

¿Artritis o artrosis?

Reinaldo R. Acosta Hernández

Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Reumatología. Servicio de Medicina Interna. Sección de Reumatología del Hospital Clínicoquirúrgico Universitario "Cmdte. Manuel Fajardo", La Habana, Cuba.

Cuando se es, o uno ha ejercido como médico general integral, se es capaz de darse cuenta con facilidad de lo frecuente que resultan los llamados reumatismos en nuestras consultas diarias, pero si se ha tenido la oportunidad de hacer reumatología, entonces uno empieza a cuestionarse lo mal que ha enfocado casos con este tipo de enfermedades, y el desconocimiento que existe en la actualidad de esta especialidad.

Algunas veces, nuestros compañeros de Medicina General Integral (MGI) me envían algún caso a la consulta con una impresión diagnóstica de *artralgias*, por no haber podido llegar a un diagnóstico, o simplemente por no poder clasificar qué tipo de afección articular pudiera presentar su paciente. El término *artralgia* no define ninguna enfermedad, sino solo un síntoma generado por muchísimas enfermedades, que sin exagerar, van desde una virosis hasta una enfermedad del colágeno.

No siempre se puede llegar a un diagnóstico de inicio en nuestra especialidad, pero muchas veces no llegar a hacerlo pudiera estar generado por lo poco que se habla durante el transcurso de nuestros estudios sobre estas enfermedades, en comparación con otras materias como la pediatría, la ginecoobstetricia y la cirugía; o también porque en el transcurso de las rotaciones por medicina interna, madre de la reumatología y de donde han surgido los más prestigiosos de nuestros especialistas, se le brinda más importancia a las afecciones coronarias, la hipertensión arterial o las afecciones del aparato digestivo, por citar algunos ejemplos, y se deja de lado no solo el conocimiento de enfermedades muy frecuentes en nuestra población y que tanto invalidan en ocasiones hasta personas relativamente jóvenes en plena capacidad para laboral, sino que tampoco se ofrecen los conocimientos necesarios para poder diferenciar los procesos degenerativos de los procesos inflamatorios. Por ello es que titulamos este editorial con los términos artritis o artrosis entre signos de interrogación.

Los conocimientos de propedéutica clínica nos hacen suficientemente capaces de discernir si lo que tanto molesta a nuestro paciente es una osteoartritis o una artritis de otra etiología, o si por el contrario, su padecimiento no se puede encuadrar dentro de este tipo de afecciones y pudiera obedecer a trastornos puramente psíquicos o de otra índole.

Tratando de brindarles una pequeña ayuda a ustedes, los Médicos de Familia, de los cuales con orgullo provengo, es que les comento la manera en que aplico lo que me

han enseñado mis profesores, y lo que he ido estudiando a medida que he ido practicando la reumatología.

Primero que todo, cuando la persona que acude a consulta aquejando una *artralgia* es joven, es decir, tiene menos de 30 años, en lo primero que pienso es en una enfermedad que no debe tener relación con un proceso degenerativo u osteoartritis, pues como se sabe, este tipo de enfermedad es más frecuente, por lo general, en edades más avanzadas de la vida, pero es preciso recordar que hay enfermos y no enfermedades. Profundizando en el interrogatorio, otro elemento importante es conocer qué labor realiza y cómo, pues hay afecciones que van a estar íntimamente relacionadas con determinadas trabajos, como por ejemplo, la osteoartritis erosiva de las manos, bastante precoz en las secretarías o trabajadores de oficina; o el caso de una molestia en la columna cervical o dorsal, que por lo general padecemos los profesionales por las estancias prolongadas con el cuello en flexión para realizar nuestras labores. Los deportistas o los trabajadores que realizan esfuerzos intensos durante sus jornadas de trabajo son más propensos a sufrir trastornos mecánicos, como lesiones en articulaciones que soportan cargas como la columna lumbosacra, las rodillas o las caderas, y dentro de estas, el simple esguince lumbar, las lesiones de los meniscos, de las rodillas o la coxartrosis.

En el caso de las manos son un libro abierto hasta para el menos experimentado de los médicos, siendo, no solamente la carta de presentación en la artritis reumatoide (AR), diría que ellas son un juego de naipes, que bien inspeccionadas y/o examinadas, son capaces de esclarecernos muchas dudas diagnósticas, y llevarnos por lo menos a tener un diagnóstico presuntivo mucho más fino o específico.

Si el médico es capaz de analizar qué tipo de articulaciones son las que se encuentran afectadas en ellas, podrá orientarse mejor a la hora de realizar un diagnóstico diferencial. La artrosis (OA) es un proceso degenerativo del cartilago articular, que cuando toma las manos, afecta con mayor frecuencia las articulaciones interfalángicas distales (IFD), y produce a este nivel los llamados nódulos de Heberden. Se pueden afectar también las articulaciones interfalángicas proximales (IFP), y a medida que progresa su degeneración, van tornándose más gruesas para conformar los llamados nódulos de Bouchard. En algunas ocasiones podremos ver afectada también la primera articulación carpo-metacarpiana, afección conocida como rizartritis del pulgar, y que nos va a limitar, sobre todo, la abducción del primer artejo.

En el caso de las artritis, estas pueden ser procesos inflamatorios poliarticulares, oligoarticulares o monoarticulares y que con mucha frecuencia toman las articulaciones de las manos; pero a diferencia del primer cuadro descrito, por lo general las IFD no vamos a encontrarlas afectadas, a no ser, por ejemplo, en la artropatía psoriásica, en la que se produce un proceso inflamatorio, ya no tan banal como en la OA, y que en ocasiones va asociado a lesiones unguales características.

La AR lesiona más las articulaciones IFP y a las metacarpofalángicas (MCF), hasta ahora no mencionadas e indemnes en la OA, y son las más afectadas las MCF 2da y 3ra, y tornándose más pronunciadas a la inspección y dolorosas a la simple presión.

No podemos olvidar las articulaciones de las muñecas, que en este tipo de enfermedad inflamatoria son asiento de tumefacción severa que va a limitar la flexo extensión, y que en múltiples casos, se acompañan de inflamación de las vainas sinoviales, tanto de los extensores como de los flexores de dichas articulaciones. Esto no sucede en la OA y nos ayuda a diferenciarlas con mayor facilidad.

En el comienzo de una AR podemos ver lo que se ha tendido a llamar *dedos en salchicha* por afectación de las IFP, y dado por tumefacción y calor de dichas articulaciones, por supuesto, acompañado de limitación funcional acorde con el grado de inflamación articular, pero cuando se han sucedido varios procesos como el comentado y la toma articular es mayor, podemos encontrar lesiones de partes blandas de las manos, como los tendones extensores, que pueden ocasionarnos deformidades de los dedos, como la llamada *deformidad en cuello de cisne* y el *dedo en ojal* entre otras, claro está que esto no se produce en la OA. Sin embargo, los dedos en ella pueden adoptar la forma de una *serpiente* cuando se han lesionado tanto las IFD como las IFP, y se han deformado hasta curvarse lateralmente, y en sentido contrario una de otra. Podemos ver artritis de una articulación aislada de la mano, como por ejemplo, una IFP de cualquiera de los dedos, alteración que de antemano nos puede hacer pensar en una espondiloartropatía seronegativa, y dentro de ella, con gran frecuencia en nuestro medio, las artritis reactivas, por lo que además el paciente se queja de dolor y/o inflamación de alguna de las articulaciones de miembros inferiores. Hablando de estos, y sin llegar a atormentarnos en la OA, vamos a ver afectadas preferentemente, y además de las manos, la columna lumbar, las articulaciones grandes que soportan cargas como las caderas y las rodillas; y en el caso de la AR se afectan más la columna cervical, las rodillas, las caderas, los tobillos y los pies, para provocar un cuadro más severo e invalidante, que si no atendemos a tiempo, será capaz de ocasionar severa destrucción articular en corto tiempo, pues se habla de que el proceso destructivo articular en esta es más intenso en los primeros 2 años de su evolución.

Recordemos siempre que existen otras muchas características que pueden ayudarnos a diferenciar estas enfermedades desde el punto de vista articular, pero quiero dejar los últimos espacios para comentarles que, dejando fuera la OA, el resto de las enfermedades reumáticas sistémicas son enfermedades que generan lesiones en otros órganos, como son, los nódulos reumatoides en la AR seropositiva, la vasculopatía en algunos casos y afección muscular en otras, la toma de órganos mayores como el pulmón, el ojo y el hígado entre otros; además de mencionar que hay enfermedades reumáticas de origen metabólico como la gota, la enfermedad por depósito de cristales de pirofosfato de calcio dihidratado, o las conectivopatías como el lupus eritematoso sistémico, la esclerosis sistémica o las miopatías inflamatorias idiopáticas, que pueden ocasionarnos artritis o artralgias, y en las que no podemos dejar de pensar, e ir a buscar el resto de la sintomatología o signos que nos ayuden a conformar el diagnóstico en estos casos.

Claro está, que hasta para los más avezados, cuando a una persona que ya presenta una OA bien establecida se le superpone alguna de las enfermedades reumáticas de las comentadas, o esta última ha desencadenado un proceso degenerativo severo que puede tornar más difícil el camino hacia el diagnóstico, pero claro está, para algo están los exámenes complementarios, ¿verdad?

Recibido: 20 de mayo de 2008.

Aprobado: 21 de mayo de 2008.

Reinaldo R. Acosta Hernández. Hospital Clínicoquirúrgico Universitario "Cmde. Manuel Fajardo". Calle Zapata, esquina D, Vedado, municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: rey.acosta@infomed.sld.cu