



TEMA 1-2019:

Abordaje del paciente con sospecha de patología reumática

Recibido: 15/06/2019

Aceptado: 18/05/2019

¹ Rodrigo Masís Mejía

² María Paz Jiménez Solera

¹ Residente de Medicina Interna. Sistema de Posgrados en Educación Médica. Universidad de Costa Rica. Hospital San Juan de Dios. masisrodrigo@gmail.com

² Médico Cirujano General. Universidad de Costa Rica. mariapazji@hotmail.com

Resumen

El primer nivel de atención es el sitio inicial de consulta de los pacientes con enfermedad reumática. El síntoma más común por el cual acuden estos pacientes es el dolor articular, sin embargo, se debe interrogar al paciente sobre la presencia de manifestaciones extraarticulares como síntomas constitucionales, patología ocular, manifestaciones cutáneas y vasculares los cuales elevan la sospecha diagnóstica de enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas.

Abstract

The primary care is the initial site for consultation of patients with rheumatic disease. The most common symptom for which these patients consult is joint pain, however, the patient should be questioned about the presence of extrajoint manifestations such as constitutional symptoms, ocular pathology, cutaneous and vascular manifestations which raise the diagnostic suspicion of rheumatic systemic autoimmune diseases.

Palabras clave

Reumático; diagnóstico; artralgia; primer nivel; uveítis.

Key words

Rheumatic; diagnosis; arthralgia; primary care; uveitis.

Introducción

Las enfermedades reumáticas corresponden a un grupo de patologías que demuestran los efectos del sistema inmune a nivel multisistémico. El abordaje diagnóstico del paciente reumático debe incluir la historia clínica, el examen físico, laboratorios y estudios de gabinete. ^(1,2)

El médico de primer nivel de atención debe reconocer los síntomas que puedan sugerir alguna de estas enfermedades, buscando un diagnóstico temprano y una referencia a especialista de manera oportuna. ⁽¹⁾

Se desarrollará el artículo acerca de las principales quejas o padecimientos del paciente con patología reumática, ofreciendo una serie de puntos clave y datos que puedan orientar al médico de primer nivel con su abordaje.

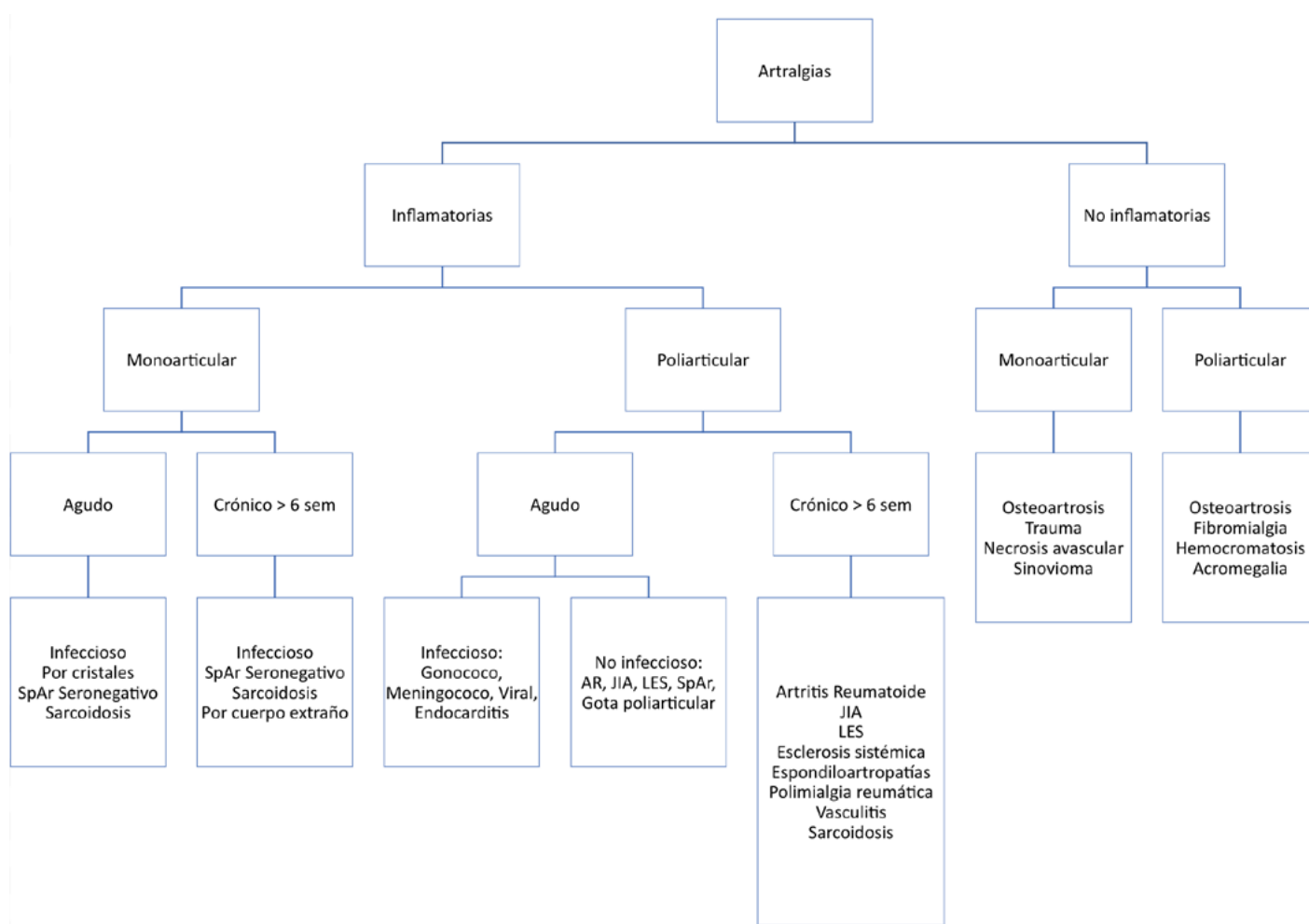
Materiales y métodos

Se realizó una revisión de artículos en bases de datos nacionales e internacionales, libros de medicina y subespecialidades médicas.

Discusión

Entre los principales síntomas del paciente con sospecha de patología reumática se encuentran: artralgia, manifestaciones cutáneas, manifestaciones vasculares, alteraciones oculares y síntomas constitucionales.

■ **Ilustración 1.** Diagnóstico diferencial de artralgias. AR: Artritis Reumatoide, JIA: Artritis Idiopática Juvenil, LES: Lupus Eritematoso Sistémico, SpAr: Espondiloartropatías. Fuente: Adaptado de Ventura I, Reid P, Jan R. Approach to Patients with Suspected Rheumatic Disease. Prim Care Clin Office Pract. 2018.



1. Artralgias

La artralgia o dolor articular es el síntoma más común que presentan los pacientes con enfermedades reumáticas. Se debe identificar el tiempo de evolución, las características de este para clasificarlo como inflamatorio o no inflamatorio, tipo de compromiso simétrico o asimétrico y presencia de manifestaciones sistémicas o extraarticulares. ^(1,3)

Las artralgias agudas son aquellas con una duración menor de 6 semanas y generalmente corresponden a cuadros virales o post infecciosos. Si el dolor persiste por más de 6 semanas se considera crónico y eleva la sospecha de enfermedades autoinmunes. ⁽¹⁾ Las características clínicas que definen un dolor articular como inflamatorio son las siguientes: rigidez matutina mayor a 30 minutos, alivia con actividad física, usualmente se acompaña de otras manifestaciones como eritema de la piel sobre las articulaciones afectadas, calor local, sensibilidad a la palpación y fiebre. Se suelen acompañar además de alteraciones en los exámenes de laboratorio y gabinete como leucocitosis con desviación a izquierda, velocidad de eritrosedimentación elevadas, líquido articular inflamatorio y alteraciones radiológicas. ^(1,2)

Algunas enfermedades que presentan artralgias inflamatorias son la artritis séptica, artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico, las artritis por cristales y las espondiloartropatías. ^(1,2)

Es importante realizar de manera rápida y oportuna el diagnóstico de artritis séptica debido a que corresponde a una emergencia reumatológica que puede ocasionar secuelas estructurales y funcionales de la articulación afectada. ⁽⁴⁾

El patrón de compromiso articular orienta a pensar en patologías específicas, un ejemplo de esto es la artritis reumatoide, la cual se caracteriza por tener compromiso simétrico y de pequeñas articulaciones. ⁽¹⁾

2. Manifestaciones cutáneas

La piel es un órgano diana de las enfermedades reumáticas, usualmente se manifiesta como rash o brote cutáneo; en algunas ocasiones éste puede ser el motivo de consulta del paciente, por lo que resulta de gran importancia una adecuada historia clínica. Entre las principales patologías que tienen manifestaciones cutáneas se encuentran: lupus eritematoso sistémico (LES), dermatomiositis, esclerosis cutánea y psoriasis. ^(1,5)

A. Lupus Eritematoso

Las lesiones cutáneas son útiles en el abordaje inicial del paciente con LES, sin embargo, estas lesiones pueden corresponder a un lupus con o sin manifestaciones sistémicas. Este fenómeno de lupus eritematoso cutáneo puede ser agudo, subagudo o crónico. ⁽¹⁾ El médico de primer nivel debe ser capaz de reconocer algunas de las características de estos subtipos, entre ellas se encuentran:

- **Fotosensibilidad:** se define como la aparición de rash secundario a exposición a rayos UV. Además de lesiones cutáneas, puede ser el desencadenante de úlceras mucosas, síntomas constitucionales, citopenia o artralgias. ⁽¹⁾
- **Región anatómica:** la forma clásica se denomina rash malar o en alas de mariposa, suele asociarse a LES, sin embargo, en los casos de lupus eritematoso cutáneo puede afectar regiones extensoras de miembros superiores, pecho y espalda. ⁽¹⁾
- **Alopecia:** se define como la pérdida de cabello con patrones específicos como la cicatricial, este tipo se puede asociar con patologías como lupus eritematoso discoide. Otra forma de alopecia que deben despertar sospecha es la alopecia areata, la cual se define como parches de pérdida de cabello en pacientes menores de 20 años, y puede asociarse a vitiligo, liquen plano, morfea, liquen escleroso, LES, tiroiditis de Hashimoto, escleroderma, colitis ulcerativa y diabetes mellitus tipo I. ⁽⁵⁾

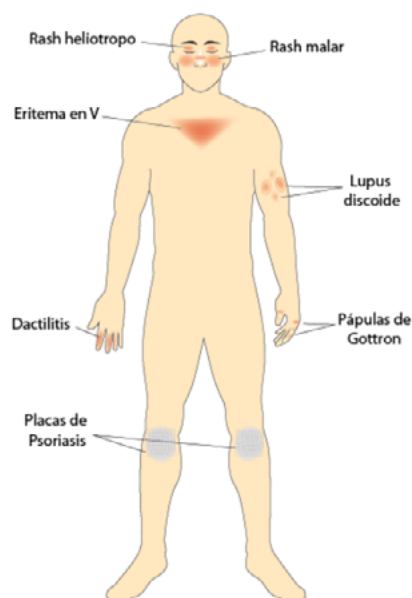


Ilustración 1.

Distribución anatómica de las manifestaciones cutáneas de las enfermedades reumáticas más comunes. Fuente: Dibujo original Masís R, 2019.

B. Dermatomiositis

La dermatomiositis es parte de un grupo heterogéneo de enfermedades inflamatorias multisistémicas que afecta principalmente músculo y piel, que puede estar asociado a malignidad en algunas ocasiones. ^(1,6) Entre las principales características cutáneas se encuentran:

- *Pápulas de Gottron*: son pápulas violáceas localizadas en las superficies extensoras interfalángicas, se consideran patognomónicas de la enfermedad. ^(1,6)
- *Rash heliotropo*: es otro signo patognomónico, se puede observar eritema violáceo de los párpados superiores, que puede ser seguido de atrofia o despigmentación. ⁽¹⁾
- *Manos de mecánico*: son la descripción de pápulas hiperqueratósicas descamativas asociadas a fisuras lineales e hiperpigmentación de la porción lateral de los dedos. ^(1,6)
- *Calcinosis cutis*: corresponde a una calcificación distrófica dolorosa de la piel, acompañada de livedo reticularis y microinfartos digitales. ⁽¹⁾

C. Esclerosis Cutánea

La esclerosis cutánea es un término que se utiliza para describir las enfermedades con engrosamiento y rigidez de la piel, llevando a una apariencia similar al cuero, es importante reconocer las características de dos entidades reumáticas que afectan de esta manera el organismo. ⁽¹⁾

Morfea: corresponde a una enfermedad inflamatoria idiopática limitada a la piel y el tejido subcutáneo. Cursa con pérdida de faneras como folículos pilosos y glándulas sudoríparas. ⁽¹⁾

Esclerosis sistémica: la afectación cutánea se extiende más allá de los codos, afectado también cara y tronco. Suele acompañarse de esclerodactilia, piel brillante y tensa. Puede observarse un patrón de “sal y pimienta” debido a los cambios de coloración cutáneos. ⁽¹⁾

D. Psoriasis

La psoriasis es una enfermedad caracterizada por pápulas y placas hiperqueratósicas que afectan comúnmente codos, rodillas, pliegue glúteo y cuero cabelludo, se relaciona con múltiples condiciones coexistentes, puede observarse dactilitis en 40-50% de los pacientes, entesitis de 30-50% y artritis hasta en 30% de los casos. ^(3,7)

3. Síntomas constitucionales

Los síntomas tales como fiebre, fatiga, sudoración nocturna y pérdida de peso, suelen ser inespecíficos, pero pueden orientar hacia una patología reumática. El proceso inflamatorio sistémico producto de estas enfermedades, se ha relacionado con la aparición de los síntomas. ⁽¹⁾

Entre las patologías que más comúnmente se asocian a fiebre en el adulto se encuentran la Enfermedad de Still del adulto y la arteritis de la temporal; sin embargo, no debe pasarse por alto patologías como LES, vasculitis, artritis reumatoide, espondiloartropatías y procesos infecciosos de fondo. ⁽¹⁾

A pesar de que los síntomas constitucionales suelen tener poca especificidad para estas enfermedades, el médico debe ser capaz de reconocer patrones de riesgo como la fiebre matutina, fiebre de aparición en el adulto joven o maduro, o síntomas asociados patología sistémica, como descrito anteriormente. ^(1,2)

4. Alteraciones oculares

La patología inflamatoria ocular es una manifestación extraarticular frecuente de los pacientes con enfermedad reumática y corresponde a una de las principales causas de pérdida de agudeza visual y de morbilidad ocular. Las dos entidades más frecuentes son la uveítis y la epiescleritis. ⁽⁸⁾

La uveítis se refiere a la inflamación de las estructuras intraoculares, inicia en el tracto uveal pero las estructuras adyacentes como retina, vítreo o papila pueden verse afectadas. La uveítis anterior es la forma de presentación más frecuente. En cuanto al diagnóstico diferencial de enfermedades autoinmunes que presentan uveítis como parte de su cuadro clínico son las espondiloartropatías, vasculitis, sarcoidosis y lupus eritematoso sistémico. ⁽⁸⁾

La uveítis anterior se presenta usualmente como ataques súbitos y unilaterales de dolor e hiperemia ocular acompañados de fotofobia y alteración de la agudeza visual. ⁽⁹⁾

La escleritis es una vasculitis de los vasos de la esclera, se manifiesta como edema e inflamación de la esclera. Los principales síntomas son dolor y enrojecimiento en uno de los cuadrantes del ojo. Por otra parte, la epiescleritis representa una afectación más superficial y leve que la escleritis. Ambas patologías oculares son frecuentes en la artritis reumatoide. ⁽¹⁰⁾

La queratoconjuntivitis seca es la manifestación ocular más frecuente en la artritis reumatoide y se caracteriza por irritación, escozor, sensación de cuerpo extraño y fotofobia que empeoran sobre todo en ambientes secos y al final del día.⁽¹⁰⁾

5. Manifestaciones vasculares

El fenómeno de Raynaud es una alteración vascular frecuente de las enfermedades reumáticas y corresponde a episodios de vasoconstricción reversible de los capilares de los dedos de las manos y de los pies, punta de la nariz y lóbulos de las orejas. Los principales desencadenantes de la vasoconstricción son la exposición al frío, estrés emocional y vibración. Las manifestaciones clínicas de este fenómeno corresponden a palidez inicial debido la vasoconstricción, seguido de cianosis de duración variable por la isquemia tisular producida y finalmente hiperemia que corresponde a la reperfusión tisular. El fenómeno de Raynaud se clasifica como primario cuando no se logra diagnosticar ninguna enfermedad como causa de este y secundario al que acompaña a las enfermedades reumáticas sistémicas como esclerodermia, lupus eritematoso sistémico, Sjögren y enfermedad mixta del tejido conectivo.^(11,12)

Otra manifestación vascular de las enfermedades reumáticas es el livedo reticularis el cual se manifiesta como un patrón moteado reticular sobre porciones de la piel de extremidades y tronco, este es frecuente en vasculitis como panarteritis nodosa y es una manifestación no trombótica del síndrome antifosfolípido.⁽⁸⁾

Conclusiones

El diagnóstico de la enfermedad reumática puede resultar difícil para el médico de primer nivel debido a que los síntomas suelen ser inespecíficos, sin embargo, poniendo atención en los puntos clave anteriormente descritos se puede realizar una aproximación diagnóstica adecuada que pueda llevar a una referencia temprana y a un manejo adecuado del paciente con enfermedades reumáticas sistémicas.

Bibliografía

1. Ventura I Reid P Jan R. Approach to Patients with Suspected Rheumatic Disease. *Prim Care Clin Office Pract.* 2018; (45) 169–180.
2. Hicks J Sutin J. Rehabilitation in Joint and Connective Tissue Diseases. 2. Approach to the Diagnosis of Rheumatic Diseases. *Arch Phys Med Rehabil.* 1988; (69) 78-83.
3. Kasper D Fauci A Hauser S Longo D Jameson J Loscalzo J. Approach to Articular and Musculoskeletal Disorders en *Harrison's Principles of Internal Medicine.* 19th Ed. New York: Mc Graw Hill education. 2015; (393): 2216-2218.
4. Avilés E Acuña J. Artritis Séptica. *Gaceta Médica de Costa Rica.* 2007; (9) 50-56.
5. Thomas E Kadyan R. Alopecia areata and autoimmunity: a clinical study. *Indian J Dermatol.* 2008; 53(2) 70.
6. Dalakas M. Inflammatory Muscle Diseases. *N Engl J Med.* 2015; 372(18): 1734-1736.
7. Ritchlin C Colbert R Gladman D. Psoriatic Arthritis. *N Engl J Med.* 2017; 376(10): 957-960.
8. Rúa-Figueroa I Calvo J Cuadrado M, et al. Manual SER de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas. 1ra Ed. Sociedad Española de Reumatología. Elsevier España 2014; 8: 51-56, 452.
9. Taurog J Chhabra A Colbert R. Ankylosing Spondylitis and Axial Spondyloarthritis. *N Engl J Med.* 2016; 374:2563-2574.
10. Benitez J Díaz D Pato E López C Alejandro N. Enfermedades articulares y uveítis. *Anales Sis San Navarra.* 2008; 31(3).
11. Wigley F Flavahan N. Raynaud's Phenomenom. *N Engl J Med.* 2016; 375: 556-565.
12. Kasper D Fauci A Hauser S Longo D Jameson J Loscalzo J. Systemic Sclerosis and Related Disorders en *Harrison's Principles of Internal Medicine.* 19th Ed. New York: Mc Graw Hill education.2015; (382): 2159.