanas	1

ARTRITIS INDIFERENCIADA (AI)

- No cumple criterios para AR precoz ni establecida
- **Curso variable** (40-55% remisión espontánea, AR en 6-55%)
- **Más jóvenes, menos frecuente mujeres, inicio más agudo**
- **Menor número de articulaciones y simetría**
- Oligoartritis y monoartritis, de grandes articulaciones (40%)
- **RFA parecidos o inferiores**, menor frecuencia de auto-Ac al inicio
- **Mejor pronóstico** que la AR de similar tiempo de evolución



FACTORES PRONÓSTICOS AI

Predictores asociados a persistencia de la enfermedad

- Sexo femenino
- Hábito tabáquico
- Duración de los síntomas > 12 semanas
- Número elevado de articulaciones dolorosas e inflamadas
- Afectación de manos
- Elevación de RFA
- Presencia de autoanticuerpos (FR y ACPA)
- Cambios radiográficos y erosiones
- Cumplimiento de los criterios ACR 1987 para AR

ARTRITIS PRE-CLÍNICA

- **Sólo anomalías serológicas**
 - FR, anti-CCP, PCR
- Artralgia: final de esta fase
- **Artralgia con riesgo de AR**
sensibilidad > 90 % > 3/7
especificidad > 90 % 4/7

Tabla 1. Características definidas por EULAR para describir la artralgia con riesgo de AR⁸.

Estos parámetros deben utilizarse en **pacientes con artralgia sin artritis clínica** y sin otros diagnósticos u otra explicación para la artralgia

ANAMNESIS

- Síntomas articulares de reciente comienzo (duración < 1 año)
- Síntomas localizados en articulaciones MCF
- Duración de rigidez matutina \geq 60 minutos
- Síntomas más intensos por la mañana
- Presencia de familiar de primer grado con AR

EXAMEN FÍSICO

- Dificultad para cerrar el puño
- Test *squeeze* positivo de articulaciones MCF

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Diagnóstico diferencial de la artritis reumatoide

Enfermedad	Presentación	Exploración física	Comentario
Lupus eritematoso sistémico	Poliartritis, rigidez matutina, astenia y elevación de reactantes de fase aguda	Artritis y otras manifestaciones características como Raynaud, eritema malar, alopecia o aftosis	Erupciones cutáneas en zonas fotoexpuestas, aftosis oral +/- genital, citopenias, nefritis o pruebas serológicas específicas. La artritis no suele ser erosiva <u>Puede producirse un síndrome de solapamiento (Rhus) cursa con: artritis erosiva y serologías lúpicas y de AR positivas</u>
Polimialgia reumática	<u>Debilidad repentina de cinturas</u> (escapular y pelviana) ± cuadro constitucional, fiebre ocasional. Puede aparecer artritis	Debilidad brazos y piernas	<u>Anemia, elevación de RFA y edad > 50 años</u>
Espondiloartropatías (espondiloartritis axial, APs, artritis enteropática, artritis reactiva)	Afectación esqueleto axial, artritis asimétrica (interfalángicas distales de manos y/o pies)	Limitación movilidad axial, dolor en entesis Lesiones cutáneas, genitales (balanitis circinada en a. reactiva o psoriasis genital) o ungueales típicas (psoriasis ungueal)	<u>Artritis asimétrica, afectación axial y distal junto con la enfermedad de base asociada (psoriasis, enfermedad inflamatoria intestinal, infección), además de marcadores serológicos HLAB27, B08, B38. . .</u>
Otras conectivopatías (esclerodermia), miopatías, vasculitis	Artritis y sintomatología general (fiebre, astenia. . .) como manifestación inicial	<u>Manifestaciones cutáneas específicas: Raynaud, pápulas de Gottron, lesiones vasculíticas. . .</u>	Diagnóstico diferencial por clínica sistémica específica, alteraciones analíticas (elevación de enzimas musculares) y anticuerpos específicos

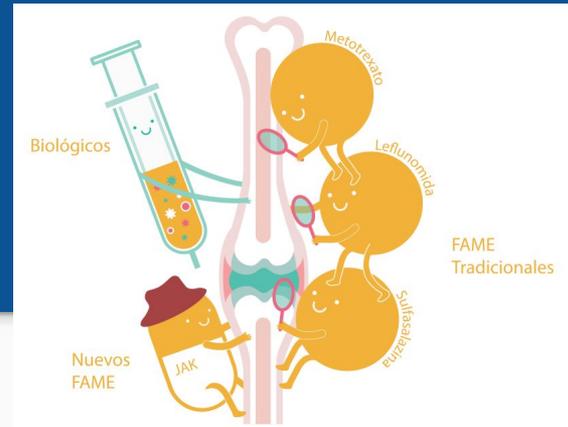
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Gota y pseudogota	Artritis mono u oligoarticular de inicio súbito, muy dolorosa, con mucha reacción local que cursa en crisis. Se autoresuelve en 7 días	Presencia de dolor, rubor y calor intensos en la articulación afectada	El diagnóstico por presencia de <u>microcristales</u> en líquido sinovial, <u>signo del doble contorno</u> durante la crisis aguda por ecografía o <u>calcificación de cartílagos</u> en rodillas y/o carpos
Artritis	Afectación poliarticular <u>asimétrica</u> . <u>Dolor mecánico</u> . Afecta articulaciones de carga, axiales y con mayor uso	Pinzamiento articular, formación de osteofitos, presencia de hidrartros	Para el diagnóstico: edad de presentación <u>> 50 años</u> . Hallazgos radiográficos, curso clínico y ausencia de marcadores de inflamación para el diagnóstico
Artritis sépticas	<u>Monoarticulares</u> , clínica sistémica (fiebre)	Eritema y calor local, calor, severa impotencia funcional	<u>Cultivo del líquido sinovial</u>
Síndrome RS3PE	Sinovitis simétrica, edema con fóvea en dorso de muñecas hasta las articulaciones metacarpofalángicas, (aspecto de un «guante de boxeo»)	Limitación movilización de carpos por edema. Además, limitación de la amplitud de movimiento hombros	FR y ACPA negativas. Ecografía y RMN con tenosinovitis de los extensores de antebrazos y manos, con cantidades menores de tenosinovitis flexora y sinovitis de las metacarpofalángicas e interfalángicas proximales
Tumores	Poli-oligo artritis asociada a cuadro constitucional o síntomas B	Pérdida ponderal, lesiones cutáneas o hábitos tóxicos	Asociación con tumores sólidos y trastornos hematológicos Historia clínica cuidadosa, estudio analítico y radiografía de tórax Según sexo descartar Ca de próstata o mama

TRATAMIENTO

1. El objetivo principal del tratamiento debe ser conseguir la remisión clínica.
2. La remisión clínica es la ausencia de signos y síntomas de actividad inflamatoria significativa de la enfermedad.
3. Aunque la remisión debe ser un objetivo preferente, basado en la evidencia actual, la baja actividad de la enfermedad puede ser una alternativa aceptable, sobre todo en la AR establecida de larga evolución.
4. Hasta alcanzar el objetivo el ajuste terapéutico debe realizarse por lo menos cada 3 meses.
5. Los parámetros de actividad se deben obtener y registrar al menos mensualmente en los pacientes con moderada/alta actividad y con menor frecuencia ($\approx 3-6$ meses) en caso de baja actividad o remisión.
6. Es necesario incluir índices compuestos validados de actividad de la enfermedad, con recuentos articulares, para guiar las decisiones terapéuticas.
7. La evaluación del daño estructural y de la capacidad funcional se debe tener presente en la toma de decisiones clínicas, además de los índices compuestos de actividad.
8. El objetivo terapéutico debe mantenerse a lo largo de todo el curso de la enfermedad.
9. La comorbilidad, las características del paciente y los riesgos farmacológicos pueden influir en la elección de las medidas de actividad (índice compuesto) y el nivel del objetivo terapéutico.
10. El paciente debe ser informado de forma adecuada sobre el objetivo terapéutico y la estrategia a seguir para alcanzarlo bajo la supervisión del reumatólogo.

TRATAMIENTO



- **No farmacológico**
 - Terapia ocupacional, ejercicios dinámicos y aeróbicos, Ortesis/Quirúrgico, cese tabáquico, evitar sobrepeso
- **Farmacológico**
 - AINE o Inhibidores de la COX 2 (analgésicos)
 - Corticoides a dosis bajas
 - **Fármacos anti-reumáticos modificadores de la enfermedad (FAME/DMARD)**

FAME SINTÉTICOS CLÁSICOS

Fármaco	Tipo	Dosis	EA y consideraciones
Metotrexato	Inhibidor de la dihidrofolato reductasa	10-25 mg/sem oral o s.c., aunque su biodisponibilidad aumenta 90% por vía s.c.	Las más habituales: intolerancia gastrointestinal, cefaleas, hipertransaminasemia, úlceras orales, alopecia reversible y las erupciones cutáneas. <u>Mejoran con la asociación de ácido fólico</u> (1 a 3 mg/día) o ácido fólnico (15 mg 24 h después del metotrexato) sin disminuir la eficacia. EA más graves: <u>mielosupresión y hepatotoxicidad</u> Evitar si alteraciones hepáticas o abuso de alcohol o infecciones por el virus de la hepatitis. En insuficiencia renal y edad avanzada aumento riesgo de mielotoxicidad Es <u>teratogénico</u> , suspenderse al menos 3 meses antes de un embarazo planificado, en mujeres como en varones Más frecuentes: pérdida de peso, diarrea (puede ser grave y provocar hiponatremia), alopecia reversible, pancitopenia, hipertensión y neuropatía periférica. El EA más grave, la <u>hepatotoxicidad</u> . Evitar si abuso de alcohol o infección por virus hepatitis. Especial precaución junto con el metotrexato. Evitar administrar con fármacos que utilizan la vía del citocromo P450 2C9 (CYP2C9) (anticoagulantes, rifampicina. . .). Es <u>teratogénico</u> . Suspender al menos 3 meses antes de la concepción y se recomienda el lavado con colestiramina (8 g cada 8 h durante 11 días)
Leflunomida	Inhibidor de la dihidroorotato deshidrogenasa	10-20 mg/día v.o.	Más frecuentes: pérdida de peso, diarrea (puede ser grave y provocar hiponatremia), alopecia reversible, pancitopenia, hipertensión y neuropatía periférica. El EA más grave, la <u>hepatotoxicidad</u> . Evitar si abuso de alcohol o infección por virus hepatitis. Especial precaución junto con el metotrexato. Evitar administrar con fármacos que utilizan la vía del citocromo P450 2C9 (CYP2C9) (anticoagulantes, rifampicina. . .). Es <u>teratogénico</u> . Suspender al menos 3 meses antes de la concepción y se recomienda el lavado con colestiramina (8 g cada 8 h durante 11 días)
Sulfasalazina	Derivado de la mesalazina	2-3 g/día v.o.	Más frecuentes gastrointestinales (en España, su formulación no incluye cubierta entérica). Los EA más graves: leucopenia, granulocitopenia, y hepatotoxicidad
Hidroxicloroquina	Antimalárico	200-400 mg/día (máximo 5 mg/kg/día)	Más frecuentes son los gastrointestinales. Pueden producir <u>toxicidad ocular</u> por acúmulo en la retina. Se recomienda control oftalmológico periódico

FAME BIOLÓGICOS

Anti-TNF- α

Inhibidores del TNF- α

Se unen a los receptores del TNF o a la molécula soluble, bloqueando su efecto

-Adalimumab: 40 mg/s.c./2 sem
-Etanercept: 50 mg/s.c./sem
-Certolizumab pegol: 400 mg semanas 0,2 y 4; luego 200 mg/s.c./2 sem
-Golimumab: 50 mg/s.c./4 sem
-Infliximab: 3 mg/kg/i.v. sem 0,2,6 y luego cada 8 sem

En el momento actual hay disponibles biosimilares de adalimumab, etanercept e infliximab

Anti-IL6

Ac monoclonales que se unen a los receptores de IL-6 (r-IL6) tanto solubles como de membrana, inhibiendo su señalización

Tocilizumab: 162 mg/s.c./ sem o 8 mg/kg/i.v. cada 4 semanas
Sarilumab: 200 mg/s.c./2 sem
Aún no hay biosimilares comercializados

Infecciones de vías respiratorias altas y urinarias, y aumento de riesgo de infecciones oportunistas Reactivación de tuberculosis latente (*screening* y profilaxis primaria en caso de Quantiferon o Mantoux positivo con Rx tórax normal) o infección por VHB o VHC (en caso de presentar infección hay que tratarla) Pueden producir reacción en el lugar de inyección, psoriasis paradójica, toxicidad cutánea, hepatotoxicidad, enfermedades desmielinizantes
Contraindicado el uso de vacunas de virus vivos
Todos atraviesan la barrera placentaria excepto el certolizumab pegol, que se puede administrar según ficha técnica en el embarazo

Más frecuentes: infecciones y alteraciones analíticas (dislipemia, neutropenia, trombopenia y elevación de transaminasas). En pacientes con antecedentes de diverticulosis riesgo de perforación intestinal

FAME BIOLÓGICOS (cont)

Anti-CD20

Ac monoclonal quimérico humano-murino dirigido contra la molécula de superficie CD20 presente en el linfocito B. Produce una depleción de linfocitos B

Rituximab: 1 g i.v. las semanas 0 y 2 Posteriormente administrar cada 6-8-12 meses

Los EA más frecuentes: reacciones infusionales, infecciones del tracto urinario o vías respiratorias. Su administración repetida provoca una reducción de Ig que predispone a infecciones oportunistas

AntiCTL-4

Modulador selectivo de la coestimulación de los linfocitos T. Se une a CD80 y CD86 de la CPA y bloquea su interacción con el CD28 en el linfocito T, inhibiendo la segunda señal necesaria para la activación celular

Abatacept (2 vías de administración)
-10 mg/kg/i.v. las semanas 0,2 y 4 y luego cada 4 semanas
-125 mg/s.c./sem

Aún no hay biosimilares comercializados

Infecciones de vías respiratorias superiores y del tracto urinario Reactivación de tuberculosis o hepatitis latente
Alteraciones hematológicas, reacciones cutáneas
Se considera el más seguro en cuanto a las infecciones

FAME SINTÉTICOS DIRIGIDOS

Jakinibs

Inhiben de forma selectiva la actividad de una o más de las enzimas de la familia Janus cinasa, inhibiendo la vía de señalización JAK-STAT en los linfocitos. Los de primera generación inhiben más JAK (se considera el tofacitinib un pan-JAK, el baricitinib inhibe JAK1 y JAK2, upadacitinib/filgotinib inhiben el JAK1)

Hay varios biosimilares disponibles

Tofacitinib: 5 mg/v.o./12 h

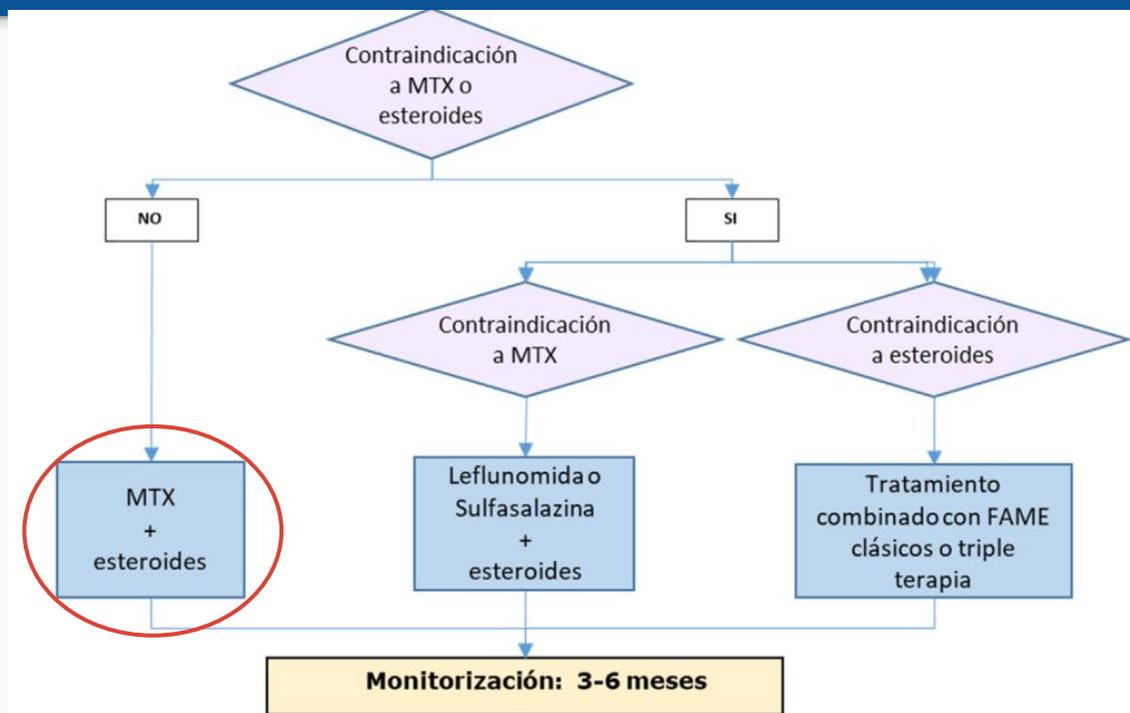
Baricitinib: 2-4 mg/v.o./24 h

Upadacitinib: 15 mg/v.o./24 h

Filgotinib: 100-200 mg/v.o./24 h

Más frecuentes infecciones de vías respiratorias altas o del tracto urinario. Incremento en la incidencia de herpes zóster. Está recomendado evitar su uso en ≥ 65 años con riesgo cardiovascular aumentado (fumadores, con antecedentes de eventos cardíacos o trombóticos, con aumento de colesterol, con manifestaciones extraarticulares de la AR) y pacientes con riesgo elevado de tumores.

TRATAMIENTO INICIAL



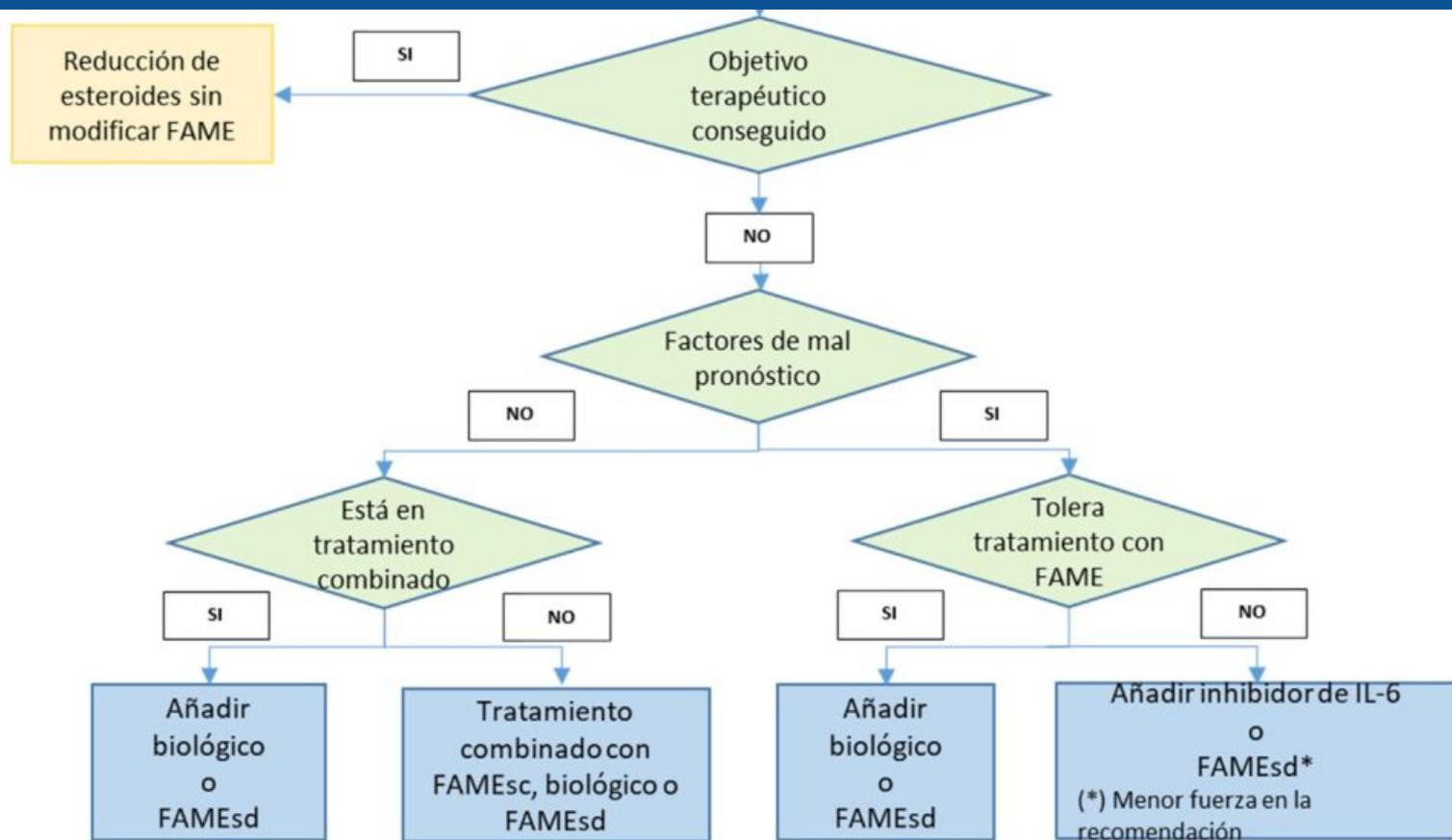


Figura 1. Algoritmo de tratamiento de la artritis reumatoide según la Sociedad Española de Reumatología¹⁶.

FAME: fármaco antirreumático modificador de la enfermedad; FAMEsc: FAME sintético clásico; FAMEsd: FAME sintético dirigido; MTX: metotrexato.

EVOLUCIÓN DE LA AR

- **Aumento de la mortalidad**, a pesar de las mejoras terapéuticas
 - Causas: enfermedad **cardiovascular (40%)**, infecciones (15-20%), neumopatía y neoplasias (LNH, cáncer de pulmón)
- **Discapacidad**
 - 50% a los 10 años del diagnóstico
 - 80% a los 20 años de evolución

OSTEO-ARTROSIS (OA)

- Enfermedad articular **degenerativa** caracterizada por un **deterioro progresivo del cartílago hialino** acompañado de alteraciones sinoviales y del hueso subcondral.
- **Grupo heterogéneo de patologías** con distinta etiología y pronóstico, pero con manifestaciones clínicas, anatómo-patológicas y radiológicas comunes
- Puede afectar a **todas las articulaciones**, incluso vertebrales

EPIDEMIOLOGÍA DE LA OA

- Es la **patología articular más prevalente**
- Su frecuencia aumenta claramente con la **edad (>40 años)**
- Prevalencia radiológica del 80% (en columna cervical > 75 años)
- **Disociación clínico-radiológica**
- Artrosis sintomática 10,2-33.7% en rodilla y 6,2-23.9% en manos
- **Más frecuente y severa en mujeres (rodilla y manos)**
- Más frecuente y severa en hombres (vertebral)

FACTORES DE RIESGO DE OA

Factores no modificables

- Genéticos (influencia en 50% de los casos)
- Sexo (predominio en mujeres)
- Raza (mayor incidencia de OA de rodillas en mujeres asiáticas)
- Edad (aumento progresivo de prevalencia a partir de 45 años)

Factores modificables

- Obesidad (especialmente en artrosis de rodilla)
- Traumatismos previos con afectación articular
- Alteración de la alineación articular (genu varo/valgo)
- Actividad laboral (agricultores, martillo neumático)
- Deportes de competición (de salto o de regateo)
- Fuerza debilitada del cuádriceps (factor independiente)
- Densidad Mineral Ósea (DMO) elevada (disminuye el riesgo)
- Menopausia (aumenta el riesgo)
- Tabaquismo (disminuye el riesgo)
- Dieta (escasa en vitaminas C y/o D triplica el riesgo)

ETIOLOGÍA

- **Primaria** (desconocida)
 - Localizada
 - Generalizada
- **Secundaria**

OA SECUNDARIA

Enfermedades metabólicas

- Hemocromatosis
- Alcaptonuria / Ocronosis
- Enfermedad de Wilson.
- Lipidosis (enfermedades de Gaucher, Fabry y Rafsum)

Enfermedades endocrinas

- Acromegalia
- Hiperparatiroidismo
- Hipotiroidismo
- Deprivación estrogénica
- Diabetes mellitus.

Artropatías microcristalinas

- Enfermedad por depósito de pirofosfato cálcico (condrocalcinosis)
- Enfermedad por depósito de hidroxapatita
- Gota urática

Enfermedades articulares (secuelas)

- Artritis reumatoide
- Espondiloartropatías
- Artritis infecciosa
- Neuroartropatía
- Hiperlaxitud articular primaria y enfermedad de Ehlers-Danlos

Enfermedades óseas

- Paget Óseo
- Osteonecrosis
- Displasias óseas: displasia congénita de cadera, displasias epifisarias, espondiloepifisarias y espondilometafisarias

Disfunción articular interna

- Meniscopatía
- Traumatismo articular (con fractura osteocondral)
- Osteocondritis disecante
- Condromatosis sinovial (cuerpos libres intraarticulares)

FISIOPATOGENIA DE LA OA

- 37 mutaciones del gen COL2A1 (colágeno tipo II)
- **Disfunción del metabolismo del condrocito**
 - Proteoglicanos de menor calidad, elasticidad y resistencia
 - Predominio de colagenasas y otras metaloproteinasas
 - Aumento de mediadores de inflamación (**PGE2, IL1 y TNF, ON**)
- **Edema de la matriz cartilaginosa** → fisuras → **esclerosis del hueso subcondral / osteofitos**
- Hiperactividad funcional de la membrana sinovial

PRESENTACIÓN CLÍNICA

- Dolor articular **mecánico**
- **Limitación de los movimientos**
- Crujidos
- Grados variables de tumefacción o incluso derrame sinovial.
- **Deformidad y mala alineación articular**
- **Inestabilidad y la rigidez <30 minutos**
- Suele afectar **rodillas, manos (IFP e IFD, trapeciometacarpiana), caderas, pequeñas articulaciones del raquis, primera MTF**

LABORATORIO

Tabla 3: ***Estudios de laboratorio en la artrosis secundaria***

Hemocromatosis

Ferritina elevada, con Saturación de transferrina >70%, gen de la hemocromatosis

Hiperparatiroidismo

Calcio normal o alto, PTH elevada

Hipotiroidismo

Elevación de TSH, disminución de T3 y/o T4

Gota

- Elevación de uratos séricos, con crisis articulares o nefrolitiasis úrica
- Cristales de urato monosódico en líquido sinovial o material tofáceo

Enfermedad de Wilson

Ceruloplasmina sérica baja, cupremia elevada

Acromegalia

Elevación de GH sérica

Ocronosis

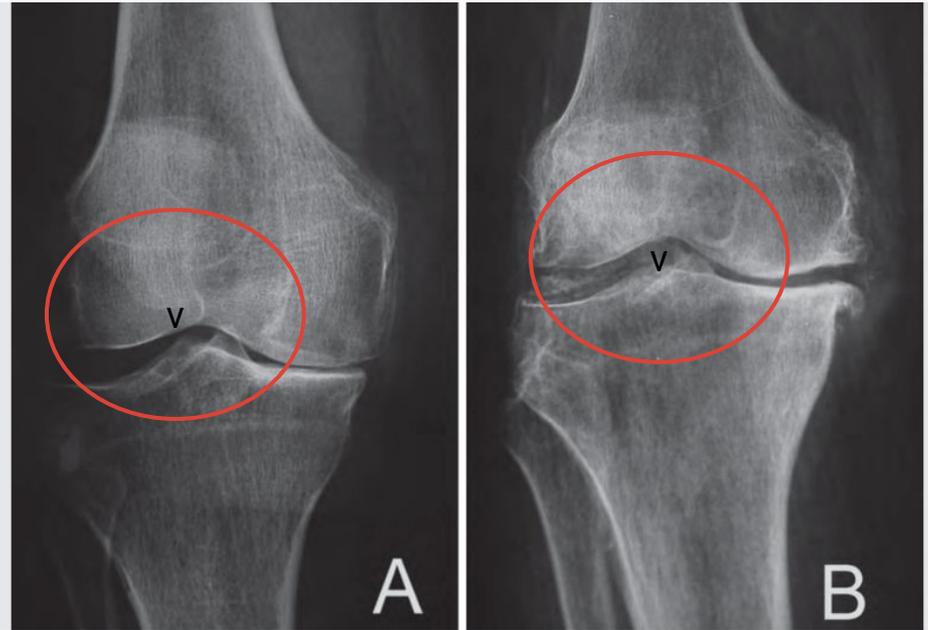
Acido homogentísico en orina

Sífilis

Serología positiva

RX: PATRÓN DEGENERATIVO

- Disminución del espacio articular/ pinzamiento
- Esclerosis subcondral
- Osteofitos
- Geodas
- Subluxaciones
- Nódulos Heberden y Bouchard



RX: PATRÓN DEGENERATIVO

Tabla 5: ***Grados de Artrosis Radiológica de Kellgren y Lawrence (1957)***

0. Normal, ausencia de osteofitos y pinzamiento.
1. Osteofitos dudosos.
2. Osteofitos mínimos, posiblemente con pinzamiento, quistes y esclerosis.
3. Osteofitos moderados, bien definidos, con pinzamiento moderado.
4. Artrosis severa con grandes osteofitos y claro pinzamiento de interlinea.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tabla 6: *Diagnóstico diferencial de la artrosis de las manos*

Artrosis de manos	Artritis reumatoide	Artritis psoriásica	Gota
Afectación de IFP, IFD y trapecio-MTC Reactantes fase aguda normales. Presencia de osteofitos y geodas.	Afectación IFP, MCF y huesos carpo Reactantes fase aguda elevados. Erosiones óseas.	Predominio IFD Reactantes fase aguda elevados. Erosiones óseas.	Afectación IFD en forma de tofos blanquecinos, que pueden ser puncionados y aspirados.

Tabla 7: *Diagnóstico diferencial de la artrosis de las rodillas*

Artrosis de rodilla	Condrocálcinosis	Roturas meniscales	Necrosis avascular
Dolor mecánico que aumenta al inicio de la deambulaci3n y crepitaci3n asociada.	Dolor inflamatorio en forma de crisis con afectaci3n bilateral de rodillas y de otras localizaciones menos t3picas de artrosis (codos, mu1ecas, hombros). Calcificaciones radiol3gicas asociadas.	Dolor mecánico que se agudiza al subir y bajar escaleras con sensaci3n de bloqueo articular asociado.	Dolor en reposo y de predominio nocturno con rigidez asociada.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Tabla 8: *Diagnóstico diferencial de la artrosis de caderas*

Artrosis de cadera	Bursitis pertrocanterea	Necrosis avascular	Sacroileítis
Dolor mecánico localizado en región inguinal con irradiación a región anterior del muslo y rodilla ipsilateral y limitación funcional asociada.	Dolor selectivo a la palpación en la región trocanterea del fémur y que aumenta con el decúbito lateral por compresión de la bursa.	Dolor que aumenta con la sobrecarga y no desaparece con el reposo nocturno.	Dolor a nivel de región sacroilíaca de predominio nocturno y matutino y que no se relaciona con el ejercicio físico.

TRATAMIENTO OA

Tabla 9: **Modalidades de tratamiento que han mostrado utilidad en algún ensayo clínico para el tratamiento de la artrosis de rodilla y/o cadera**

No farmacológicas	Farmacológicas	Intraarticulares	Quirúrgicas
Educación sanitaria	Paracetamol	Corticosteroides	Artroscopia
Ejercicio	AINE	Ácido hialurónico	Osteotomía
Plantillas	Analgésicos opioides	Lavado articular	Prótesis parcial
Ortesis	Hormonas sexuales		Prótesis total
Reducción de peso	Condroitina		
Láserterapia	Glucosamina		
Balnearioterapia	Diacereina		
Apoyo por teléfono	Capsaicina tópica		
Vitaminas y minerales	AINE tópicos		
Magnetoterapia			
Ultrasonidos			
TENS			
Acupuntura			
Plantas medicinales			

¡Gracias!