

Exploración reumatológica en Atención Primaria

J. Timoner Aguilera

Médico de Familia. EAP Estrecho de Corea II. Área IV. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Explorar el sistema musculoesquelético es fundamental ante cualquier sospecha de patología reumatológica, el envejecimiento de la población está provocando un aumento de la incidencia de este tipo de enfermedades lo que nos lleva a considerar cada vez más imprescindible una correcta exploración de articulaciones, huesos y musculatura.

EQUIPO NECESARIO

Para esta exploración necesitaremos: lápiz o bolígrafo para marcar la piel, goniómetro, cinta métrica y martillo de reflejos.

CONSIDERACIONES GENERALES

La exploración se realiza desde el primer momento en que se observa al paciente entrar por la puerta de la consulta, la forma de andar, la postura en bipedestación y en sedestación, la dificultad o agilidad en los movimientos, fasciculaciones o hipertrofias, deformidades anatómicas, etc. (fig. 1).

INSPECCIÓN

Es importante la observación del paciente, se recomienda que esté de pie dando la espalda al profesional.

La posición que se recomienda al paciente es mantenerse relajado, con ambas extremidades colgando a ambos lados, los pies separados a unos 10 cm, y la mirada al frente.

El explorador se sitúa a unos 50 cm, del paciente, se observa inicialmente los hombros del sujeto, si están a la misma altura y la posición de los omoplatos.

Se observa, situando las manos encima de la cresta ilíaca del paciente si están a la misma altura (valorar una extremidad más corta que otra).

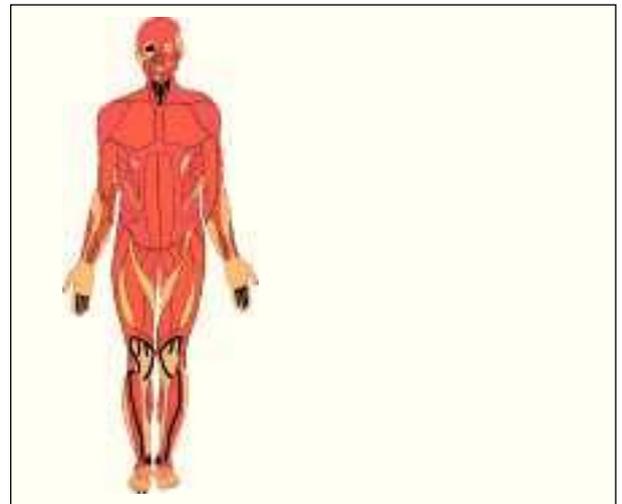


Figura 1. Aparato musculoesquelético.

Observar lesiones hiperpigmentadas, “manchas café con leche”, hipertrichosis o presencia de tumores pedunculares.

Valorar las curvaturas en el eje anteroposterior, observar el tipo de cifosis: anormal, normal, su extensión, (pequeña, mediana, total). La exploración se realiza a partir de C7, vértice de la cifosis, cuya apófisis espinosa es prominente. En la región lumbar pueden orientarnos la presencia de surcos y la lordosis, tanto por su rectificación como por su aumento.

La cifosis es frecuente en adultos ancianos y la lordosis en embarazadas y personas muy obesas.

Respecto a las incurvaciones laterales hay que tener en cuenta las actitudes antiálgicas, con desviación de todo el tronco hacia un lado y las escoliosis o incurvaciones de la columna a través de su eje vertical.

Las curvaturas cervical y lumbar deben ser cóncavas, mientras que la de la columna dorsal será convexa (fig. 2).

PALPACIÓN

Nos interesa detectar los puntos dolorosos y el estado de la musculatura, así como la presencia de alteraciones morfológicas.

Correspondencia:
J. Timoner Aguilera
C/ Santa Juliana 16, 2C.
28039 Madrid.
Correo electrónico: timoner@wanadoo.es

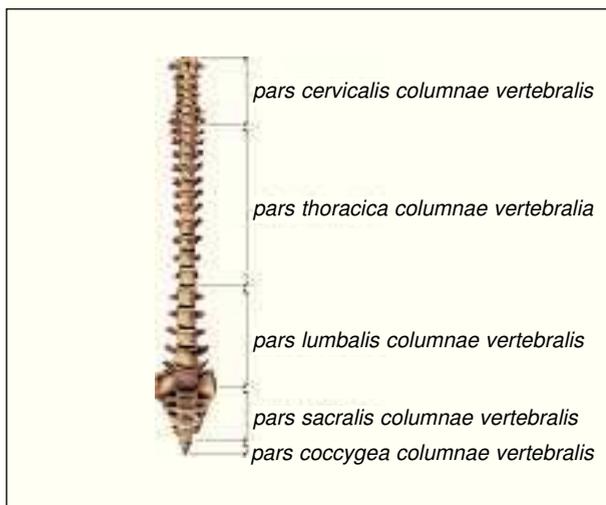


Figura 2. Curvatura fisiológica del esqueleto axial.

Articulación temporomandibular

Localizaremos nuestros dedos inmediatamente por delante de los tragos del paciente y le pediremos que abra la boca, deslizando nuestros dedos al espacio articular, la existencia de dolor o crepitación es patológico, la existencia de un clic o de crujido se encuentra dentro de la normalidad en la mayoría de los casos.

Columna cervical

Encontraremos una columna cervical recta con la cabeza erguida y correctamente alineada, debemos tener en cuenta cualquier prominencia o desplazamiento, no deben existir pliegues cutáneos.

La mejor manera de explorar al paciente es en decúbito supino con la cabeza “fuera de la camilla” sujetándola el explorador.

Debemos tener en cuenta que estados de ansiedad, estrés y sobrecarga pueden provocar contracturas dolorosas de la musculatura cervical.

Palparemos la parte posterior del cuello, la columna cervical y los músculos paravertebrales, trapecio y el esternocleidomastoideo.

Los músculos deben estar tonificados, no ser dolorosos y ser simétricos a ambos lados.

Hombro

Si el contorno de los hombros es asimétrico y aparece un hueco entre ellos se sospecha una luxación de hombro, y hay que valorar una posible escápula alada (lesión del nervio serrato mayor).

Palparemos la articulación esternoclavicular y la acromioclavicular, omoplatos, apófisis coracoides, trocánter mayor del húmero, y el surco del húmero y del bíceps.

Codo

Flexionaremos el codo del paciente unos 70 grados, palpando la superficie extensora del cúbito (si existieran nódulos subcutáneos en los puntos de presión puede indicar

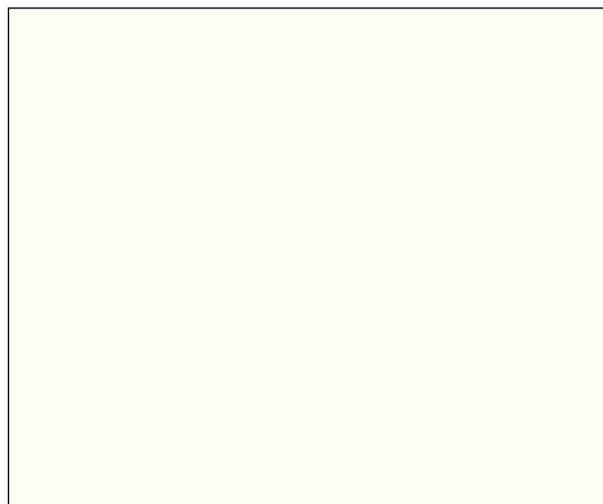


Figura 3. Articulación del codo.

una artritis reumatoide), el olécranon y los epicóndilos lateral y medial.

El dolor localizado en el epicóndilo puede ser manifestación de una epicondilitis aguda.

Hay que palpar el surco a cada lado del olécranon para ver si es doloroso o existe alguna tumefacción (fig. 3).

Manos y muñecas

En la palpación normal observamos en la superficie palmar de cada mano una depresión central, con un montículo redondeado al lado del dedo pulgar, eminencia tenar y uno menos prominente en el lado del quinto dedo, eminencia hipotenar. Los dedos se deben extender totalmente unos con otros y alineados con el antebrazo; la desviación hacia el lado cubital y el cuello de cisne o las deformidades tipo ojal de los dedos suelen indicar artritis reumatoide.

Hay que palpar todas las articulaciones, las interfalángicas se palpan con el índice y el pulgar del explorador y las metacarpofalángicas con ambos pulgares.

Palpar el surco radiocarpiano (fig. 4).

Las superficies articulares son lisas, sin nódulos ni dolor. Una masa dura sobre el dorso de la muñeca puede ser un ganglión.



Figura 4. Desviación cuello de cisne en las articulaciones interfalángicas distales.

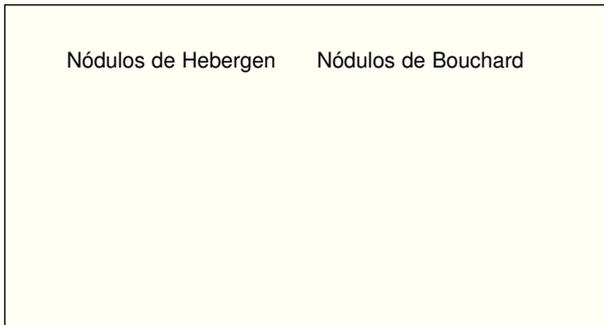


Figura 5. Lesiones típicas de osteoartritis.

Las excrescencias óseas en articulaciones interfalángicas distales son nódulos duros y no dolorosos que se pueden asociar a una osteoartritis, en las distales se llaman *nódulos de Heberden* y en las proximales, *nódulos de Bouchard*.

Si existe tumefacción en las articulaciones interfalángicas proximales (*nódulos de Haygarth*) puede corresponder con una fase aguda de la artritis reumatoide (fig. 5).

Signo de túnel positivo

Al golpear con el dedo índice, el nervio mediano a su paso por el túnel carpiano, bajo el retináculo flexor y el ligamento palmar carpiano, una sensación de hormigueo que se irradia a la mano se suele asociar con un síndrome del túnel carpiano.

Columna dorsal

La exploración se realiza con el paciente en decúbito prono, iremos palpando las apófisis espinosas y los músculos paravertebrales, a su vez percutiremos cada apófisis con el dedo y a cada lado de la columna con el puño. Este tipo de exploración no debe ser dolorosa.

Con el paciente de pie le pediremos que intente doblarse hasta tocarse los pies con las puntas de los dedos, palpando nuevas curvaturas laterales o de una costilla sobresaliente, sospechoso de una escoliosis. La curvatura lumbar cóncava se convierte en convexa al flexionarse hacia delante (fig. 6).

Columna lumbar

Se realiza en decubito prono, se palpan de nuevo todas las apófisis espinosas, se valoran los puntos dolorosos o la existencia de un “escalón”, espondilolistesis, o un hueco, defecto de una hipófisis, tumor, traumatismo (marcar con un lápiz el lugar, para una mejor localización de la lesión) (fig. 7).

Rodilla

Se valorará en flexión y en extensión la tuberosidad tibial, cóndilos tibiales medial y lateral, epicóndilos medial y lateral del fémur, tubérculo aductor del fémur y la rótula.

Hay que palpar el hueco popliteo, el espacio articular tibiofemorar, identificando a la rótula, la bolsa suprarrotuliana y la almohadilla grasa infrarrotuliana. No deben existir empastamientos de la articulación, ni crepitación o dolor.

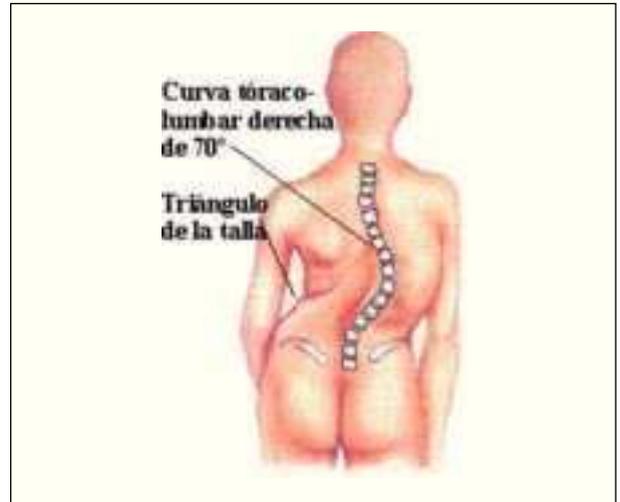


Figura 6. Escoliosis (I).

Es muy importante la palpación pues indica la presencia de derrame articular, sinovitis y aumento de calor.

La presencia de derrame se detecta presionando externamente la rótula hacia el fémur, apareciendo un aumento de presión del líquido que se percibe en los dedos colocados en los recesos suprapatelares.

Pies y tobillo

Valorar la existencia de cuernos y callos indican presión crónica e irritación.

Los dedos hacia dentro, pie varo o los dedos hacia fuera, pie valgo, son alteraciones de la alineación.

Lo normal es que el pie presente un arco longitudinal, aunque se aplane con el peso, las variantes más comunes son el pie plano y el pie cavo con un arco importante y muy doloroso (tabla 1).

El calor, rubor y tumefacción de la articulación metatarsal-falángica del dedo gordo debe ser sospecha de artritis gotosa.

Hay que palpar el tendón de Aquiles y la superficie anterior del tobillo.

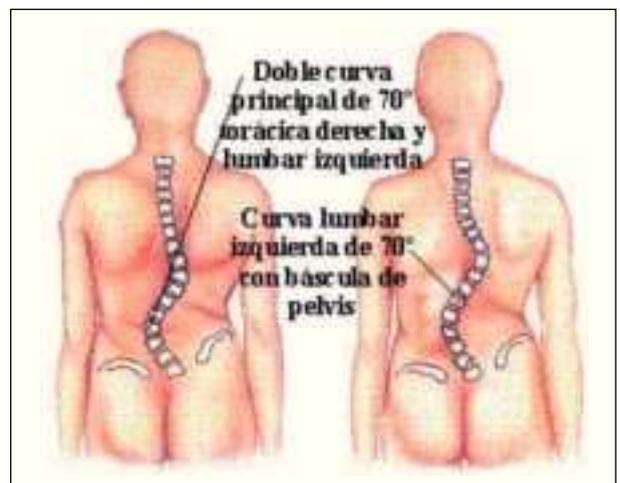


Figura 7. Escoliosis (II).

TABLA 1. Patologías frecuentes a tener en cuenta en la palpación de pies y tobillos**Dedo en martillo**

Hiperextensión de la articulación metatarsofalángica con flexión de la articulación proximal del dedo

Dedo de garra

Hiperextensión de la articulación metatarsofalángica con flexión de la articulación proximal y distal del dedo

Hallux valgus

Desviación lateral del dedo gordo que puede montarse sobre el segundo

ARCOS DE MOVIMIENTO

Los *arcos de movimiento* se deben explorar de forma activa y pasiva, la amplitud de los movimiento debe ser similar en ambos miembros.

La exploración se inicia con la articulación totalmente extendida o en posición neutral flexionándola todo lo que se pueda. Mediremos el ángulo en máxima flexión y en máxima extensión con el goniómetro.

Debemos evaluar el *arco doloroso* que nos indica que una estructura blanda ha quedado aprisionada entre dos superficies óseas. Es el dolor que aparece en la mitad del camino de la amplitud articular, dejando parte de la exploración indolora. Puede aparecer desde el principio hasta el final o hasta un cierto grado y luego desaparecer.

Para identificar la causa de una limitación en la movilidad articular hay que explorar movimientos resistidos. Si la potencia muscular es normal y no existe dolor, la limitación del movimiento se relaciona con la estructura articular.

Hay que explorar la limitación del movimiento distinguiendo entre lesión activa o lesión extraarticular:

- 1) Si el dolor aparece antes que la limitación, es una lesión activa o de origen extraarticular.
- 2) Si existe dolor y limitación al mismo tiempo, es de origen capsular.
- 3) Si el tope es anterior al dolor, en general, es de origen extraarticular.

Articulación temporomandibular

Hay que valorar la apertura de la boca, unos 3-6 cm entre ambas arcadas.

Mover lateralmente la mandíbula con un desplazamiento de uno o dos centímetros.

Protruir y retraer la mandíbula.

Columna cervical

Se aconseja que el paciente se sienta en la camilla con las piernas colgando.

La exploración de los movimientos se realiza en cuatro fases:

- 1) Bajar la cabeza hasta el manubrio esternal, sin abrir la boca. Flexión esperada: 45 grados.
- 2) Extender la cabeza hacia atrás, dirigiendo la nariz hacia el techo. Hiperextensión esperada: 45 grados.
- 3) Desplazar la cabeza hacia cada hombro (oreja-hombro). Flexión lateral esperada: 40 grados. Si estos movimientos están limitados se relaciona con artrosis.

4) Girar la cabeza hacia cada lado. Rotación esperada: 70 grados. La alteración en este tipo de movimiento puede relacionarse con patología atloidoaxoidea.

La limitación de los movimientos cervicales sin dolor implica una hipersostosis y si existiera dolor hablaríamos de una espondiloartritis (fig. 8).

Existe una patología de la columna cervical donde una correcta exploración puede darnos el diagnóstico: *neuralgia cervicobraquial*.

La neuralgia cervicobraquial es un dolor en el plexo braquial. Aparece ante la intrusión del espacio entre el cuerpo vertebral, los pedículos y las apófisis espinosas de una masa. Provoca dolor cuya irradiación corresponde a la zona de inervación sensitiva.

Las pruebas exploratorias más importantes son:

1) *Prueba de Valsalva*: se realiza una inspiración forzada aumentando la presión intraabdominal, con ello se aumenta la presión intratecal y por tanto el dolor irradiado cuando es de origen radicular o secundario a la ocupación del conducto raquídeo.

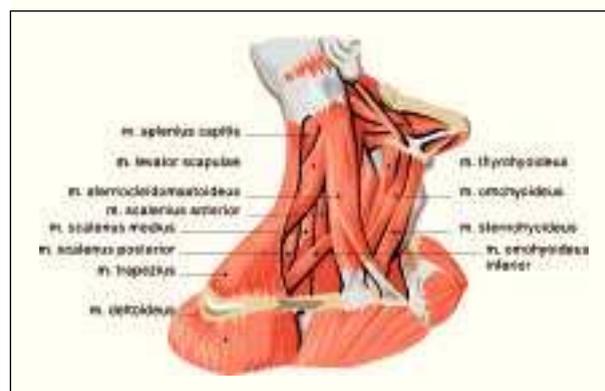
2) *Prueba de Naffziger-Jones*: se comprimen las venas yugulares y se aumenta la presión intratecal, aumentando el dolor de origen radicular.

3) *Prueba de Spurling*. Se ejerce presión con la manos del explorador sobre la cabeza del paciente en dirección craneocaudal, con ligera inclinación sobre el lado afecto, aumentando el dolor en el lado afecto y disminuyéndolo con la maniobra inversa.

Hombro

Hay que explorar la amplitud de los movimientos pidiendo al paciente que realice los siguientes ejercicios:

- 1) Encogerse de hombros. Ambos se deben elevar de forma simétrica.
- 2) Extender hacia atrás ambos miembros superiores. Hiperextensión de unos 50 grados.
- 3) Levantar ambos miembros superiores paralelamente por encima de la cabeza. Abducción de 180 grados.
- 4) Girar el brazo por encima delante del cuerpo. Abducción de unos 50 grados.
- 5) Colocar ambos brazos por detrás de las caderas. Rotación interna de unos 90 grados.

**Figura 8. Musculatura cervical. m: músculo.**

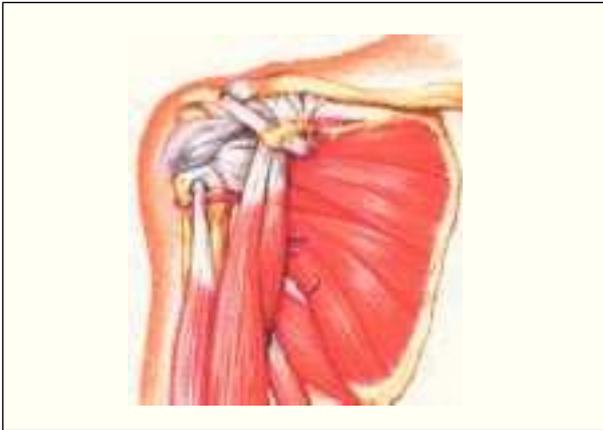


Figura 9. Hombro. Inserciones musculares.

6) Colocar los brazos por detrás de la cabeza, con los codos hacia fuera. Rotación externa 90 grados (fig. 9).

Prueba de Yergason: la realización de una supinación forzada contra resistencia desencadenará dolor en la cordera bicipital, en los casos de patología del tendón de la porción larga del bíceps.

La presencia de dolor en la abducción forzada del brazo hacia el lado sano indica patología articular.

El dolor con la abducción activa del hombro puede orientar al clínico sobre la causa:

- 1) Entre 30 y 120 grados, síndrome del supraespinoso.
- 2) Entre 140 y 180 grados, artrosis glenohumeral.

Codo

Movimientos a explorar:

- 1) Doblar y estirar el codo. La flexión será de 160 grados y la extensión completa de 180 grados.
- 2) Manteniendo el codo flexionado en ángulo recto, giramos la mano desde palma abajo hasta palma arriba. Pronación de 90 grados y supinación de 90 grados.

Muñeca y manos

Examinar los movimientos.

- 1) Flexionar los dedos sobre articulaciones metacarpo-falángicas. La flexión debe ser de 90 grados.
- 2) Extender los dedos. Hiperextensión máxima de 20 grados.
- 3) Separar los dedos y ponerlos juntos.
- 4) Tocar con el pulgar la punta de cada uno de los restantes dedos y la base del quinto dedo.
- 5) Doblar la mano por la muñeca, arriba y abajo. Flexión de 90 grados e hiperextensión de 70 grados.
- 6) Con la palma hacia abajo, mover cada mano a derecha y a izquierda. El movimiento radial debe ser de 20 grados y el cubital de 55 grados.

Columna lumbar

Se pide al enfermo, situado en bipedestación y con los pies juntos, que intente sin doblar las rodillas inclinarse hacia delante, este movimiento se realiza gracias a las articulaciones coxofemorales, por ello no es muy valorable para el

estudio de la flexión lumbar. En las personas sanas la lordosis lumbar llega a transformarse en una cifosis.

Prueba de Shöber

Se pinta una señal a la altura de la apófisis de L5 y otra 10 cm más arriba. Se pide al paciente que se flexione y se mide la nueva distancia entre las dos señales. En pacientes sanos debe ser mayor de 3 cm.

La extensión es difícil de valorar, debe ser de unos 30 grados.

En los movimientos laterales, la línea de las espinosas descubre un arco circular de unos 40-50 grados. En estos movimientos no participan las caderas.

Prueba de springing test

La presión digital sobre las apófisis espinosas orienta sobre la localización de la lesión lumbar y sobre posibles alteraciones de la elasticidad en la zona.

Prueba de hiperextensión

La hiperextensión activa dolorosa es indicativa de un síndrome lumbar o una disfunción segmentaria de la columna lumbar.

La hiperextensión pasiva dolorosa y limitada orienta hacia una enfermedad degenerativa lumbar o hacia un espasmo muscular lumbar.

Maniobras de exploración de la ciática

Maniobra de Laségue. El paciente en decúbito supino, se levanta la extremidad del lado afectado cogiéndola por el talón. Se considera positiva si en algún momento de la maniobra se reproduce el dolor. Si se alcanzan los 700 grados antes de que se produzca dolor, el signo es dudoso. El dolor debe producirse en la nalga o en la región lumbar sino no es valorable.

Si esta maniobra realizada en el lado contrario reproduce dolor en el lado afecto, es un signo que sugiere hernia discal por dentro de la raíz (Lasegue contralateral).

Un aumento de la ciatalgia al levantar la cabeza (*signo de Kernig*) y/o realizar una flexión dorsal pasiva del dedo gordo (*signo de Turyn*) son también indicadores adicionales de irritación ciática.

Maniobra de Bragard. Se realiza la maniobra de Lasegue y al llegar a la posición en que ésta se hace positiva se retrocede ligeramente hasta que desaparece el dolor y se realiza una flexión dorsal del pie. Si hay radiculitis aparece el dolor.

Maniobra de Goldthwait. El paciente en la misma posición anterior, se le toma el talón del pie con la palma de la mano de forma que la pierna quede bien extendida y colocamos la otra mano en la columna lumbar. Si el dolor aparece en esta zona en el momento en que se inicia su movilización pasiva, la prueba es positiva (el dolor es de origen mecánico y no radicular).

Signo de Neri. El paciente sentado con las rodillas y las caderas flexionadas unos 90 grados. El dolor radicular ha de aparecer cuando flexionamos pasivamente la cabeza unos 90°.

Articulación sacroilíaca

Las articulaciones sacroilíacas no suelen ser directamente palpables y presentan escasa movilidad. Las maniobras de exploración para su movilización son múltiples las más destacadas son:

Maniobra de apertura

Compresión con ambas manos de la parte anterior de ambas crestas ilíacas hacia fuera y hacia abajo.

Maniobra de cierre

Se sujeta de la misma manera que el caso anterior y se realiza compresión o cierre de la pelvis.

Maniobra de Fabere o del 4. Flexión, abducción y rotación externa

Se coloca el muslo en abducción y en rotación externa, de manera que el tobillo descansa sobre la rodilla contraria, en forma de 4. Con una mano se sujeta el ilíaco del lado opuesto, mientras con la otra se ejerce presión sobre la rodilla flexionada.

Maniobra de Laguerre

Se lleva el muslo a la máxima flexión y abducción, mientras con una mano se sujeta el ilíaco opuesto y se ejerce presión sobre la rodilla flexionada.

Maniobra de Cizalla

Hiperextensión del muslo. El paciente en decúbito prono. Con una mano se sujeta el sacro y con la otra se sujeta la cara anterior de la rodilla flexionada.

Hiperflexión del muslo. Con una mano se mantiene la pierna del lado opuesto sobre el plano de la mesa mientras se ejerce presión sobre la rodilla flexionada sobre el tronco.

Cadera

Existen dos maniobras exploratorias orientativas:

Prueba de Thomas

Puede detectar una excesiva lordosis lumbar. El paciente tumbado debe extender totalmente una pierna plana sobre la camilla de exploración y la otra que la flexione sobre el pecho. Si la pierna sobre la camilla se levanta, indica una contractura en flexión de la pierna extendida y por tanto un aumento de la lordosis.

Prueba de Trendelenburg

Detecta luxaciones en cadera. Se pide al paciente que realice equilibrio sobre una u otra pierna en bipedestación. Nosotros le observamos desde atrás, apreciando la asimetría de las crestas ilíacas. Cuando la cresta ilíaca desciende en el lado contrario a la pierna de carga, indica un defecto de la cadera que está soportando el peso.

Rodilla

Hay que realizar una serie de movimientos exploratorios:

1) Doblar cada una de las rodillas. Flexión de unos 130 grados.

2) Estirar la pierna y forzar la extensión. Hiperextensión de unos 15 grados.

La valoración de la rodilla no es completa si no se acompaña de una serie de maniobras exploratorias:

Prueba de Apley

Sirve para detectar desgarros meniscales. El paciente en decúbito prono flexiona la rodilla 90 grados. Colocamos nuestra mano sobre el talón y presionamos con fuerza. Rotamos entonces la pierna externa e internamente. Cualquier clic, bloqueo o dolor en la rodilla indica Apley positiva.

Prueba de McMurray

Similar a la anterior, detecta también desgarros meniscales. Con el paciente tumbado, provocamos flexión completa de la rodilla con la planta del pie sobre la mesa, cerca de las nalgas. Mantenemos esta flexión con los dedos índice y pulgar, estabilizando la rodilla a cada lado del espacio articular, y rotamos el pie y la pierna hacia una posición lateral. Extendemos la rodilla del paciente en un ángulo de 90 grados, observando cualquier chasquido o clic o cualquier limitación a la extensión de la rodilla. Volvemos a extender la rodilla y repetimos la técnica rotando el pie y la pantorrilla hacia una posición medial.

Signo de cajón

Sirve para delimitar la inestabilidad de la rodilla en el plano mediolateral o anteroposterior. Al paciente tumbado le pedimos que extienda la rodilla, estabilizamos el fémur con una mano y sujetamos el tobillo con la otra. Tratamos de abducir y aducir la rodilla. No deben existir movimientos laterales ni mediales de la rodilla. Hacemos que el paciente flexione la rodilla 90 grados, colocando la planta del pie sobre la mesa. Inmovilizamos el pie con una mano y agarramos la pierna con la otra inmediatamente por debajo de la rodilla, tratando de empujar la pierna hacia delante y hacia atrás. El movimiento anterior o posterior de la rodilla es un hallazgo patológico (fig. 10)

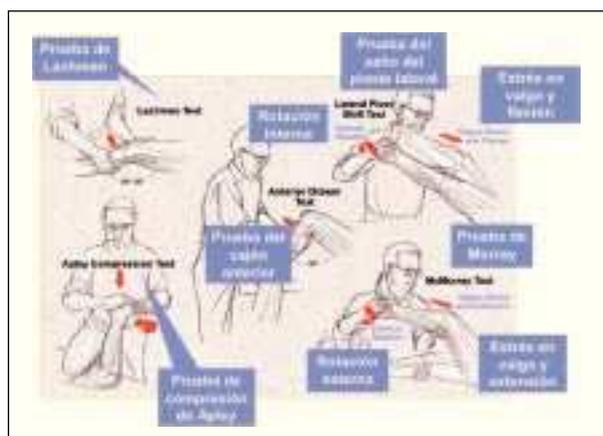


Figura 10. Maniobras exploratorias de la rodilla.

Tobillo y pie

Valorar los movimientos:

- 1) Levantar el pie en dirección al techo. Dorsiflexión de 20 grados.
- 2) Dirigir el pie al suelo. Flexión plantar de 45 grados.
- 3) Doblar el pie dirigiendo la planta hacia un lado y hacia otro. La inversión será de unos 30 grados y la eversión de unos 20 grados.

El pie es una localización frecuente de patología reumatológica. Puede presentar calcaneitis, posterior o inferior, que orientaría hacia una entesopatía.

Valorar posibles sinovitis metatarsofalángeas o las interfalángeas, frecuentes en algunas artritis, psoriásica, síndrome de Reiter o la artritis reumatoide.

Las patologías más frecuentes que afectan a los arcos de movimiento y son secundarias a lesiones de la estructura sinoviocapsular son: *sinovitis, artritis y capsulitis*.

Estas patologías provocan una limitación de la movilidad tipo cápsular (tablas 2 y 3).

Hombro congelado

La capsulitis retráctil, capsulitis adhesiva y más comúnmente conocida como “hombro congelado” es una enfermedad que suele aparecer en la articulación escapulo-humeral. Las exploraciones artrográficas y quirúrgicas han revelado que el lugar primitivo de la lesión está en la cápsula articular, demostrando la histopatología que estamos en presencia de una esclerosis y retracción fibrosa de la cápsula, teniendo como consecuencia un bloqueo parcial o total de todos los movimientos del hombro (fig. 11).

Cuando aparece dolor y limitación de los arcos de movimiento, cuando los movimientos resistidos son indolores y el patrón de limitación no coincide con el caso anterior, hablamos de *patrón articular parcial*, debido a que la lesión sólo asienta en parte de la articulación.

En estos casos sólo existen tres posibilidades:

- 1) Adherencia ligamentaria: tras una lesión aparece una adherencia del ligamento al hueso.
- 2) Lesión intraarticular mecánica: aparece de forma brusca y pueden aparecer cuerpos libres intraarticulares.
- 3) Limitación del movimiento de causa no articular: rotura fibrilar.

TABLA 2. Movilidad limitada tipo capsular

Estadio 1

Todo estiramiento produce dolor. En la exploración se observa una sensación espasmódica al alcanzar el tope final del movimiento pasivo. La contractura refleja de los músculos es indolora.

Estadio 2

Retracción irregular de la cápsula, el estiramiento se permite en algunas direcciones. El espasmo muscular solo aparece en las direcciones en las que aparece dolor

Estadio 3

El tope final ya no es espástico sino normal, los músculos no entran en funcionamiento si se fuerza el tope

Estadio 4

Los huesos son los responsables de la limitación, por lo que el tope es duro, óseo

TABLA 3. Tipos de patrón capsular

Columna	Rotaciones y lateralizaciones limitadas de forma simétrica. La flexión es completa, aunque sea dolorosa
Hombro	Máxima limitación de la rotación externa, menor de la abducción
Codo	Mayor limitación de la flexión que de la extensión
Carpó	Limitación simétrica de flexión y extensión
Dedos	Mayor limitación de la flexión
Cadera	Mayor limitación de la flexión, abducción y rotación interna. Rotación externa no limitada
Rodilla	Mayor limitación de la flexión
Tobillo	Mayor limitación de la flexión plantar

ARTROSIS

La artrosis define al deterioro progresivo del cartílago articular y otras alteraciones que se producen en los tejidos circundantes a consecuencia de la lesión original. Si bien todas las estructuras articulares pueden estar afectadas, los cambios anatómicos se localizan principalmente en el cartílago articular y el hueso yuxtaarticular.

Según la clasificación del *American College of Rheumatology* encontramos las siguientes clases:

Idiopática

Localizada

- 1) Manos: nódulos de Heberden y de Bouchard, artrosis erosiva interfalángica, rizartrrosis del pulgar.
- 2) Pies: *hallux valgus, hallu rigidus*, artrosis talonavicular.
- 3) Rodilla: compartimentos femorotibial y femoropatelar.
- 4) Cadera: excéntrica (superior), concéntrica (medial), difusa.
- 5) Raquis: interapofisaria, discovertebral, espondilosis (osteofitos), ligamentaria (hiperostosis anquilosante vertebral).



Figura 11. Corte sagital de la anatomía del hombro.

6) Otras localizaciones: hombro, acromioclavicular, etc.

Generalizada (tres o más de las siguientes)

Pequeñas articulaciones periféricas y del raquis, grandes articulaciones centrales y raquis, y mixta.

Secundaria

Postrumática

Congénita

Localizada. Cadera: luxación, displasias, enfermedad de Perthes, epifisiólisis.

Factores mecánicos y locales: desviaciones en valgo y varo, dismetrías, obesidad.

Generalizada. Displasias óseas: poliépifisaria, espondilo-epifisaria.

Enfermedades metabólicas: hemocromatosis, ocronosis.

Artropatías por depósito de cristales cálcicos (pirofosfato, hidroxipatita).

Otras enfermedades articulares: necrosis avascular, artritis reumatoidea, artritis seronegativas, artritis séptica, gota, enfermedad de Paget.

Otras enfermedades: endocrinas (diabetes, acromegalia, hipotiroidismo, hipertiroidismo), neurológicas (tabes, siringomielia), lepra.

Artrosis de la cadera

En los pacientes de edad avanzada, en los cuales no resulta infrecuente el compromiso de esta articulación, la deambulación se halla dificultada requiriendo con frecuencia un medio de apoyo, como por ejemplo un bastón.

La sintomatología de la artrosis se inicia en forma gradual a modo de dolor de tipo mecánico, profundo y escasamente limitado, más importante durante el cambio de posición, y que tiende a aliviar con el movimiento. A medida que transcurren los años, el dolor aumenta en intensidad, aunque en algunos pacientes puede disminuir o desaparecer por períodos más o menos prolongados. En ciertos casos, el proceso inflamatorio de las articulaciones resulta evidente.

ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoidea es una patología inflamatoria crónica, sistémica en su naturaleza, caracterizada por la forma con que afecta a las articulaciones. Se manifiesta en general hacia la tercera o cuarta década de la vida, aunque puede hacerse evidente a cualquier edad, presentándose con mayor frecuencia en el sexo femenino (3:1).

En la artritis reumatoidea las mayores alteraciones se sitúan en la membrana sinovial. En la anatomía patológica podemos encontrar un tejido de granulación o *pannus* en que progresivamente transforma la zona inflamada, destruye y reemplaza al cartilago, hiperplasia de las células sinoviales que se estratifican, hipertrofia vellosa, infiltración linfomonocitaria, congestión y edema, focos de necrosis fibrinoide y depósitos de fibrina en la superficie y de



Figura 12. Articulaciones más frecuentes afectadas por la artritis reumatoide.

hemosiderina, secundarios a hemorragias y en la profundidad.

Las articulaciones afectadas por la artritis reumatoidea se observan en la figura 12.

RESUMEN DE LA EXPLORACIÓN REUMATOLÓGICA

Inspección

Contornos y alineación de los huesos, contornos de las partes blandas, color y aspecto de la piel, cicatrices o fistulas, palpación, temperatura de la piel, relieves óseos, relieve de las partes blandas, puntos dolorosos, contractura muscular.

Movimientos

Flexión, extensión, inclinación lateral, rotación, ¿dolor al movimiento? y ¿tensión muscular?

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- Acedo Gutiérrez MS, Barrios Blandino A, Díaz Simón R, et al. Manual 12 de Octubre. Monoartritis y poliartrosis 4th ed. Madrid: MSD, 1998;27: p. 308-17.
- Alonso Ruiz A, Álvaro-Gracia Álvaro JA, Andreu Sánchez JL, et al. Manual de Enfermedades Reumáticas. 3th ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2000.
- Borrachero del Campo. Artrosis. Reumatología clínica. Madrid: Oteo; 1972; p. 533-51.
- Herrero-Beaumont G, Martín Mola E, Riestra Noriega JL, Tornero Molina J. Manual de enfermedades reumáticas. Fundamentos generales. Sociedad Española de Reumatología 1992;1:39-52.
- McRae R. Examen clínico ortopédico. 2nd ed. Barcelona: Salvat, 1984.
- Pascual E, Rodríguez V, Carbonell J, Gómez-Reino JJ. Tratado de Reumatología. Madrid: Aran, 1998; p. 1609-24.
- Seidel H, Ball J, Dains J, Benedict G. Exploración física. Manual Mosby. 2nd ed. Mosby. Doyma, 1996;16: p. 533-612.