



Atención Primaria

www.elsevier.es/ap



Diagnóstico. Historia y examen físico

Álvaro Pérez Martín

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, Miembro del Grupo Nacional de Enfermedades Reumatológicas de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, CS Centro, Santander, España

PALABRAS CLAVE

Artrosis;
Diagnóstico;
Examen físico

Resumen

El médico de familia tiene un papel clave en el diagnóstico y manejo del paciente artrósico. El diagnóstico es fundamentalmente clínico y radiológico, y se debe realizar una anamnesis completa junto con una exploración articular meticulosa. La anamnesis debe dirigirse a detectar la existencia de factores de riesgo y sintomatología clínica compatible. Debemos averiguar las características del dolor distinguiendo si es mecánico o inflamatorio y realizar una exploración exhaustiva articular valorando la existencia de dolor, deformidad, limitación de la movilidad, tanto activa como pasiva, crepitación, presencia de derrame articular e inflamación. El diagnóstico diferencial debe realizarse con todas las enfermedades que afecten a las articulaciones y/o produzcan rigidez en ellas.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Osteoarthritis;
Diagnosis;
Physical examination

Diagnosis. History and physical examination

Abstract

Family physicians play a key role in the diagnosis and management of patients with osteoarthritis. Diagnosis is mainly clinical and radiological. A complete history should be taken with meticulous physical examination of the joints. The history-taking should aim to detect risk factors and compatible clinical symptoms. Pain characteristics should be identified, distinguishing between mechanical and inflammatory pain, and an exhaustive examination of the joints should be performed, with evaluation of the presence of pain, deformity, mobility restrictions (both active and passive), crepitus, joint effusion, and inflammation. A differential diagnosis should be made with all diseases that affect the joints and/or produce joint stiffness.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Correo electrónico: alvaroperezma@yahoo.es

Puntos clave

- El diagnóstico de la artrosis es fundamentalmente clínico y radiológico.
- La realización de una buena orientación diagnóstica basada en la anamnesis y exploración física adecuadas produce un importante ahorro de tiempo y recursos.
- Debemos averiguar las características del dolor distinguiendo en especial el dolor mecánico del de tipo inflamatorio.
- Se debe realizar una exploración articular exhaustiva buscando la existencia de dolor, deformidad, limitación de la movilidad, crepitación, derrame articular o inflamación.

El diagnóstico de la artrosis es fundamentalmente clínico y radiológico, y no hay buena correlación entre la afectación radiológica y la intensidad del dolor, salvo en la cadera y la rodilla, que es algo mejor.

El médico de familia tiene un papel clave en la localización y diagnóstico de estos pacientes. En todo paciente con una sospecha de artrosis se debe realizar una anamnesis completa junto con una exploración articular meticulosa, ya que nos servirá tanto para tratar de diagnosticar la enfermedad como para ayudarnos a realizar un diagnóstico diferencial adecuado.

Debemos remarcar que los criterios del American College of Rheumatology sirven para clasificar la artrosis en diferentes localizaciones como la cadera, las rodillas y las manos, pero no para el diagnóstico de la enfermedad¹.

La realización de una buena orientación diagnóstica basada en la anamnesis y exploración física adecuadas produce un ahorro muy importante, tanto de pruebas de imagen como de laboratorio, siendo este beneficio no solo económico, sino que también evita molestias y radiaciones innecesarias a los pacientes.

La *anamnesis* debe dirigirse a detectar la existencia de factores de riesgo (tabla 1) y la presencia de sintomatología clínica compatible con la enfermedad.

Debemos averiguar las características del dolor distinguiendo si es mecánico o inflamatorio (tabla 2). El dolor de origen artrósico es de características mecánicas, suele comenzar con el inicio del movimiento y mejorar con el reposo, además es de larga evolución, cursando en brotes, no suele presentar antecedente traumático y cuando hay rigidez matutina esta dura menos de 30 min. No suele presentar dolor nocturno y, si lo hace, generalmente está relacionado con brotes inflamatorios de la articulación o con artrosis avanzada.

También interrogaremos sobre la presencia de dolor asociado a clínica compatible con la artrosis (deformidad, rigidez, etc.) en las diferentes localizaciones.

En estos pacientes, además de la *exploración física* habitual, debemos ser exhaustivos y realizar una completa exploración articular. Hay que valorar la existencia de dolor, deformidad, limitación de la movilidad, crepitación, presencia de derrame articular e inflamación en cada articulación sugestiva de presentar artrosis. En fases avanzadas de la

Tabla 1 Factores de riesgo relacionados con la artrosis

Modificables	Obesidad Traumatismos Actividad laboral o deportiva intensa
No modificables	Edad Sexo femenino (> 50 años) Raza (menor en negros) Genética Menopausia (principalmente rodilla)

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 • Poro 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 deambulación • Empeora con el reposo • Dolor nocturno • Inicio insidioso • Afectación del estado general • Rigidez matinal de más de 30 min

enfermedad podemos apreciar, en ocasiones, subluxaciones articulares que dificultan aún más la movilidad.

Puede afectarse cualquier articulación, aunque las más frecuentes son la rodilla, las manos y la cadera.

Debemos valorar tanto la movilidad activa como la pasiva. La limitación de la movilidad puede deberse tanto a la existencia de osteofitos como a alteraciones de la superficie o de la cápsula articular o a contracturas de la musculatura cercana.

En la rodilla puede aparecer dolor con la flexoextensión y, en fases avanzadas, limitación de la flexión o deformidades en varo o valgo; también podemos encontrar crepitación femoropatelar.

Inicialmente, en la cadera suele haber limitación de la rotación interna y, más tardíamente, de la rotación externa y de la flexoextensión.

En las manos podemos encontrar los nódulos de Bouchard en las articulaciones interfalángicas proximales y de Heberden en las interfalángicas distales, al igual que quistes subcutáneos con un material viscoso.

Si la artrosis está muy avanzada puede ocasionar atrofia de grupos musculares adyacentes a la articulación, como pasa en la rodilla, que en ocasiones produce atrofia del cuádriceps.

Es importante recordar que no hay ninguna prueba de laboratorio específica para su diagnóstico (pueden estar elevados marcadores inespecíficos de actividad como la velocidad de sedimentación globular o la proteína C reactiva), por lo que es muy importante realizar la anamnesis y la exploración física de manera rigurosa, pues serán la base para el diagnóstico junto con la radiografía.

Tabla 3 Diagnóstico diferencial a realizar en la artrosis

- Artritis reumatoide
- Lupus eritematoso sistémico
- Espondiloartritis
- Polimialgia reumática
- Gota
- Condrocálcinosis
- Necrosis aséptica femoral
- Bursitis
- Tendinitis
- Hiperostosis vertebral
- Infección articular

El *diagnóstico diferencial* debe realizarse con todas las enfermedades que afecten a las articulaciones y/o produzcan

rigidez en ellas; debemos basarnos en el patrón del dolor, la exploración y en el resto de pruebas, principalmente radiográficas. La tabla 3 recoge las principales enfermedades que deben descartarse.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Miguel Mendieta E. Artrosis. Manifestaciones clínicas, diagnóstico y pronóstico. En: Blanco García F, editor. Manual SER de las Enfermedades Reumáticas. 4.ª ed. Madrid: Sociedad Española de Reumatología, Ed Panamericana; 2004.