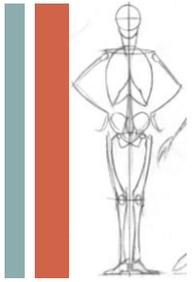


Doctor, me duelen las articulaciones! (reumatología, un breve repaso)

Montse Nicolòs Esteve
R2 de MFyC
Centro de Salud Algemésí

+ GENERALIDADES

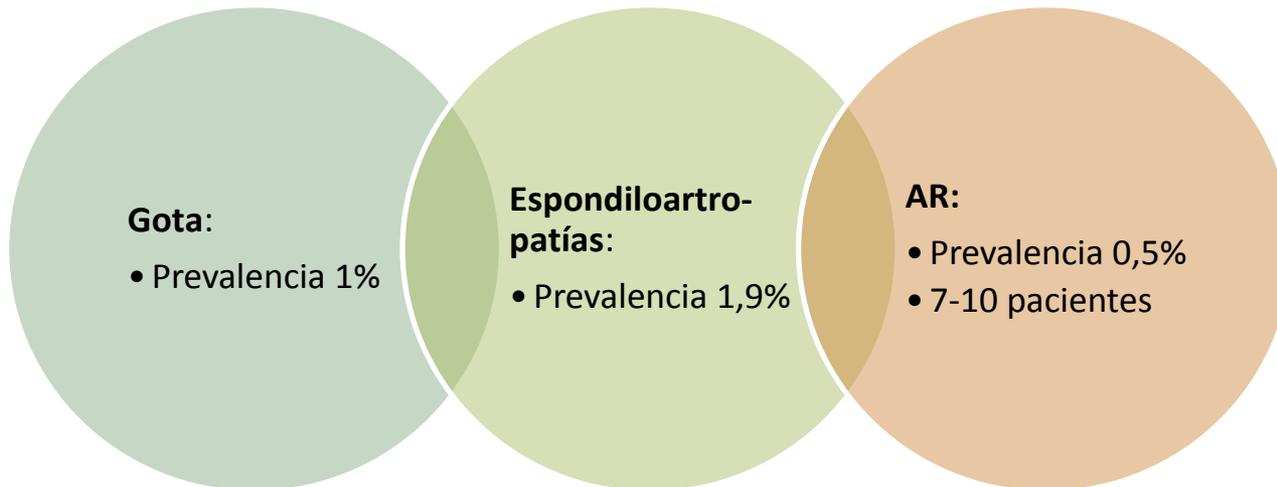


■ ¿Qué es la reumatología?

- Trastornos médicos del aparato locomotor y del tejido conectivo

■ ¿Por qué es importante?

- Fundamental diferenciar precozmente las distintas enfermedades reumáticas ya que uno de los pilares del control de la enfermedad es el diagnóstico en fases iniciales



+ GENERALIDADES

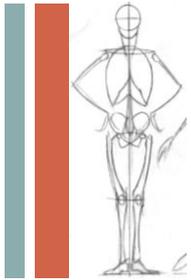


Tabla 110-1 Nomenclatura y clasificación de las artritis y reumatismos según la *American Rheumatism Association (American College of Rheumatology)*

Enfermedades difusas del tejido conectivo

Artritis reumatoide
Artritis juvenil
Lupus eritematoso sistémico
Esclerodermia
Fascitis difusa con eosinofilia o sin ella
Polimiositis
Vasculitis necrosante y otras formas de vasculopatía
Síndrome de Sjögren
Síndromes de solapamiento
Otras (polimialgia reumática, eritema nodoso y otras)

Artritis asociada a espondilitis (espondiloartritis)

Espondilitis anquilosante
Síndrome de Reiter
Artritis psoriásica
Artritis asociada a enfermedades inflamatorias del intestino

Artrosis (enfermedad degenerativa articular)

Primaria
Secundaria

Síndromes reumáticos asociados a agentes infecciosos

Por mecanismo directo
Reactivos

Enfermedades metabólicas y endocrinas asociadas a reumatismos

Enfermedades microcristalinas (gota, condrocalcinosis y otras)
Otras anomalías bioquímicas (amiloidosis, hemofilia y otras)
Trastornos hereditarios (fiebre mediterránea familiar y otros)

Neoplasias

Primarias
Secundarias

Trastornos neurovasculares

Articulación de Charcot
Síndromes compresivos

Distrofia simpática refleja
Eritromelalgia
Enfermedad o síndrome de Raynaud

Alteraciones óseas y cartilaginosas

Osteoporosis
Osteomalacia
Osteoartropatía hipertrófica
Hiperostosis anquilosante
Enfermedad de Paget
Osteólisis o condrólisis
Osteonecrosis
Costocondritis (síndrome de Tietze)
Osteítis *condensans ilii*
Displasia congénita de cadera
Condromalacia rotuliana
Anomalías anatómicas o biomecánicas

Trastornos extraarticulares

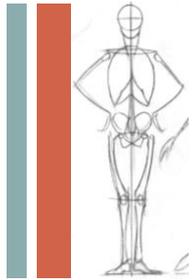
Lesiones yuxtaarticulares (bursitis, tendinitis, entesopatías, quistes, entre otras)
Alteraciones del disco intervertebral
Lumbalgia idiopática
Síndromes dolorosos misceláneos (fibromialgia, reumatismo psicógeno, cervicalgia y otros)

Miscelánea con manifestaciones articulares

Reumatismo palindrómico
Hidartrosis intermitente
Reumatismos relacionados con fármacos (excluido lupus)
Reticulohistiocitosis multicéntrica
Sinovitis vellonodular pigmentada
Sarcoidosis
Déficit de vitamina C
Enfermedad pancreática
Hepatitis crónica activa
Traumatismo musculoesquelético

Para simplificar se han omitido la mayoría de las subclasificaciones de tercer y cuarto orden.

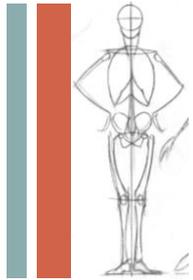
+ HISTORIA CLÍNICA



■ Anamnesis:

- Edad, sexo y etnia
- Antecedentes personales: infecciones, episodios previos, historia sexual. Hábitos tóxicos.
- Antecedentes familiares
- **Dolor articular:**
 - Localización y número de articulaciones
 - Forma de inicio y evolución dolor
 - Duración
 - Características del dolor
 - Existencia de factores desencadenantes o atenuantes
 - Capacidad funcional del individuo
 - Rigidez matutina
- Tratamientos previos y respuesta a los mismos, tolerancia gastrointestinal a AINE, así como tratamientos actuales por otras patologías
- Resto de aparatos y sistemas

+ HISTORIA CLÍNICA



Localización

- Oligoarticular: 2 a 4 articulaciones
- Poliarticular: 4 o más articulaciones



Duración

- Agudo: < 6 semanas
- Crónico: > 6 semanas

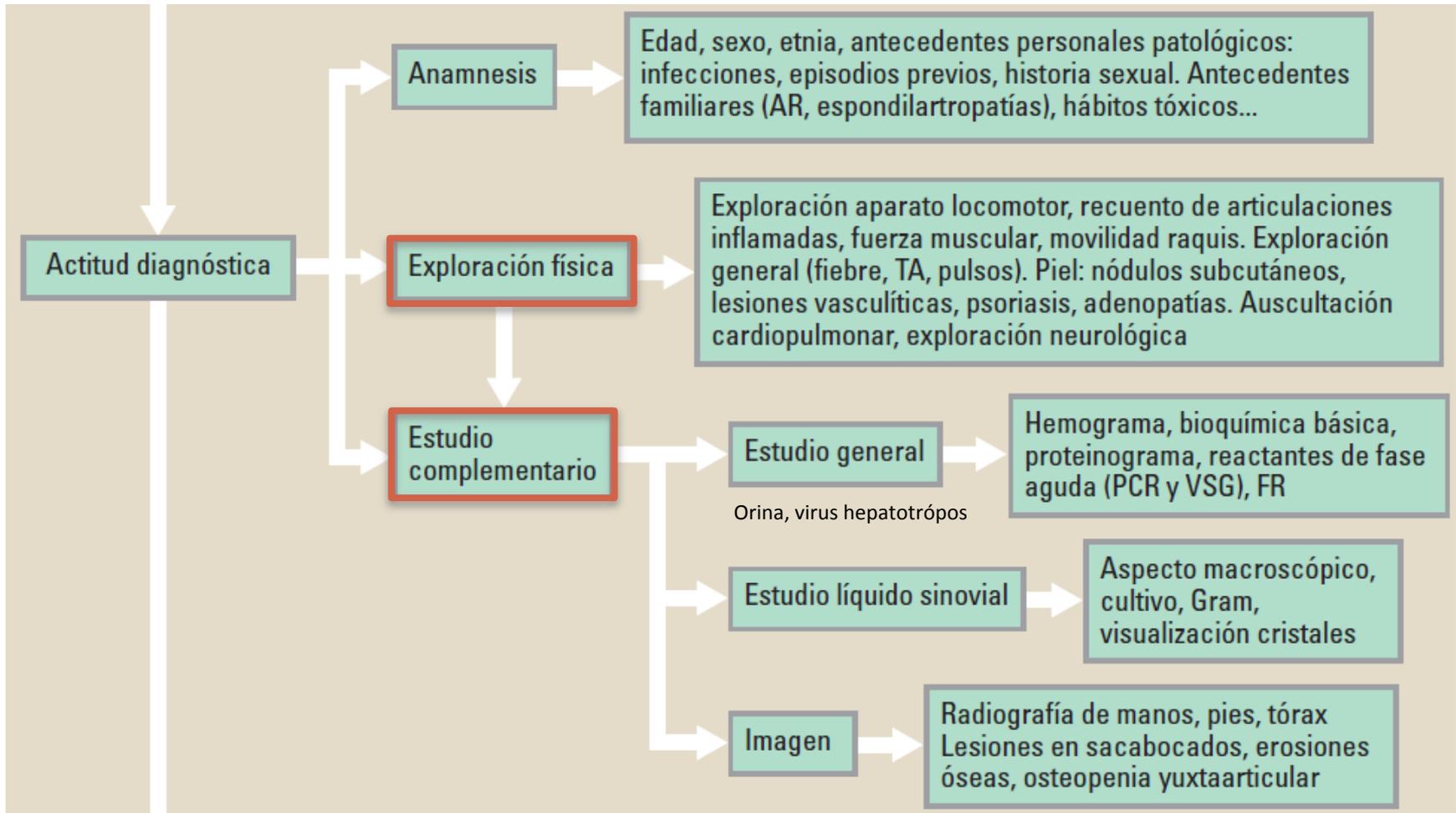
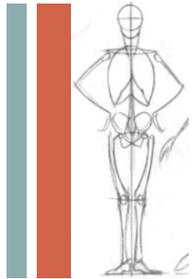


Características

Tabla 2 Principales diferencias entre el dolor de origen mecánico e inflamatorio

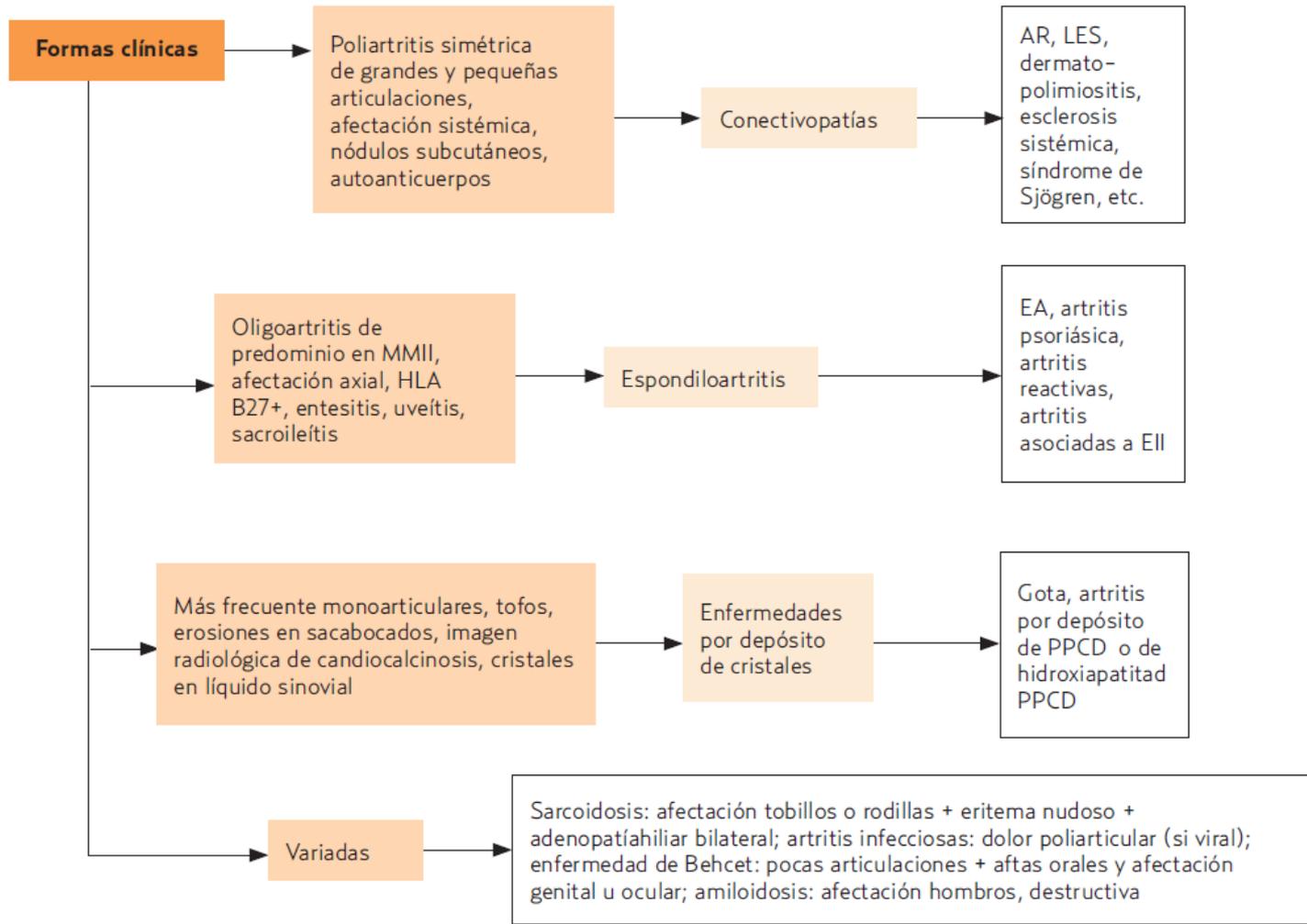
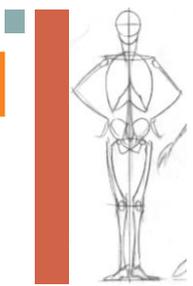
Mecánico	Inflamatorio
<ul style="list-style-type: none">• Empeora con el ejercicio• Mejora con el reposo• Raro por la noche• Inicio brusco• Sin síntomas de afectación orgánica• Rigidez matinal de menos de 30 min	<ul style="list-style-type: none">• Mejora con la deambulaci3n• Empeora con el reposo• Dolor nocturno• Inicio insidioso• Afectaci3n del estado general• Rigidez matinal de m3s de 30 min

+ HISTORIA CLÍNICA





Formas clínicas de poliartritis crónicas



AR: artritis reumatoide; EA: espondilitis anquilosante; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; LES: lupus eritematoso sistémico; MMII: miembros inferiores; PPCD: pirofosfato cálcico dihidratado; Rx: radiología simple.

Tomado de: Sangüesa Gómez C y cols⁹.

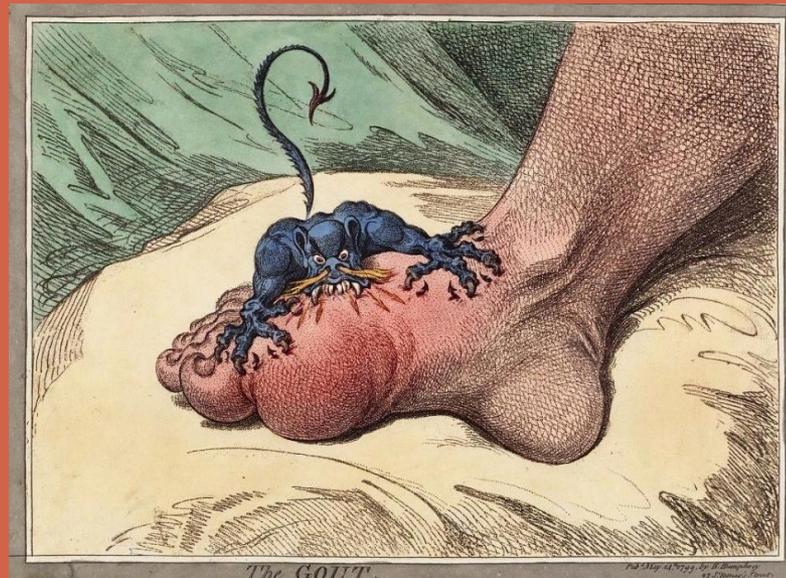
+ Caso clínico

- Hombre de 47 años. No RAM ni antecedentes personales y familiares de interés. Bebedor 2 copas de vino al día. Sin tratamiento habitual.
- Explica que se nota desde hace unos meses unas **lesiones blanquecinas en la oreja**.
- Además aprovecha la visita para comentar que presenta desde hace 5 años **dolor, enrojecimiento e inflamación monoarticular** en miembros inferiores. Suelen aparecer 2–3 episodios anuales de monoartritis que mejoran con antiinflamatorios no esteroideos, motivo por el cuál no había consultado.

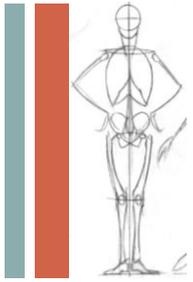


Enfermedades metabólicas y
endocrinas asociadas a reumatismos

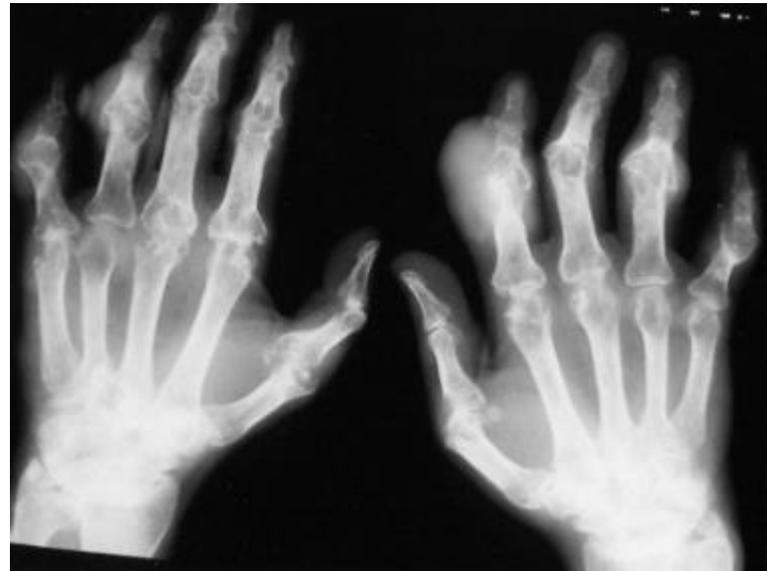
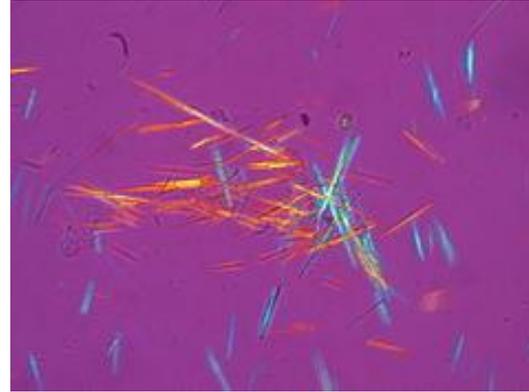
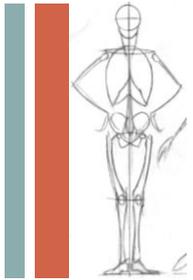
GOTA

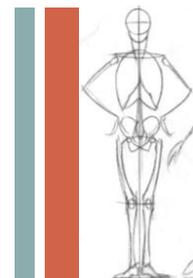


+ GOTA



- Epidemiología**
 - La principal causa de artritis en nuestro medio es la artritis por microcristales y la artritis séptica. Siendo la gota la más prevalente (1%)
 - Varón > 40 años y en mujeres premenopaúsicas
- Concepto**
 - Formación y depósito de cristales de urato monosódico (UMS) en cavidad articular y otras localizaciones formando nódulos
- Clínica**
 - Episodios de inflamación monoarticular aguda y recurrentes, dolorosos. Duran 1 semana
 - 80% casos el ataque inicial de gota afectará a la primera articulación metatarsfalángica del pie o la rodilla
 - Tofos: nódulos de UMS de localización periarticular
- Diagnóstico**
 - **Clínica**
 - **Analítica:** hemograma, bioquímica, PCR y VSG, ácido úrico
 - **Líquido articular:** inflamatorio y cristales de urato monosódico
 - **Radiografía:** ante dudas diagnósticas





Regla diagn3stica de gota en monoartritis aguda en Atenci3n Primaria¹

Sexo masculino	2 puntos
Ataque de artritis previo referido por el paciente	2 puntos
Inicio < 24 horas	0,5 puntos
Articulaci3n con enrojecimiento	1 punto
Afectaci3n de la primera articulaci3n metatarsfal3ngica	2,5 puntos
Hipertensi3n o m1s de una enfermedad cardiovascular ^a	1,5 puntos
1cido 1rico s3rico > 5,88 mg o 350 mmol/l ^b	3,5 puntos

^a Angina de pecho, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia card3aca, ataque isqu3mico transitorio, enfermedad vascular perif3rica.

^b Cualquier nivel de 1cido 1rico (anterior o actual, el que sea mayor).

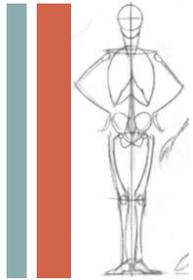
Valoraci3n:

Puntuaci3n ≤ 4 descarta la gota, considerar otras causas de artritis, como artritis reumatoide, seudogota, artritis psori1sica, artritis reactiva, artritis s3ptica, artrosis (valor predictivo negativo [VPN] 97%).

Puntuaci3n > 4 y < 8 diagn3stico incierto (realizar an1lisis del l3quido sinovial, si es posible hacer seguimiento amplio del paciente).

Puntuaci3n ≥ 8 diagn3stico de gota (valor predictivo positivo [VPP] 80%).

+ TRATAMIENTO



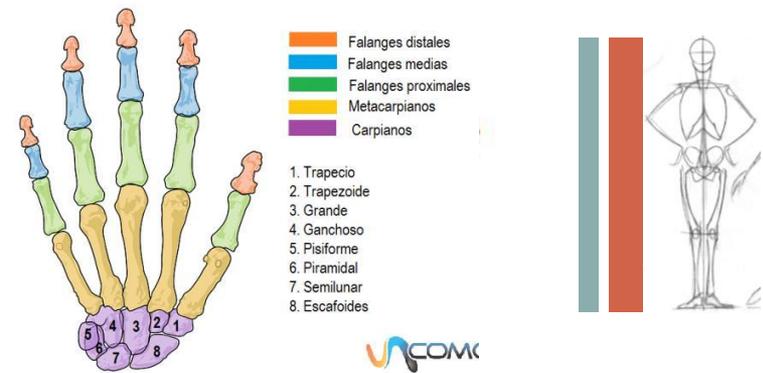
- **Hiperuricemia asintomática:** medidas dietéticas
- **Medicamentos reductores de la uricemia (MRU):**
 - **Indicación:**
 - 2 episodios de inflamación aguda (EIA) al año (o 1 con filtrado glomerular < 90 ml/min o litiasis)
 - Tofos subcutáneos o articulares
 - Lesiones estructurales establecidas
 - **Recomendación**
 - a) Iniciar la toma del medicamento a dosis bajas y escalar la dosis cada 2-4 semanas
 - b) Prescribir tratamiento para la prevención de los EIA
 - c) No suspender MRU durante los EIA
 - **Medicamentos:**
 - Alopurinol: 100-200mg/día, e ir aumentando hasta control uricemia
 - Febuxostat 80 o 120mg/día (reducción más importante de la uricemia)
- **Prevención episodios de inflamación aguda:**
 - **Indicación:**
 - Al inicio del tratamiento con MRU, al menos 6 meses y al menos 3 meses sin EIA
 - **Medicamento**
 - Alopurinol 1mg/día
- **Tratamiento de los episodios de inflamación aguda:**
 - AINE (de elección)
 - Glucocorticoides: si AINE contraindicados
 - Asociar: colchicina 1mg/día, máximo 4 días
 - No retirar MRU



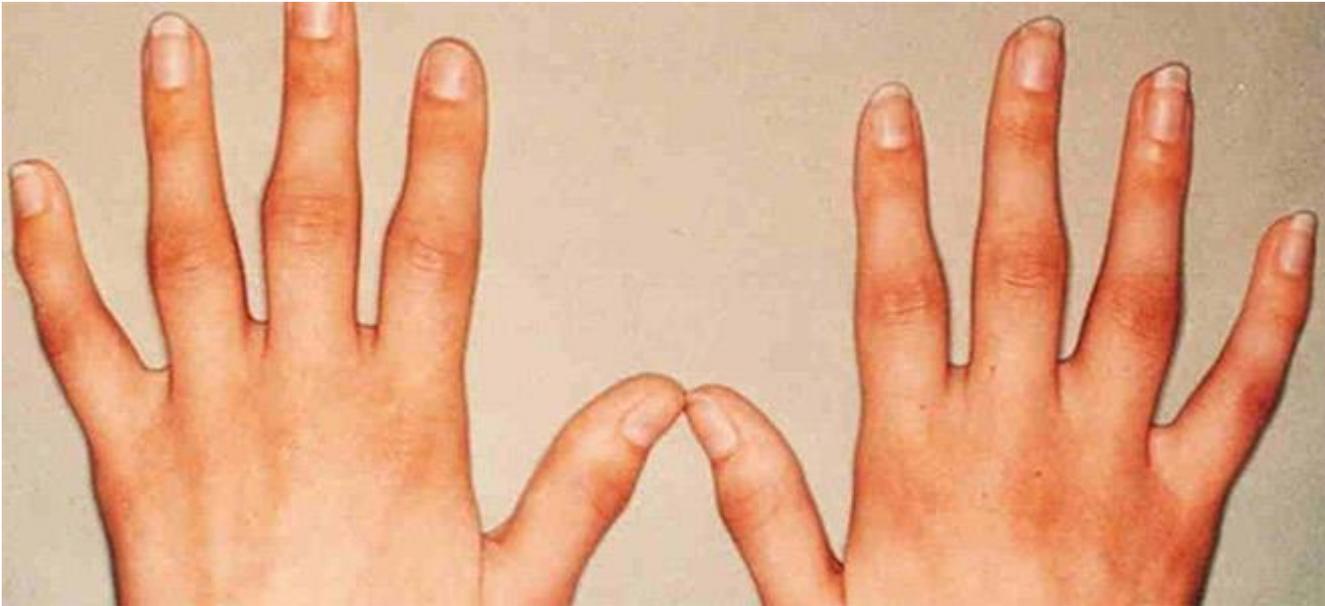
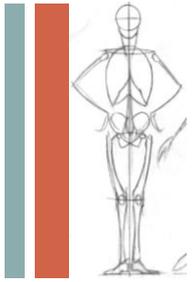
Tratamiento farmacológico de la gota

Fármaco	Dosis habituales	Efectos adversos frecuentes
a) Tratamiento de la artritis gotosa aguda		
Ibuprofeno	400-2.400 mg/día, vía oral	Toxicidad gastrointestinal, insuficiencia renal
Naproxeno	500-1.000 mg /día, vía oral	Toxicidad gastrointestinal, insuficiencia renal
Diclofenaco	50-150 mg/día, vía oral	Toxicidad gastrointestinal, insuficiencia renal
Colchicina	1 mg dosis inicial y 0,5 mg cada 2 horas hasta conseguir respuesta terapéutica o aparición de efectos secundarios. 0,5 mg cada 8 horas	Diarrea o vómitos, mielosupresión, miopatía
Corticoides oral o intraarticulares	Prednisona 30-35 mg/día durante 5 días, oral Triamcinolona 10-40 mg intraarticular	Toxicidad gastrointestinal, osteoporosis, HTA, DM, síndrome de Cushing yatrogénico, alteraciones psiquiátricas, miopatía
b) Tratamiento profiláctico		
Ibuprofeno	400-800 mg/día, vía oral durante 4-6 semanas	Toxicidad gastrointestinal
Naproxeno	500-1.000 mg/día, vía oral durante 4-6 semanas	Toxicidad gastrointestinal
Diclofenaco	50-150 mg/día, vía oral durante 4-6 semanas	Toxicidad gastrointestinal
Colchicina	0,5 mg-1 mg/día durante 3-6 meses	Diarrea o vómitos, mielosupresión, miopatía
c) Tratamiento de la gota crónica, hipouricemiante		
Alopurinol	50-300 mg/día, vía oral	Síndrome de hipersensibilidad grave Ataque agudo de gota, cutáneas, gota, cefalea, hematológicas
Benzbromarona	50-200 mg/día, vía oral. En pacientes con insuficiencia renal leve/moderada	Diarrea, toxicidad hepática, reacciones alérgicas. Especialidad de «diagnóstico hospitalario»
Sulfinpirazona	200-800 mg/día, vía oral. En pacientes con función renal normal	Gastrointestinales, hematológicas, insuficiencia renal, litiasis renal
Febuxostat	80-240 mg/día, vía oral	Diarrea, cefalea, abdominalgia, alteración enzimas hepáticos

+ Caso clínico



- Mujer de 54 años. No RAM. No antecedentes personales ni familiares de interés. No tratamiento habitual.
- Presenta dolor y tumefacción de mano izquierda desde diciembre 2009. Diagnosticada en su lugar de trabajo como tendinitis de extensor cubital de muñeca izquierda. Persiste tumefacción en su evolución, con afectación de muñeca y metacarpofalángicas, así como clínica fluctuante contralateral.
- A la exploración física se objetiva sinovitis interfalángica proximales (IFP) y metacarpofalángicas (MCF), con dolor a la palpación y a la movilidad, edema, calor local e impotencia funcional. No se aprecian otros hallazgos de interés.

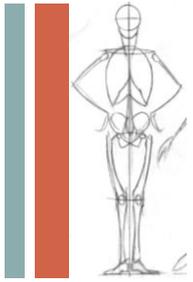


Enfermedades difusas del tejido
conectivo

ARTRITIS REUMATOIDE



+ ARTRITIS REUMATOIDE



Epidemiología

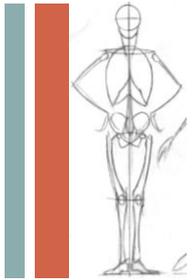
- Prevalencia 0,5%
- Predomina en mujeres (3:1) entre los 40-60 años

Concepto

- Enfermedad articular inflamatoria crónica de etiología desconocida, que afecta de forma simétrica a las articulaciones sinoviales
- Destrucción cartílago articular: erosiones óseas y deformidad articular

Clínica

- Poliartritis simétrica, con especial predilección por las articulaciones de la muñeca (MCF e IFP), mano, pies y rodillas
 - Sinovitis: dolor a la movilización, tumefacción articular y calor local
- Asociado astenia, anorexia pérdida de peso y febrícula



Sistemas orgánicos afectados en la AR

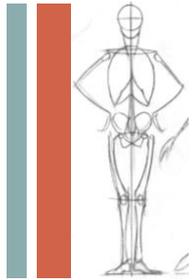
Piel	Nódulos Reumatoides (25-50%)
Hematológico	Anemia normocítica y normocrómica (25-30%) Trombocitosis, Trombocitopenia, Linfadenopatía
Síndrome de Felty	Esplenomegalia con neutropenia, linfocitos granulares grandes y trombocitopenia
Hepático	Transaminitis inespecífica
Pulmonar	Engrosamiento pleural, derrames pleurales, nódulos pulmonares, neuropatía intersticial difusa, BONO, síndrome de Kaplan, artritis cricoartriteoidea (Arteritis pulmonar, HP, retracción pulmonar)
Cardíaco	Pericarditis, arteriosclerosis acelerada, valvulitis
Oftalmológico	Queratoconjuntivitis seca (10-15%), episcleritis, escleritis, uveitis, queratitis ulcerativa
Neurológico	Neuropatía de compresión periférica, mielopatía cervical debida a subluxación de columna cervical
Muscular	Atrofia muscular, miositis inflamatoria
Renal	Nefropatía glomerular membranosa leve, amiloide reactivo
Vascular	Vasculitis de pequeños vasos, vasculitis sistémica

(Turesson C, 2003)

+ ARTRITIS REUMATOIDE

Diagnóstico

- Clínica
- Analítica:
 - Hemograma, bioquímica, PCR y VSG
 - FR: 2/3 pacientes son positivos
 - anti-CCP: marcador diagnóstico y pronóstico
 - ANA: 25% pacientes son positivos
 - Virus hepatotrópos
 - Sistemático de orina
- Radiografía

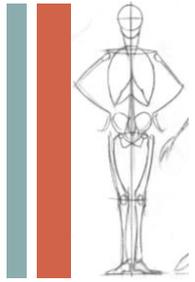


Lesiones radiológicas y deformidades en la artritis reumatoide

- Aumento de partes blandas: sobre todo pequeñas articulaciones, manos y pies
- Osteoporosis yuxtaarticular: muy característica
- Pinzamiento interlínea articular
- Erosiones: al principio suelen ser marginales
- Deformidades
 - Subluxación del pulgar en forma de «Z»
 - Desviación cubital en ráfaga de las articulaciones MCF
 - Dedos «en cuello de cisne» (hiperextensión de IFP y flexión IFD)
 - Deformidad de Boutonnière (hiperflexión de IFP con extensión de IFD)
- Anquilosis: frecuente en los huesos del carpo

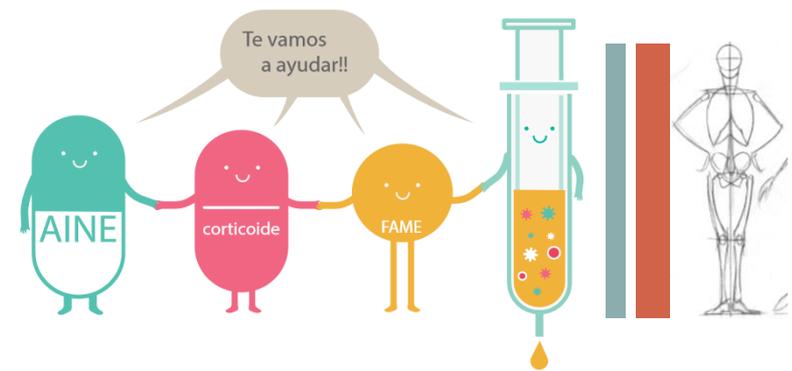


Osteopenia yuxtaarticular



Pinzamientos articulares

+ TRATAMIENTO



- **AINES:** Se debe utilizar la menor dosis efectiva y el menor tiempo posible
- **Corticoides:** en dosis bajas (menos de 10 mg de prednisona) pueden utilizarse como puente de tratamiento hasta que los FAME inician su efecto. Administrar por la mañana
- **FAME (fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad):** enlentecen o detienen la progresión de la enfermedad entre los que destacan por su eficacia, rapidez de acción, influencia en la evolución de las lesiones radiográficas y tolerabilidad el **metotrexato** y la **leflunomida**
- **Tratamientos biológicos:** paciente que no haya conseguido el objetivo terapéutico con al menos un FAME en monoterapia o combinación y a dosis óptimas



Fármacos más utilizados en la artritis reumatoide

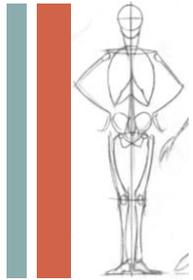
Fármaco	Vía	Dosis	Efectos adversos
Metotrexato	v.o./i.m.	7,5-15 mg/sem máx. 25 mg	Teratógeno Transaminitis (+F), riesgo bajo de hepatopatía grave Fibrosis hepática y cirrosis Leucopenia y trombopenia leves Anemia megaloblástica y macrocitosis En insuficiencia renal, riesgo de aplasia medular Pérdida de masa ósea Infiltrados pulmonares Neumonitis intersticial Aftas Gastrointestinal (dispepsia, dolor, náuseas y vómitos)
Leflunomida (Arava®)	v.o.	100 mg/día durante 3 días y después 20 mg/día	Teratógeno Gastrointestinal (44%): diarrea (18%), náuseas, vómitos y dolor abdominal Transaminitis 10% Adelgazamiento Alopecia reversible Trombopenia y pancitopenia Prurito y erupción cutánea Úlceras orales, parestesias, cefalea e HTA
Infliximab (Remicade®)	i.v.	3 mg/kg a las 0, 2, 6 sem. y después cada 8 semanas	Relacionadas con la infusión (17%): cefaleas, náuseas y reacción de hipersensibilidad Infecciones, más frecuentes de vías respiratorias altas, TBC Transaminitis Aparición de ANA (23%) Aumento incidencia de neoplasias y otras enfermedades autoinmunitarias en discusión
Etanercept (Enbrel®)	s.c.	25 mg/2 días a la semana	Reacción en el punto de inyección (37%) Infección de vías respiratorias altas (35%) Formación de ANA (15%) Cefaleas y diarrea Reacciones alérgicas Pancitopenia y anemia aplásica Alteraciones desmielinizantes en discusión
Adalimumab (Humira®)	s.c.	40 mg/1-2 sem	Reacciones locales en el punto de inyección (70%) Infecciones, reactivación TBC Rash y cefalea Formación ANA (26%)
Anakinra (Kineret®)	s.c.	100 mg/día	Reacciones locales en el punto de inyección (70%) Infecciones. Rash y cefalea En insuficiencia renal, ampliar el intervalo de dosificación

Terapias biológicas:

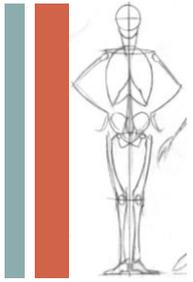
No se dispone de datos suficientes para considerarlas carcinogénicas; están contraindicadas si hay enfermedad linfoproliferativa por riesgo de recidiva.

Los TNF- α están contraindicados en insuficiencia cardíaca moderada-grave y antecedentes de enfermedades desmielinizantes.

No hay estudios en embarazo y lactancia.



+ REUMATISMO PALINDRÓMICO



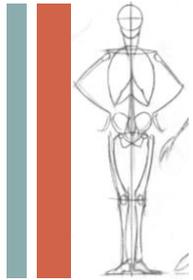
Concepto

- Afectación monoarticular de inicio súbito que suele durar 24-72h. Periodos intercrisis asintomático
- Puede afectar a cualquier articulación
- Se acompaña de: signos inflamatorios, derrame sinovial e impotencia funcional
- 30% evoluciona a una enfermedad del tejido conectivo (sobretudo AR)

Diagnóstico

- **Analítica:**
 - Crisis: aumento RFA y Ig (sobretudo IgA)
 - FR: positivo 1-2/3 y anti-CCP positivo 50%
- **Tratamiento:**
 - Crisis: AINE glucocorticoides v.o/v.i
 - Intercrisis: sales de oro o antipalúdicos (no hay consenso)

+ POLIMIALGIA REUMÁTICA



Epidemiología

- Prevalencia 1-3.5% en >65 años
- Proporción mujer:varón es 2:1
- 40-60% de los pacientes con arteritis de células gigantes

Clínica

- Rigidez y dolor simétrico y bilateral de la cintura escapular, pelviana y cervical, de predominio nocturno y que aumenta con los movimientos
- Existen síntomas constitucionales, como fiebre, astenia, anorexia y pérdida de peso

Diagnóstico

TABLA 4. Criterios para el diagnóstico de polimialgia reumática (se requieren al menos 3 criterios)

- Dolor y/o rigidez simétrica en los hombros
- Configuración completa del cuadro clínico en un tiempo menor o igual de 2 semanas
- Velocidad de sedimentación globular mayor de 40 mm/h
- Rigidez matutina mayor de 1 h
- Edad mayor de 65 años
- Depresión o pérdida de peso
- Dolor a la palpación en musculatura proximal de los brazos

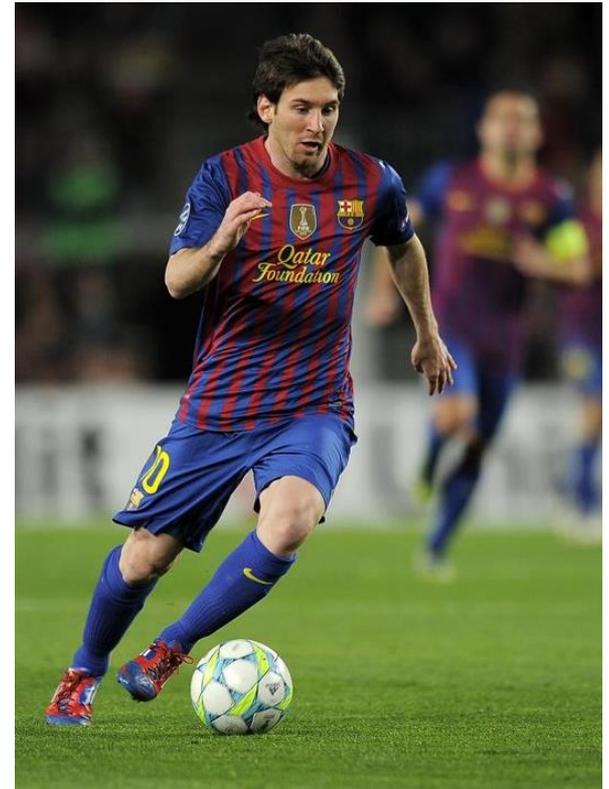
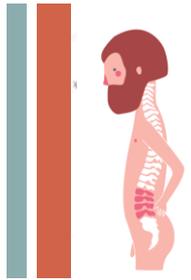
Tratamiento

- Prednisona 10-20 mg diarios



+ Caso clínico

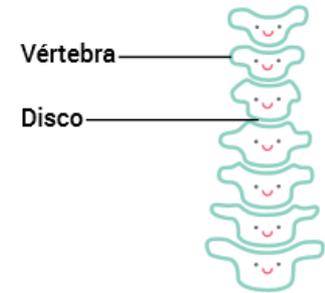
- Varon de 29 años. No RAM. No antecedentes personales ni familiares de interés. Deportista: fútbol y correr 5 días semana.
- Refiere desde hace 4-5 años dolor agudo lumbar tratado con fisioterapeuta de club de futbol. Actualmente el dolor es mayor en intensidad que le impide el descanso nocturno. Además explica que lo relaciona solo con el reposo mantenido y prolongado y mejora con estiramientos y actividad deportiva.
- Tratamiento con enantyum 25mg con mejoría significativa del dolor.
- Se hizo estudio radiografía simple que le informaron de posible discopatía.



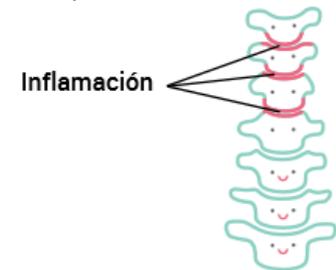
Espondiloartritis

ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

Columna normal



Espondilitis
Anquilosante

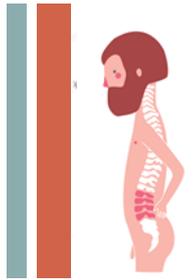


Sindesmofito





ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

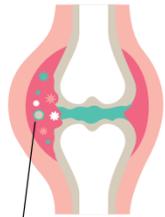
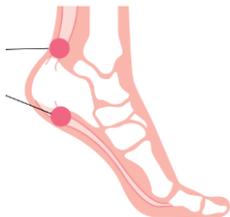


Epidemiología

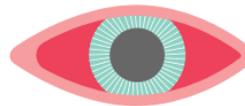
- Prevalencia oscila entre el 0,1 y el 1,4% (depende HLAB27)
- Varones > mujeres, con una proporción 2-3:1
- Comienzo 30 años

Clínica

- Lumbalgia de aparición insidiosa tras reposo y matutina; el paciente se despierta para realizar cambios posturales
- Rigidez vertebral matutina
- **Sd. Sacroilíaco:** dolor cuadrante superointerno de la nalga que irradia cara posterior muslo hasta rodilla
- **Artritis periférica (50%):** oligoarticular en EEII. En los primeros años de la enfermedad
- **Entesitis** (talgia o fascitis plantar)
- **Dolor torácico**
- **Manifestaciones extraarticulares:** uveítis (25-40%), cardiopatía, enfermedad pulmonar, neuropatía, enfermedad intestinal (50%), nefropatía, osteoporosis, amiloidosis

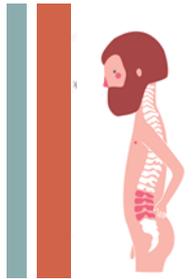


Líquido sinovial inflamado





ESPONDILITIS ANQUILOSANTE



Diagnóstico

- Clínica
- Analítica: bioquímica, hemograma, VSG, PCR y HLAB27 (84% +)
- Radiología:
 - Sacroilitis bilateral y simétrica
 - Raquis: sindesmofitos o anquilosis de las articulaciones interapofisarias posteriores

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

Criterios clínicos

- 1.- Dolor lumbar y rigidez de más de 3 meses de duración, que mejora con el ejercicio y no se alivia con el reposo
- 2.- Limitación de movimientos de la columna lumbar en los planos sagital y frontal
- 3.- Limitación de la expansión torácica con respecto a los valores normales corregidos para edad y sexo*

Criterio radiológico

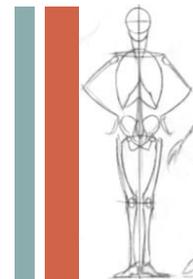
Sacroileítis bilateral de al menos grado 2 o unilateral grado 3-4

Se considera una EA definida si el criterio radiológico se asocia como mínimo a uno de los criterios clínicos

Se considera una EA probable cuando existen los tres criterios clínicos sin el criterio radiológico o el criterio radiológico sin ningún criterio clínico

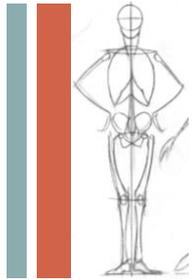
* < 2,5 cm.

- **Test schöber:** señalar un punto sobre la apófisis espinosa de L5, se marca un segundo punto 10 cm por encima y otro 5 cm por debajo. Luego, el paciente se flexiona al máximo. La distancia entre el punto superior y el más inferior es el Schöber. Se anotará la diferencia en centímetros respecto al inicio (lo que exceda de 15 cm). Se repite y se anota la mejor. Valor normal > 4 cm





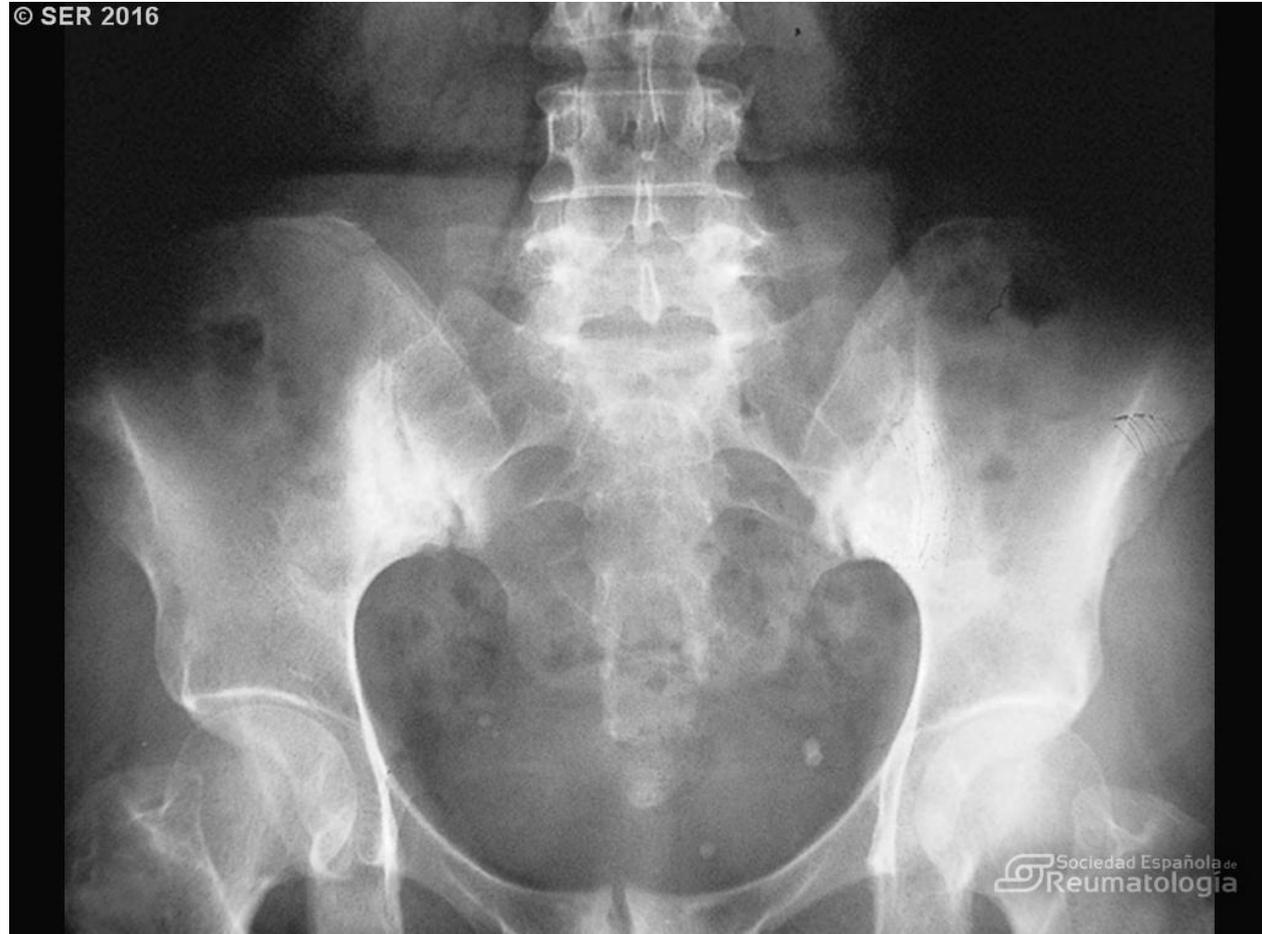
Articulación sacroilíaca



Sacroileítis grado III. Erosiones y esclerosis bilateral de sacroilíacas. Sindesmofito en L4 y esclerosis de ambas ramas del pubis



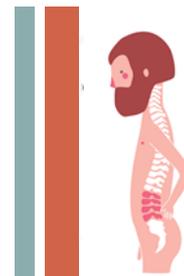
Rectificación de la columna lumbar, puentes intersomáticos





Recomendaciones para la investigación y derivación de pacientes con DLI

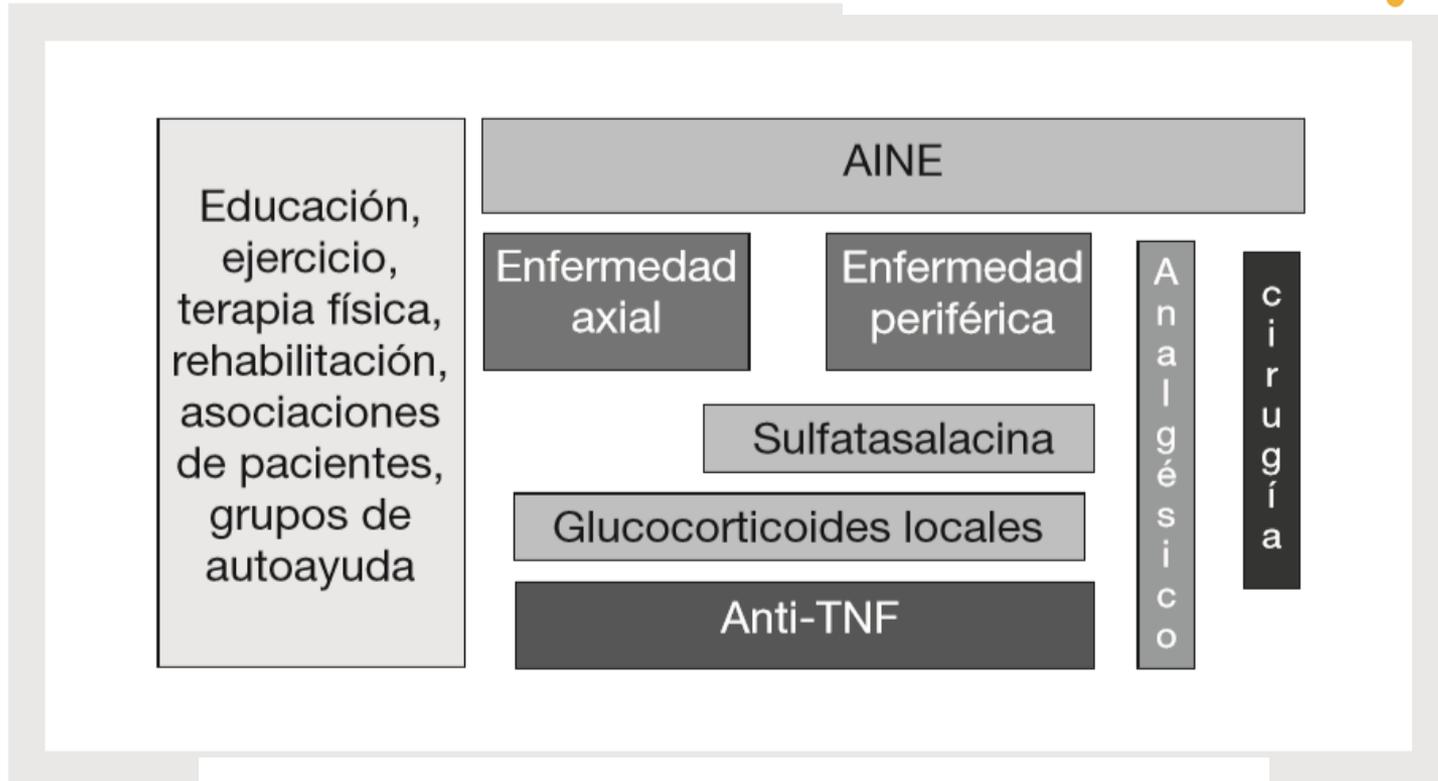
Recomendación	Acuerdo (media sobre 10)
Se recomienda que, como criterio de entrada, se investigue la presencia de DLI en pacientes:	
• < 45 años (1)	(1) 8,6
• Que acudan por dolor lumbar crónico	(2) 8,3
—entendiendo por este que dura \geq 3 meses (2)—	(3) 7,6
• Como motivo principal o no de consulta (3)	(4) 7,4
• Y que es percibido por el paciente como continuo, aún reconociendo altibajos (4)	
Se recomienda realizar la investigación en 4 fases:	
1. Preguntas clave	8,4
2. Preguntas extra	
3. Exploración física	
4. Pruebas complementarias	
En caso positivo de alguna pregunta extra o exploración, es oportuno derivar a reumatólogo	
1. Preguntas clave:	
• Dolor preferentemente nocturno, definido como dolor que despierta, sobre todo o preferentemente en la segunda parte de la noche y que le obliga a levantarse (1)	(1) 8,8
• Dolor que mejora con la actividad física y empeorara con el reposo (2)	(2) 8,0
2. Preguntas extra: si la respuesta a las preguntas previas es negativa pero deja dudas suficientes de si se tratara de un DLI, se debe indagar sobre:	(1) 7,7
• Dolor alternante en nalgas como una ciática que cambia de lado (1)	(2) 7,0
• Comienzo gradual no brusco (2)	(3) 8,0
• Respuesta a AINE a dosis plena, pero no a analgésicos, que reaparece en cuanto se suprimen (3)	(4) 7,0
o valorar la presencia de otras manifestaciones:	(5) 8,0
• ME:	(6) 7,9
Talalgia (4)	(7) 8,6
Artritis en EEII (5)	(8) 8,1
• no ME:	
Psoriasis (6),	(9) 6,8
Uveítis (7)	(10) 6,6
EII (8)	(11) 7,4
o indagar sobre antecedentes familiares de:	
• Psoriasis (9)	
• EII (10)	
• EA (11)	
3. Explorar la presencia de dactilitis	8,3
4. Pruebas complementarias	
Las únicas pruebas que podrían orientar y que deberían realizarse en primaria dependiendo de la disponibilidad son:	(1) 8,4
• Rx posteroanterior de sacroilíacas (1)	(2) 7,5
• Analítica que contenga:	(3) 7,9
VSG (2)	(4) 8,3
PCR (3)	
HLAB27 (4)	(5) 7,9
En áreas donde el acceso a pruebas o a su resultado sea limitado, se sugiere que se remitan los casos dudosos al reumatólogo a falta de realización de las pruebas (5)	



AINE: antiinflamatorios no esteroideos; DLI: dolor lumbar inflamatorio; EA: espondilitis anquilosante; EII: enfermedad inflamatoria intestinal; ME: musculoesqueléticas; PCR: proteína C reactiva; Spa: espondiloartritis.

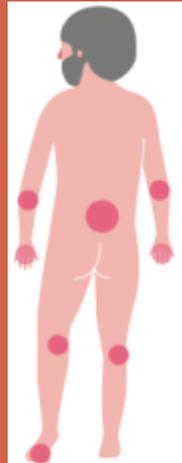
Juanola X, Collantes E, León F, Torres A, García MJ, Queiro R, et al. Recomendaciones para la detección, investigación y derivación del dolor lumbar inflamatorio en Atención Primaria. Reumatol Clin. 2015;11:90-8.

+ TRATAMIENTO

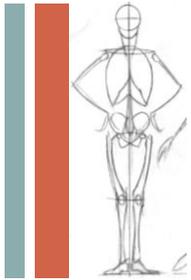


Espondiloartritis

ARTRITIS PSORIÁSICA



+ ARTRITIS PSORIÁSICA



- Epidemiología**
 - 25-30% de los pacientes con psoriasis (2-3% población)
 - Varón=mujer. Formas axiales más en varones y formas poliarticulares en mujeres
- Concepto**
 - Arteritis inflamatoria seronegativa
- Clínica**
 - **Artritis periférica:** inicio insidioso, dolor nocturno y rigidez matutina
 - Oligoartritis asimétrica miembros inferiores
 - Poliartrosis: IFD y patrón de afectación radial (varias articulaciones de un mismo dedo)
 - **Artritis axial:** 40-50% pacientes tiene sacroileítis radiológica. Ligada HLAB27
 - **Dactilitis:** tenosinovitis de flexores
 - **Entesitis (30-50%):** calcánea, fascia plantar o aquílea
 - **Extraarticular:** uveítis
- Diagnóstico**
 - **Clínica**
 - **Analítica:** hemograma, bioquímica, PCR y VSG. FR y anti CCP negativos
 - **Radiografía:** escasa o nula porosis yuxtaarticular, imágenes de erosión-proliferación, osteólisis en lápiz-copa o difusa, anquilosis, resorción de penachos falángicos y periostitis



CUADRO 35-1

Criterios CASPAR de clasificación de artritis psoriásica*

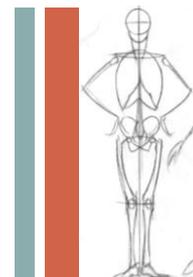
Enfermedad articular inflamatoria (periférica, axial o de la entesis).

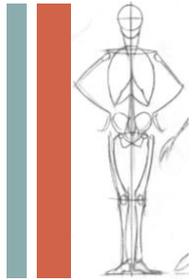
Con ≥ 3 puntos de las siguientes 5 categorías

1. Evidencia de psoriasis actual (2 puntos), historia personal de psoriasis (1 punto), o historia familiar de psoriasis (1 punto)
 - Psoriasis actual: se define como psoriasis cutánea o del cuero cabelludo en el momento de la visita y a juicio de un dermatólogo o reumatólogo
 - Historia personal de psoriasis: se define como historia de psoriasis referida por el paciente, el médico de cabecera, el dermatólogo, el reumatólogo, o cualquier profesional de la salud cualificado
 - Historia familiar de psoriasis: se refiere a historia de psoriasis en familiares de primer o segundo grado y según lo referido por el paciente
2. Enfermedad psoriásica ungueal: onicólisis, *pitting*, o hiperqueratosis en el examen físico actual (1 punto)
3. Factor reumatoide negativo: cualquier método, excepto el látex, pero preferiblemente por ELISA o nefelometría, y de acuerdo al rango de referencia del laboratorio local (1 punto)
4. Dactilitis actual: definida como la tumefacción de un dedo entero, o historia de dactilitis recogida por un reumatólogo (1 punto)
5. Evidencia radiográfica de neoformación ósea yuxtaarticular, que aparece como una osificación bien definida cerca de los márgenes articulares (excluidos los osteofitos) en una radiografía simple de manos o pies (1 punto)

*Sensibilidad: 91,4%; especificidad: 98,7%.

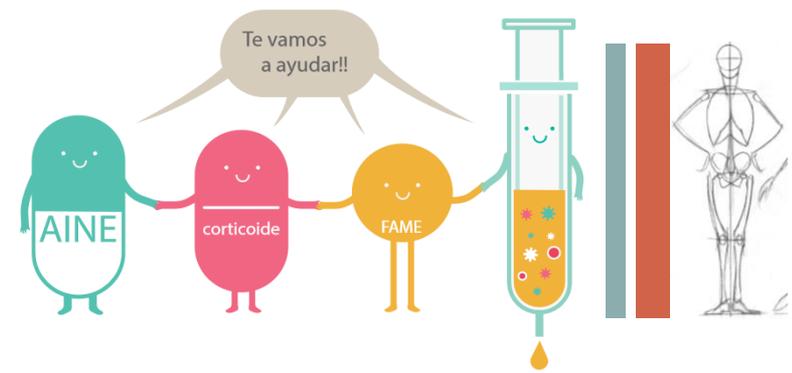
CASPAR: Classification of Psoriatic Arthritis.





Dactilitis del segundo dedo del pie derecho. Se aprecia tumefacción global del segundo dedo. Lesiones de psoriasis sobre la zona metatarsofalángica y onicopatía asociada.

+ TRATAMIENTO



- **AINES:** Se debe utilizar la menor dosis efectiva y el menor tiempo posible
- **Corticoides:** en dosis bajas (menos de 10 mg de prednisona)
- **FAME (fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad)**
 - Enfermedad activa
 - Metotrexato, leflunomida y sulfasalazina
- **Tratamientos biológicos:**
 - Enfermedad activa y refractarios a terapia convencional
 - Anti-TNF

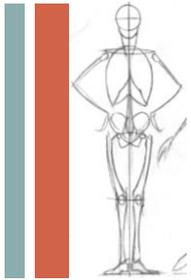
Espondiloartritis

ARTRITIS ASOCIADA A ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL





ARTRITIS EII



Epidemiología

- Prevalencia del 9-53%
- Manifestación extraintestinal más frecuente

■ Artritis:

- La de tipo I o pauciarticular afecta a < 5 articulaciones: brotes agudos que se autolimitan, no erosivas ni deformantes; la articulación más frecuentemente afectada es la rodilla, coincide con los brotes de la EII y se asocia a otras manifestaciones extraintestinales como el eritema nodoso y la uveítis.
- La de tipo II o poliarticular afecta a > 5 articulaciones: curso más persistente en el tiempo y permanece durante meses o años. Suele afectar a articulaciones metacarpofalángicas y metatarsfalángicas. Es independiente de la actividad de la EII y se asocia a uveítis. No suele ser erosiva.

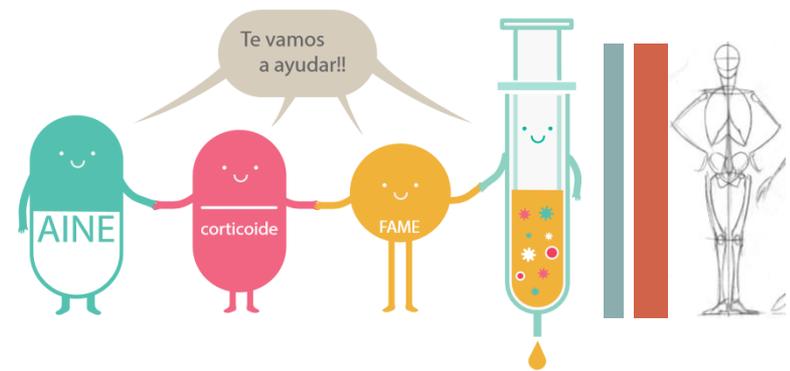
Clínica

- **Espondilitis**
- **Artralgias, entesitis y tendinitis**

Diagnóstico

- **Clínico**

+ TRATAMIENTO



- **AINES:** uso prudente (menor dosis posible) y siempre consensuado con el digestólogo
- **Corticoides:** de forma local en casos de monoartritis o entesitis
- **FAME (fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad)**
 - Enfermedad activa
 - Salazopirina
- **Tratamientos biológicos:**
 - Enfermedad activa y refractarios a terapia convencional
 - Anti-TNF



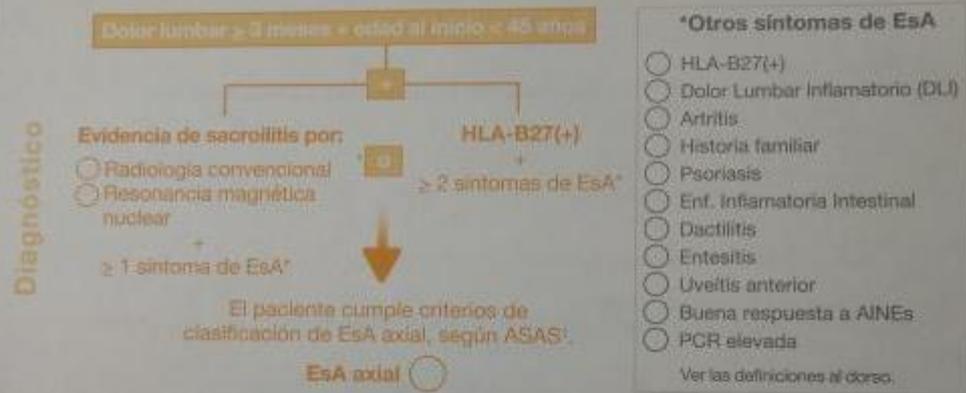
Diagnóstico

Datos paciente

Dolor Lumbar (duración) < 3 meses ≥ 3 meses

Edad al inicio ≥ 45 años < 45 años

Criterios ASAS para Espondiloartritis Axial¹



Recomendaciones ASAS de uso de anti-TNFα en pacientes con EsA axial²

Pacientes que cumplen criterios de NY para EA o criterios ASAS para EsA axial

Recomendaciones

Fracaso del tratamiento estándar, objetivado por:

<p>En manifestaciones axiales predominantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Al menos 2 AINE durante 4 semanas (en total) 	<p>En manifestaciones periféricas predominantes</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> 1 inyección local de esteroides si es adecuado <input type="radio"/> Normalmente una prueba terapéutica con un FAME, con preferencia sulfasalazina (no obligatorio)
---	---

+

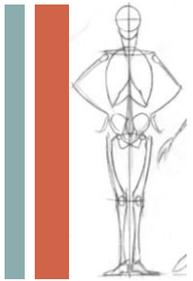
Actividad alta de enfermedad BASDAI ≥ 4 durante ≥ 4 semanas

+

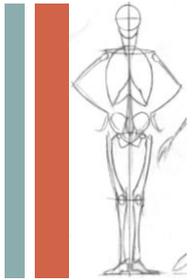
Opinión positiva de experto basada en parámetros como:

<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> PCR/VSG positiva <input type="radio"/> Exploración física positiva 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> RMN positiva <input type="radio"/> Progresión radiológica
---	--

Si se cumplen los tres criterios propuestos, el paciente es elegible para tratamiento con terapia anti-TNF, según ASAS².



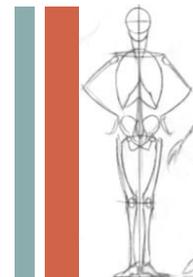
+ Bibliografía



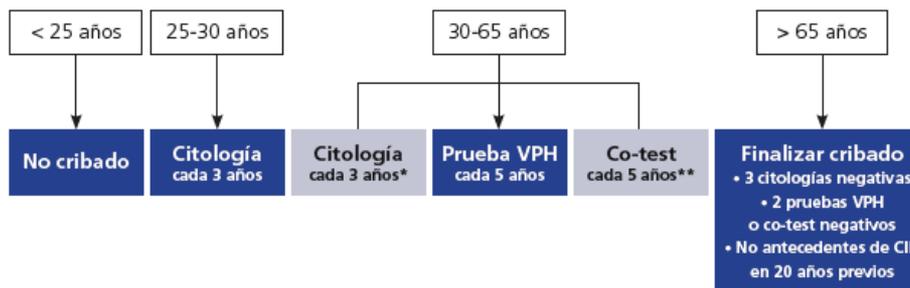
- Prada Ojeda A, Campos Esteban J, Otón Sánchez MT, Mulero Mendoza J. Protocolo diagnóstico de oligoartritis de reciente comienzo. *Medicine*. 2009;10(30):2024-7
- Sangüesa Gómez C, Méndez Perles C, García-Magallón B. Protocolo diagnóstico de la poliartritis crónica. *Medicine*. 2013;11(30):1874-8
- García E, Olivé A. Artritis reumatoide: formas de presentación, diagnóstico y tratamiento actual. *FMC*. 2007;14.3:126-132
- Pie M, Gelado MJ. Artritis reumatoide. *AMF* 2007;3(3):158-165
- Pérez A. Diagnóstico. Historia y examen físico. *Aten Primaria*. 2014;46 Supl 1:18-20
- Gómez A, Sánchez Y, Rodríguez JJ. Monoartritis aguda. *FMC*. 2015;22(9):502-9
- Gallo FJ, Vargas F. Oligo/poliartritis. *AMF* 2014;10(11):666-675
- López M.J. , Alonso B., Saníger J.M. Polimialgia reumática y artritis reumatoide. *FMC*. 2005;12(5):303-7
- Juanola X, Collantes E, León F, Torres A, García MJ, Queiro R et al. Recomendaciones para la detección, investigación y derivación del dolor lumbar inflamatorio en Atención Primaria. *Reumatol Clin*. 2015;11 (2):90–98
- Kienhorst LB, Janssens HJ, Fransen J, Janssen M. The validation of a diagnostic rule for gout without joint fluid analysis: a prospective study. *Rheumatology (Oxford)*. 2015 Apr;54(4):609-14.
- Alperi M. Manual SER de enfermedades reumáticas. 6ª edición. Barcelona: Elseiver; 2014



1. RECOMENDACIONES DE CRIBADO



Población diana y estrategia de cribado		Niveles de evidencia	Recomendación
Mujeres que han iniciado su actividad sexual y con edad comprendida entre los 25 y 65 años de edad		Moderado	Fuerte a favor
El cribado, independientemente de la prueba utilizada, debería garantizar una propuesta de base poblacional con mecanismos de evaluación de cobertura		Moderado	Fuerte a favor
Edad	Prueba de cribado		
Antes de los 25 años	Ninguna prueba de cribado	Moderado	Fuerte a favor
Entre 25 y 30 años	Citología cervical cada 3 años	Alto	Fuerte a favor
Entre 30 y 65 años	Prueba VPH cada 5 años. (opción preferente) Prueba VPH y citología (co-test) cada 5 años. (opción aceptable) Citología cada 3 años. (opción aceptable)	Alto Bajo Moderado	Fuerte a favor Débil a favor Débil a favor
A partir de los 65 años	Finalizar cribado Cribado previo adecuado y negativo (10 años) y no CIN o CCU (20 años)	Moderado	Fuerte a favor
Histerectomía (No CIN ni CCU previos)	Ninguna prueba de cribado	Alto	Fuerte a favor
Antecedentes de lesión \geq a HSIL/CIN2	Cribado al menos 20 años	Moderado	Fuerte a favor
Inmunodeprimidas	Citología a partir de los 21 años Co-test a partir de los 30 años	Bajo Bajo	Fuerte a favor Fuerte a favor
Obtención de muestras de cribado			
Citología en medio líquido			Preferente
Citología, extensión en portaobjetos			Aceptable
Pruebas moleculares, otros medios			Aceptable
Actuación ante una prueba de cribado anormal			
Prueba VPH	Citología "réflex" si medio líquido		Aceptable
Citología	Prueba VPH o Colposcopia (Protocolo específico)		Aceptable



**Moltes gràcies!
Bon nadal!**



www.Confortiendo.com
Fabricaciones de España

El tamaño de
el sofá es de
160 x 90 x 85 cm
938 47 78 47
Tel. Servicio al
cliente: 900 00 00 00

Al por Mayor
Precios de fábrica

Venta directa
al público

CASAS METÁLICAS PREFABRICADAS

DESDE
18.900 €

