

I INTRODUCCION A LAS ENFERMEDADES REUMATICAS

DR. SHAUN RUDDY

La prevalencia de la artritis y otros padecimientos reumáticos en los Estados Unidos es cercana al 15 por ciento, y se proyecta que sea de más del 18 por ciento para el año 2020, cuando mayor proporción de la población sea de edad avanzada.¹ Estas enfermedades son la principal causa de incapacidad entre personas de 65 o más años de edad y un motivo común de incapacidad relacionada con el trabajo. Uno de cada siete pacientes que acude a un consultorio tiene síntomas del sistema musculoesquelético.² La mayoría de estos pacientes tienen trastornos benignos y autolimitados que responden a remedios simples, pero algunos sufren problemas graves y complejos en los que una intervención oportuna puede ser crítica para el tratamiento exitoso.

El diagnóstico de las enfermedades reumáticas se basa casi exclusivamente en los aspectos clínicos, tanto en la historia como en el examen físico.³⁻⁵ Los estudios de laboratorio e imagenología suelen tener poca utilidad: la mayoría tienen baja sensibilidad y especificidad, y sus hallazgos rara vez son definitivos para el diagnóstico. Por ejemplo, la concentración sérica de ácido úrico, una sustancia íntimamente involucrada en la patogenia de la gota, es de poca utilidad para diagnosticar artritis gotosa. El 20 por ciento de los pacientes con gota tienen una concentración de ácido úrico en suero normal (resultados falsos negativos), y la mayoría de las personas con niveles elevados nunca tendrán una artritis gotosa (resultados falsos positivos). La ausencia de pruebas de laboratorio útiles para diagnosticar las enfermedades reumáticas aumenta la importancia de la destreza del médico y el interés en el diagnóstico de estas enfermedades.

Historia

La historia del paciente proporciona información importante. Además de la edad, sexo y raza del paciente, debe determinarse la localización del dolor, que incluye tanto la distribución de las articulaciones afectadas como el sitio de origen del dolor (i.e., si se origina en una articulación o en estructuras circundantes) [ver *tabla 1*]. La afección simétrica de las articulaciones pequeñas de las manos sin afectar las interfalángicas distales sugiere artritis reumatoide. La afección de las interfalángicas distales con crecimiento óseo indica osteoartritis. La afección asimétrica de las articulaciones de gran tamaño acompañada de dolor lumbar en un varón joven es característica de una espondiloartropatía.

Tabla 1 Enfermedades reumáticas comunes		
	<i>Intrarticulares</i>	<i>Extrarticulares</i>
Inflamatorias	Artritis reumatoide Lupus eritematoso generalizado Artritis séptica Gota Seudogota Espondiloartropatías	Tendinitis Bursitis Polimiositis Vasculitis
No inflamatorias	Osteoartritis	Fibromialgia

Las características del dolor ayudan al médico a determinar si la enfermedad es inflamatoria o no inflamatoria [ver tabla 1]. Deben determinarse el tiempo de inicio y el curso temporal del dolor [ver figura 1]. La afección de articulaciones nuevas además de las previas es común en la artritis reumatoide y el lupus eritematoso generalizado (LEG). La poliartritis migratoria, en la que una articulación afectada se vuelve asintomática y otra comienza a ser dolorosa ocurre en la artritis gonocócica, el síndrome de Reiter y la fiebre reumática aguda. La artritis intermitente, en la que varias articulaciones afectadas se vuelven asintomáticas por un tiempo antes de que ocurra una recaída en una o más, es común en la artritis inducida por cristales.

Figura 1

Evolución y severidad del dolor en las enfermedades reumáticas

URGENCIAS REUMATOLÓGICAS

Aunque las urgencias reumatológicas son poco frecuentes, el no reconocerlas puede causar incapacidad permanente o la muerte. Por lo tanto, el contacto inicial con el paciente requiere de la detección de estas condiciones importantes⁶ [ver tabla 2]. Si se sospecha una urgencia reumatológica debe iniciarse el estudio diagnóstico adecuado y tratamiento inmediato.

Tabla 2 Síntomas y signos de las urgencias reumatológicas

<i>Síntoma o signo</i>	<i>Condición</i>
Historia de traumatismo severo	Fractura, síndrome compartamental rabdomiolisis
Síntomas sistémicos (fiebre, pérdida de peso)	Infección (artritis séptica, endocarditis, fascitis necrosante)
Debilidad Focal	Radiculopatía, neuropatía por atrapamiento, síndrome compartamental, enfermedad de neurona motora, mononeuritis múltiple
Global o progresiva	Compresión de la médula espinal, mielopatía, mielitis transversa, miositis, respuesta a toxina
Dolor neurogénico (quemadura, adormecimiento) parestesias	Radiculopatía neuropatía por atrapamiento
Sitio doloroso	Fractura
Articulación caliente, roja, inflamada	Artitis séptica, gota, pseudogota
Edema asimétrico y doloroso en una pierna	Trombosis de venas profundas
Dolor difuso en el hombro y la cadera, cefalea en un paciente anciano	Arteritis de la temporal
Disfunción intestinal o vascular	Síndrome de cola de caballo

Después de excluir las urgencias el proceso diagnóstico no debe apresurarse. Aunque con frecuencia los pacientes acuden al consultorio suponiendo ya que tienen artritis y desean una rápida confirmación del diagnóstico y tratamiento, con frecuencia deben observarse durante cierto tiempo antes de poder hacer el diagnóstico. Puede requerirse de gran paciencia y tacto para comunicar esta necesidad al paciente. Debe informársele que la ambigüedad del diagnóstico en el momento de inicio es un buen signo pronóstico, ya que la enfermedad florida, que se diagnostica con facilidad suele tener mal pronóstico. El médico debe resistir la tentación de encasillar los síntomas musculoesqueléticos del paciente en una categoría diagnóstica en particular. La nosología de las enfermedades reumáticas es imperfecta y continuamente se detectan nuevas enfermedades (entre las más recientes la enfermedad de Lyme y el síndrome de mialgia-eosinofilia). Por lo menos el 10 por ciento de los pacientes no puede diagnosticarse con certeza.

LOCALIZACION DEL DOLOR

Con frecuencia los pacientes no precisan la localización del dolor musculoesquelético, por lo que ayuda pedirles que coloquen sus manos en el lugar que duele. Un paciente que se queja de dolor en la cadera

puede señalar una de tres áreas: el ligamento inguinal y el muslo anterior, lo que sugiere afección verdadera de la articulación coxofemoral, la cara lateral de la cadera, característico de bursitis trocantérica o la región glútea, consistente con afección de la articulación sacroiliaca o radiación de dolor lumbar a lo largo del nervio ciático. Durante el examen físico, la atención detallada al área de dolor ayuda a identificar las estructuras afectadas. Si no puede identificarse una estructura específica, es posible que el dolor sea referido de otro sitio. El dolor que se describe como difuso o mal localizado puede indicar que existe una enfermedad sistémica seria, como polimiositis, pero lo más común es que sea una manifestación de fibromialgia o un síndrome doloroso relacionado.

CARACTERISTICAS DEL DOLOR

La sensación de calambre, quemadura o piquetes y agujas puede tener origen neurogénico. El dolor que se origina de las articulaciones suele ser sordo, se alivia con el reposo y empeora al cargar peso o mover la articulación. El dolor en reposo suele tener una causa inflamatoria. También debe suponerse que la inflamación es la causa del dolor cuando existe rigidez después de la inmovilización prolongada, que suele durar más de 30 minutos. Los pacientes que tienen dolor articular inflamatorio característico de la artritis reumatoide o el LEG típicamente tienen rigidez matinal significativa que dura hasta varias horas y que mejora al pasar el día (o por lo menos hasta que es superado por la fatiga que también acompaña a estas enfermedades). Los enfermos con dolor articular no inflamatorio como el que caracteriza a la osteoartritis, tendinitis o bursitis describen dolor matutino localizado que dura solo algunos minutos, y tienen más molestia al final del día, después de la actividad prolongada.

Los síntomas de bloqueo o liberación súbita de una articulación que carga peso suelen sugerir un proceso mecánico, como un desgarro de cartílago o ligamento o un cuerpo extraño dentro de la articulación. También puede ocurrir bloqueo cuando la inflamación del tejido blando impide la movilidad, como cuando existe un dedo en gatillo causado por un nódulo en un tendón flexor.

DEBILIDAD

Los pacientes que se quejan de debilidad pueden sufrir dos afecciones diferentes. En aquellos en los que existe pérdida focal del poder de un músculo en una región específica, indicado por ejemplo como "No puedo elevar mi brazo", las posibilidades obvias incluyen una lesión neurológica, atrofia muscular, falla de la unidad musculoesquelética por ruptura de un tendón o un desgarro muscular, o debilidad secundaria a dolor articular. A un paciente que refiere 'Tengo debilidad generalizada' debe pedírsele que distinga entre la debilidad real (i.e., pérdida del poder o resistencia) y la sensación generalizada de astenia, malestar o fatiga fácil. El paciente con debilidad muscular verdadera tiene dificultad para iniciar o mantener una actividad que requiera fuerza muscular como levantarse de una silla, salir de la cama o subir escaleras. El examen físico suele confirmar la naturaleza muscular de estos problemas. Si el examen no muestra debilidad objetiva u otra alteración neurológica, como pérdida de los reflejos tendinosos profundos, la molestia de debilidad del paciente probablemente corresponda a astenia, fatiga y pérdida de la sensación de bienestar.

FACTORES PSICOSOCIALES Y AMBIENTALES

Después del dolor, la pérdida de la función es la principal preocupación para el paciente, lo que hace que la evaluación funcional sea una parte importante de la historia. El explorar esta área permite al médico abordar la enfermedad desde el punto de vista del paciente y lo que él espera. Algunas preguntas simples que pueden hacerse al paciente incluyen ¿Cómo lo ha afectado la enfermedad?, ¿Qué cosas no puede hacer que antes hacía? y ¿Qué le gustaría hacer y no puede? En los pacientes con deterioro funcional más importante debe investigarse con más detalle la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. Las preguntas explícitas sobre la función sexual pueden descubrir problemas que el paciente podría no referir en forma espontánea. La historia sexual también identifica factores de riesgo para enfermedades de transmisión sexual como artritis gonocócica y síndrome de Reiter. Una historia vocacional breve puede identificar tareas que exacerban la enfermedad y requieren modificación, también puede indicar si el paciente puede estar expuesto a garrapatas que transmitan al agente de la enfermedad de Lyme. La historia de uso de aditamentos como bastones o muletas y la duración de uso es útil para valorar la duración de la enfermedad. También deben anotarse las demandas por compensación laboral o incapacidad, o cualquier otro aspecto legal.

REVISION DE SISTEMAS

Una vez que se sospecha una enfermedad específica deben preguntarse aspectos detallados sobre la presencia de otras características sistémicas de la misma. Estas incluyen conjuntivitis, iritis u otros problemas oculares, pérdida de cabello, erupciones cutáneas, infección o ulceraciones nasofaríngeas, problemas tiroideos, dolor torácico o pleuresía, dolor abdominal o diarrea, secreción uretral o vaginal, síntomas de fenómeno de Raynaud y sensación de adormecimiento o parestesias.

Examen físico

EXAMEN GENERAL

La hipótesis diagnóstica formulada a partir de la historia indica los detalles del examen físico general. Por ejemplo, la enfermedad articular asimétrica y el dolor inflamatorio lumbar que sugieren la posibilidad de artritis psoriásica y espondilitis, obligarán al médico a inspeccionar cada pulgada de la piel en busca de un parche de psoriasis que el paciente no haya detectado. En el paciente con vida sexual activa, afección asimétrica de grandes articulaciones e historia de conjuntivitis, debe realizarse examen de los genitales en busca de lesiones de síndrome de Reiter. El paciente que refiere problemas sinusales, artritis y hemoptisis debe someterse a revisión exhaustiva de la nasofaringe y senos paranasales para detectar lesiones de granulomatosis de Wegener. Otros datos importantes incluyen iritis, conjuntivitis, nódulos, frotos pericárdico o pleural, crecimiento hepatoesplénico, linfadenopatía y alteraciones neurológicas.

EXAMEN ARTICULAR

Al observar y palpar las articulaciones el médico identifica las estructuras anatómicas precisas que originan el dolor del paciente y decide si éste es causado por inflamación. El objetivo del examen es reproducir el dolor del paciente, al mover la articulación o al palpar. No es frecuente que existe eritema franco sobre una articulación, sin embargo, sí que exista aumento de temperatura, que se aprecia mejor con el dorso de la mano y que, cuando existe, indica inflamación. El aumento de volumen aparente puede ser causado por edema periarticular, derrame articular, proliferación sinovial o crecimiento óseo, y en todos los casos indica enfermedad orgánica. La palpación en busca de dolor puede revelar si el problema radica dentro de la articulación o se localiza en una bursa o vaina tendinosa cercana. El hallazgo de crepitación al movimiento de la estructura corresponde a roce del hueso subcondral, desnudado del cartílago articular, contra el hueso opuesto. La crepitación gruesa se asocia con la tendinitis fibrinosa que ocurre en la esclerodermia o la tendinitis traumática. Cuando el examinador es capaz de mover la articulación en forma pasiva en un rango que excede el rango activo de movimiento voluntario debe sospecharse alteración en la unidad musculoesquelética (v.gr., ruptura del manguito rotador en el hombro) o una deficiencia neurológica. El examen de la columna es la parte más olvidada del examen musculoesquelético, probablemente porque incluye mover al paciente de la posición sentada a la supina y prona y después de pie. Sin embargo, un médico con experiencia puede realizar un examen musculoesquelético completo en menos de 10 minutos.

Estudios de laboratorio

LA RESPUESTA DE FASE AGUDA

La respuesta celular a la inflamación o lesión tisular produce citocinas como interleucina-1 (IL-1), IL-6 y factor de necrosis tumoral (FNT) que tienen importantes efectos sobre la síntesis hepáticas de proteínas plasmáticas.⁷ Las concentraciones de proteína C- reactiva (PCR) aumentan en hasta 100 veces un día o dos después de la lesión tisular, y ocurre un aumento paralelo en la proteína sérica amiloide A (SAA). Se presenta un aumento más lento y menos marcado en proteínas de coagulación como fibrinógeno y protrombina, la mayoría de los componentes del complemento, los inhibidores normales de las proteasas del plasma y proteínas de transporte como la ferritina y la haptoglobina. Ocurren reducciones correspondientes en la transferrina sérica y la albúmina, lo que explica la disminución en el hierro sérico y en la concentración de albúmina que acompaña a las enfermedades inflamatorias.

La velocidad de sedimentación globular (VSG) es la prueba de oro usada para detectar la respuesta de fase aguda.⁸ El aumento en la velocidad de depósito de la columna de eritrocitos es causada por el fenómeno de rouleaux, inducido principalmente por aumento en la molécula asimétrica de fibrinógeno. Los mayores niveles de inmunoglobulinas observados en los trastornos inflamatorios crónicos favorecen también la formación del rouleaux. La VSG es influida por varios factores externos [ver tabla 3], de los que la edad es el más importante. El límite superior normal para hombres se obtiene al dividir la edad en años entre 2, y para mujeres al dividir la edad en años más 10 entre 2. El nivel de PCR se mide por

inmunoensayo y no es modificada por la mayoría de los factores externos que afectan a la VSG, pero es considerablemente más cara que la VSG y tarda más tiempo en realizarse.

Tabla 3 Factores que influyen en la VSG	
Factores que aumentan la VSG	Factores que disminuyen la VSG
Edad avanzada	Insuficiencia cardiaca congestiva
Sexo femenino	Enfermedades de células falciformes
Embarazo	Alteración en la forma de los eritrocitos (v.gr., anisocitosis, esferocitosis, acantosis, microcitosis
Hipercolesterolemia	Policitemia
Neoplasia de célula B(v.gr., mieloma macroglobulinemia, crioglobulinemia)	Leucocitosis extrema Caquexia

Tanto la VSG como el nivel de PCR son medidas totalmente inespecíficas: ambas se elevan en diversas condiciones inflamatorias, como infección crónica, neumonía e infarto agudo al miocardio. Quizá su mayor utilidad radica en su capacidad para excluir la enfermedad inflamatoria significativa. Por ejemplo, en un paciente con dolor difuso y a la palpación en puntos gatillo sugestivos de fibromialgia, un valor normal apoya este diagnóstico, mientras que una VSG de 90 mm/hr obliga a investigar otras enfermedades. Si el paciente con estos síntomas es mayor de 60 años las primeras posibilidades diagnósticas serán polimialgia reumática y arteritis de la temporal. Las pruebas de fase aguda también tienen cierta utilidad para distinguir las artritis inflamatorias de las no inflamatorias y para vigilar el curso de una enfermedad inflamatoria como la artritis reumatoide o la polimialgia reumática.

PRUEBAS INMUNOLOGICAS

Como clase, las pruebas inmunologicas son poco específicas y tienen sensibilidad solo moderada. También son menos reproducibles que la mayoría de las pruebas de laboratorio clínico. Nunca deben usarse como pruebas de escrutinio y su utilidad es mayor mientras mayor sea la probabilidad de la enfermedad. El uso inadecuado de estudios inmunológicos con frecuencia confunde el diagnóstico. Dos ejemplos comunes de pruebas innecesarias son en octogenarios con artritis en rodillas u hombros con resultados positivos de factor reumatoide (innecesarios porque la positividad aumenta en los individuos normales con la edad y la osteoartritis en estas articulaciones es frecuente en octogenarios) y las mujeres jóvenes con fatiga, dolores difusos y una prueba positiva a títulos bajos de anticuerpos antinucleares (innecesaria porque éstos se encuentran en hasta el 10 porciento de las mujeres jóvenes, dependiendo de

la prueba realizada, y porque es probable que la paciente tenga fibromialgia). El uso de los llamados pán­eles de artritis, en los que se realiza una serie de pruebas serológicas aumenta la posibilidad de un resultado anormal en un paciente sin una enfermedad reumática, y debe evitarse. Las pruebas muy específicas y costosas, como la detección de anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo, serología para enfermedad de Lyme, HLA-B27, anticuerpos antifosfolípido y anticuerpos contra constituyentes nucleares individuales, deben realizarse solo cuando exista un índice alto de sospecha de un padecimiento específico.

ANALISIS DEL LIQUIDO SINOVIAL

El examen del líquido sinovial proporciona al médico una de las pocas oportunidades de diagnóstico preciso en las enfermedades reumáticas y permite iniciar de inmediato tratamiento específico y eficaz. Además, la aspiración de líquido sinovial es un procedimiento de bajo riesgo: la frecuencia de infección iatrogénica es de menos de uno en 10,000.⁹ La aspiración articular debe ser parte de la evaluación de todos los casos de monoartritis aguda.

El análisis del líquido sinovial incluye el conteo de leucocitos con diferencial, cultivos y tinciones para microorganismos y microscopía con luz polarizada. La tinción de Gram y el cultivo pueden diagnosticar una infección. El encontrar cristales de urato monosódico o pirofosfato de calcio dihidratado en el examen con luz polarizada es patognomónico de gota o pseudogota, respectivamente. Debido a que la artritis séptica ocurre con más frecuencia en el paciente con artritis establecida, debe realizarse aspiración articular en los pacientes que tengan fiebre y una aparente exacerbación para descartar infección articular. La cuenta de leucocitos en el líquido sinovial es útil para distinguir la artritis inflamatoria de la no inflamatoria: las cifras mayores de 2,000/mm³ son consistentes con inflamación.

Estudios de imagen

Los datos radiográficos suelen ser normales en la mayoría de los pacientes con artritis aguda, dolor lumbar mecánico, tendinitis o bursitis, y no deben solicitarse radiografías en estos casos. Para los pacientes con artritis establecida, como la artritis reumatoide, pasan más de seis meses antes de que se observen alteraciones radiográficas como disminución del espacio articular y erosiones marginales. En los enfermos con osteoartritis las radiografías pueden ser útiles para evaluar la magnitud del daño, pero la correlación entre los hallazgos y los síntomas del paciente es muy pobre.

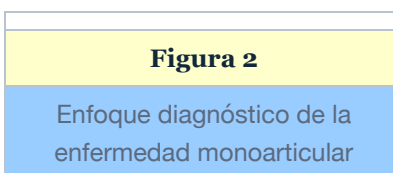
La radiografía simple es útil principalmente en pacientes con traumatismos importantes en los que existe posibilidad de fractura, los que tienen pérdida súbita de la función (v.gr., incapacidad para soportar peso), los que tienen síntomas que no mejoran con el tratamiento adecuado y en los que se sospecha infección o neoplasia. Cuando existe posibilidad de fractura pueden requerirse proyecciones especiales, la repetición de la placa siete a 10 días después puede detectar la formación de callo en un sitio de fractura no detectado previamente. En pacientes con enfermedad crónica la repetición de las radiografías es útil para evaluar la progresión de la enfermedad o la necesidad de intervención quirúrgica.

Aunque la imagen por resonancia magnética y los gamagramas con radionúclidos son técnicas útiles para obtener información sobre huesos y articulaciones, deben usarse solo si sus resultados permitirán tomar decisiones diagnósticas o terapéuticas importantes. Como sucede en el caso de la radiografía simple, la mielografía o incluso la autopsia, la IRM de la columna suele revelar alteraciones en personas que no tienen lumbalgia, En un estudio, solo 36 por ciento de los pacientes sin dolor lumbar tuvo datos normales en la imagen por resonancia magnética de su columna lumbar.¹⁰ Los gamagramas óseos son útiles para detectar osteomielitis, fracturas de estrés y metástasis al hueso.

Estudio inicial del paciente

ENFERMEDAD MONOARTICULAR

Los pacientes con síntomas que afectan una o muy pocas articulaciones pueden tener síndromes postraumáticos, bursitis o tendinitis, artritis séptica, inflamación inducida por cristales (gota o pseudogota) o una presentación atípica de una artritis sistémica como artritis reumatoide [*ver figura 2*]. Las artralgiás, en las que el dolor se origina de estructuras que rodean a la articulación, deben distinguirse de las artritis, en las que existe evidencia de afección articular franca. Un observador ha afirmado, `Con frecuencia una artralgia es una artritis sin examen físico.'¹¹ La artritis monoarticular debe considerarse de etiología infecciosa hasta que no se demuestre lo contrario, y está indicada la aspiración y examen inmediato del líquido sinovial.



ENFERMEDAD POLIARTICULAR

En contraste con la enfermedad monoarticular, que suele requerir un enfoque diagnóstico agresivo e invasor, la artritis de múltiples articulaciones requiere una estrategia gradual y más expectante. Existe menos urgencia para llegar al diagnóstico y puede requerirse la observación durante seis semanas o más. Durante este periodo no es conveniente alarmar al paciente en forma innecesaria respecto a la posibilidad de que tenga una enfermedad reumatológica sistémica en particular, es más apropiado tomar una actitud de esperar y observar. Eventualmente la mayoría de los pacientes con poliartralgia no tendrán una enfermedad reumatológica sistémica, sino una condición más benigna [*ver figura 3*].

Figura 3
Enfoque diagnóstico de la enfermedad poliarticular

DOLOR Y MALESTAR DIFUSOS

La mayoría de los pacientes con dolor y malestar difuso tienen una enfermedad benigna y autolimitada que mejora después de una semana o dos de observación. La historia con frecuencia identifica un antecedente de infección viral o estrés físico como factor precipitante. Otra fracción importante de pacientes tendrán fibromialgia, que se sugiere por la incapacidad de localizar el origen anatómico del dolor con precisión al examen físico y por la presencia de puntos gatillo. Una biometría hemática, la medición de la VSG, la hormona estimulante del tiroides, la creatina cinasa (si existe debilidad), y la concentración de calcio y fosfato suelen ser suficientes para excluir otras enfermedades [ver tabla 4].

Tabla 4 Diagnóstico diferencial de los dolores y malestares difusos
--

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Síndromes posvirales benignos • Síndromes posejercicio • Fibromialgia • Polimialgia reumática • Arteritis de la temporal • Hipotiroidismo • Enfermedad metabólica ósea • Hipofosfatemia • Inicio atípico de una enfermedad reumática sistémica (v. gr., artritis reumatoide, lupus eritematoso generalizado) |
|--|

Bibliografía

1. Helmick CG, Lawrence RC, Pollard RA, et al: Arthritis and other rheumatic conditions: who is affected now, who will be affected later? Arthritis Care and Research 8:203,1995

2. Schappert SM: National Ambulatory Medical Care survey: 1991 summary. *Vital Health stat* 13:1, 1994
3. Liang MH, Roberts WN, Robb-Nicholson C, et al: Sorting out musculoskeletal complaints. *Rheumatology: Problems in Primary Care*. Medical Economics Books, Oradell, New Jersey, 1990, p 3
4. Sargent JS: Polyarticular arthritis. *Textbook of Rheumatology*, 4th ed. Kelley WN, Harris ED Jr, Ruddy S, et al, Eds. WB Saunders Co, Philadelphia, 1993, p 381
5. Liang MH, Sturrock R: Evaluation of musculoskeletal symptoms. *Rheumatology*, 1st ed. Klippel JH, Dieppe PA, Eds. Mosby-Year Book Europe Limited, London, 1994, Section 2, p 1.1
6. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee on Clinical Guidelines: Guidelines for the initial evaluation of the adult patient with acute musculoskeletal symptoms. *Arthritis Rheum* 39:1, 1996
7. Kushner I, Rzewnicki DL: The acute phase response: general aspects. *Baillieres Clin Rheumatol* 8:513, 1994
8. Sox HC Jr, Liang MH: The erythrocyte sedimentation rate: guidelines for rational use. *Ann Intern Med* 104:515, 1986
9. Owen DS Jr: Aspiration and injection of joints and soft tissues. *Textbook of Rheumatology*, 4th ed. Kelley WN, Harris ED Jr, Ruddy S, et al, Eds. WB Saunders Co, Philadelphia, 1993, p 545
10. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, et al: Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med* 331:69, 1994
11. McCarty DJ: Differential diagnosis of arthritis: analysis of signs and symptoms. *Arthritis and Allied Conditions: A Textbook of Rheumatology*, 12th ed. McCarty DJ, Koopman WJ, Eds. Lea & Febiger, Philadelphia, 1993, p 49

Figuras

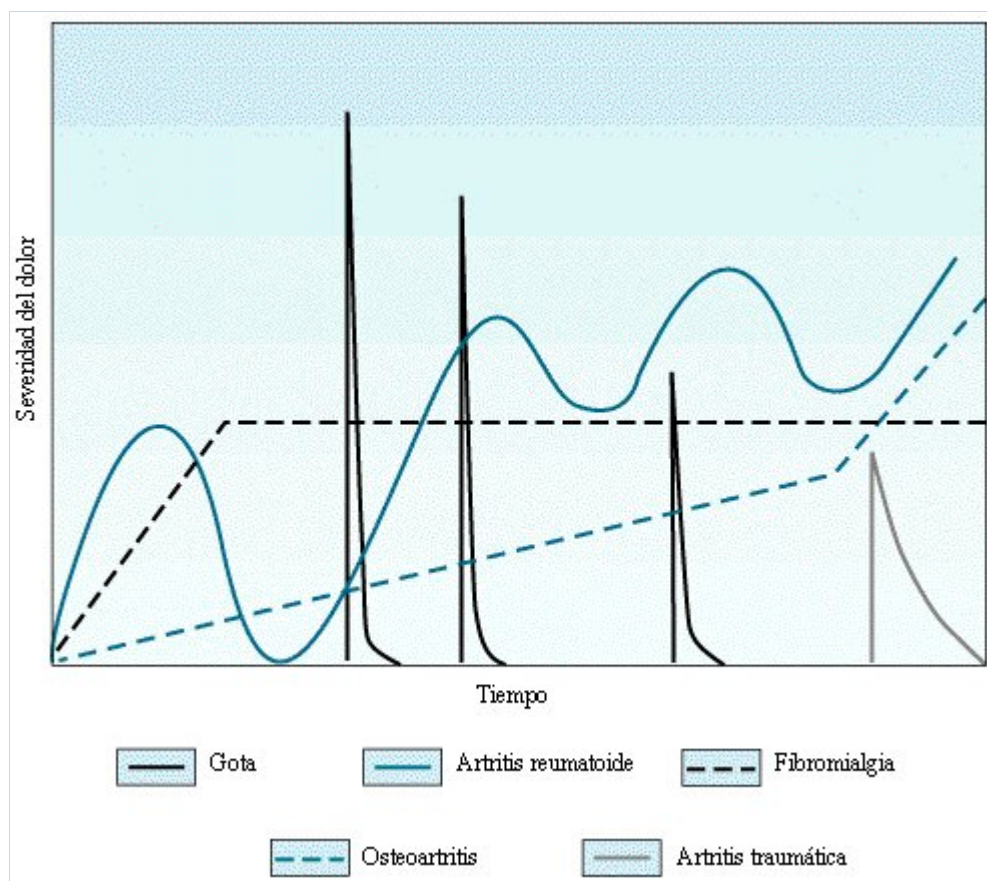


Figura 1 Evolución y severidad del dolor en las enfermedades reumáticas. El dolor en la artritis reumatoide puede variar en intensidad con el tiempo. El dolor de la osteoartritis suele progresar en forma lenta hasta una fase tardía de la enfermedad, en que puede ser muy severo. El dolor de la fibromialgia permanece constante. La gota tiene un curso intermitente de episodios de dolor muy intenso. La artritis traumática mejora en forma más lenta que la gota.

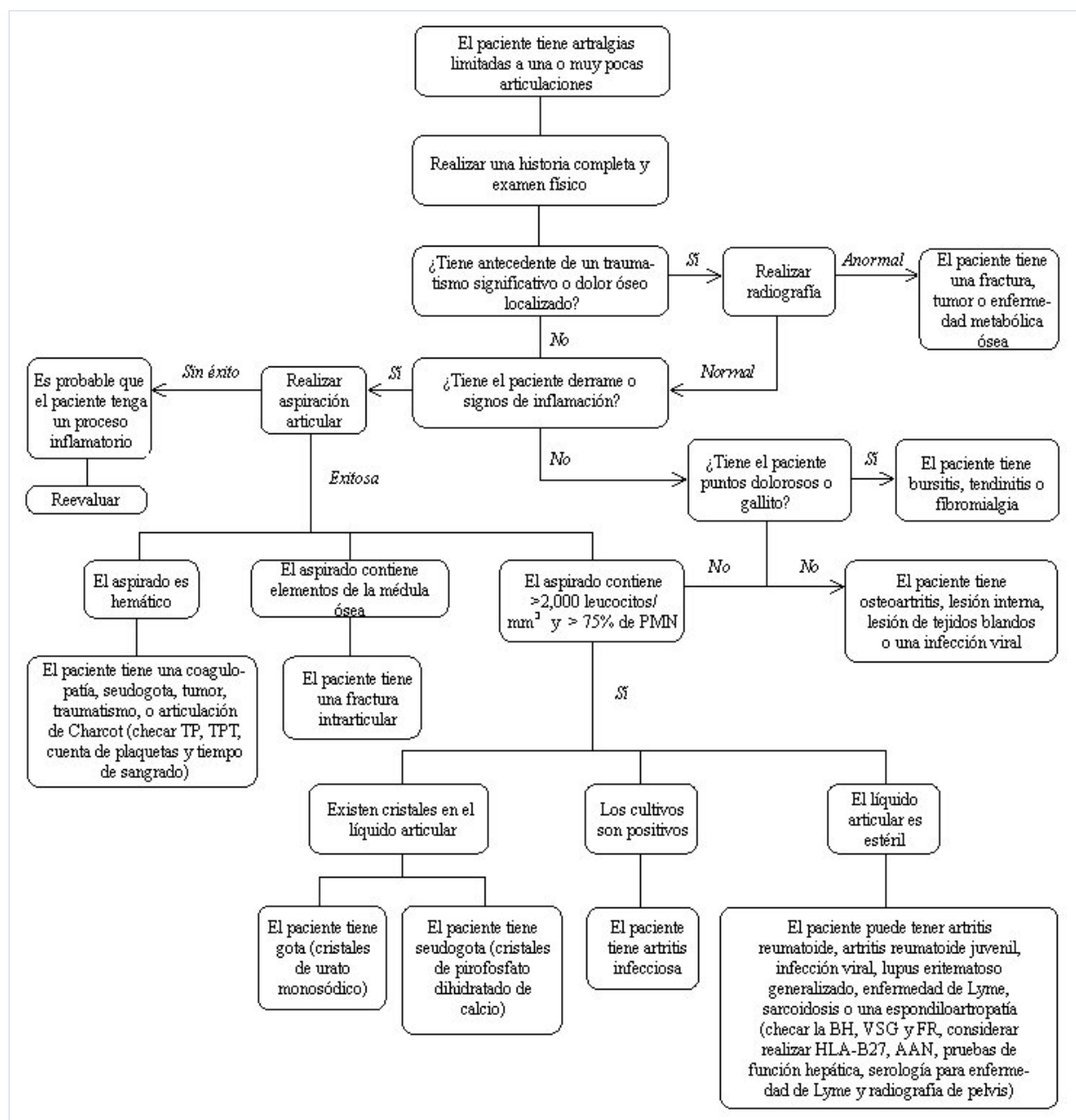


Figura 2 Enfoque diagnóstico de la enfermedad monoarticular Enfoque inicial del paciente con síntomas de enfermedad monoarticular. La mayoría de los casos pueden diagnosticarse con base en la historia y el examen físico. Los cultivos a los que se refiere la figura son de líquido sinovial, así como cervical, uretral, faríngeo y rectal en busca de gonococo y especies de Chlamydia , cuando se sospecha infección por estos organismos. PMN es polimorfonucleares, TP, tiempo de protrombina, TPT tiempo parcial de tromboplastina, BH biometría hemática, VSG velocidad de sedimentación globular, FR factor reumatoide y AAN anticuerpos antinucleares.

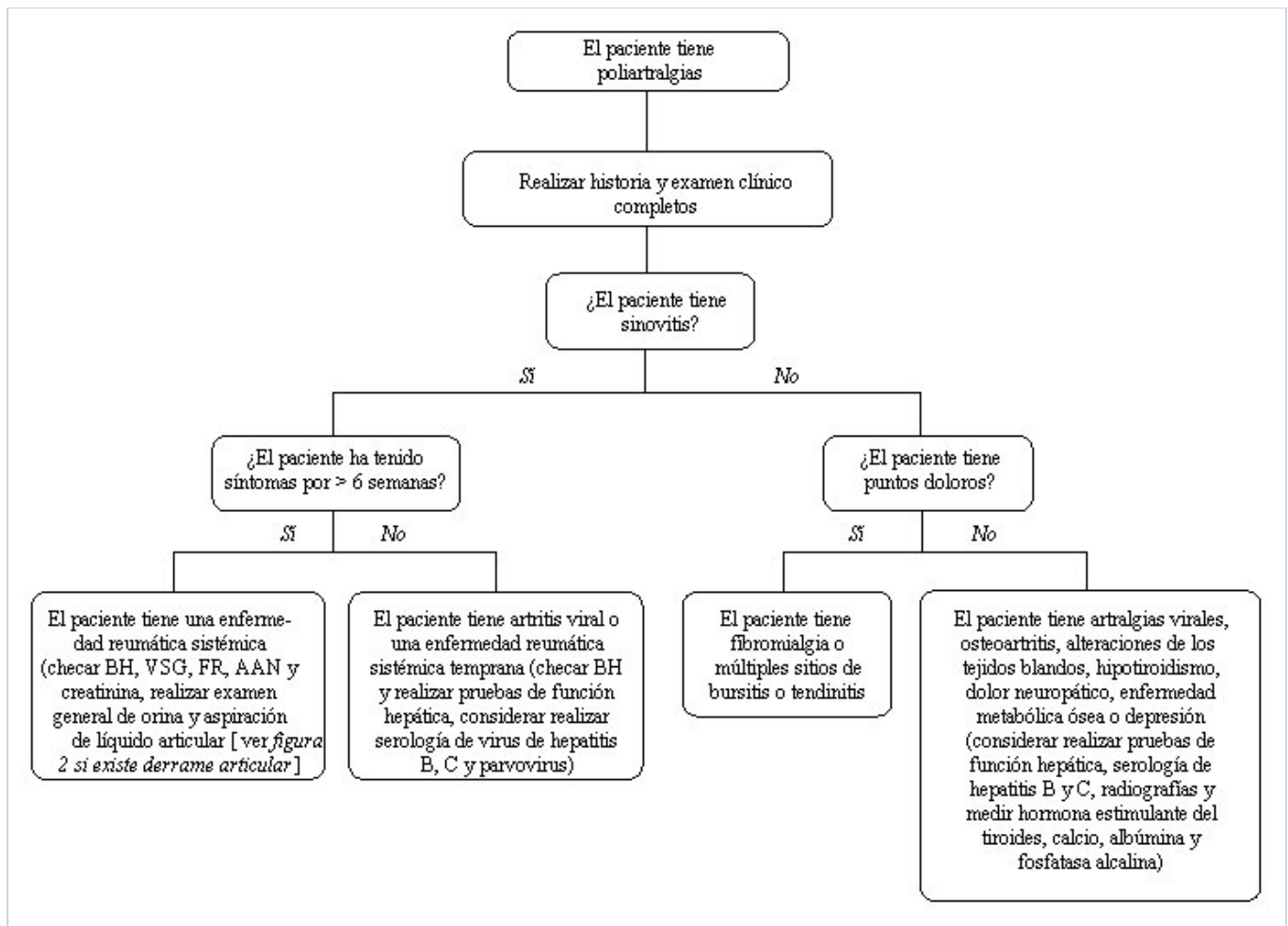


Figura 3 Enfoque diagnóstico de la enfermedad poliarticular. Se muestra el enfoque inicial del paciente con síntomas de enfermedad poliarticular.