



REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES

<https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>

Enfrentamiento del paciente con poliartralgias y poliartritis

Patient's facing polyarthralgia and polyarthritis

María Ángela Carreño^{a,b}✉

^a Reumatología. Clínica Las Condes. Santiago, Chile.

^b Hospital Clínico Fuerza Aérea de Chile General Dr. Raúl Yazigi J. Santiago, Chile.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:

Recibido: 02 04 2021.

Aceptado: 24 05 2021.

Palabras clave:

Artralgia; Artritis.

Key words:

Arthralgia; Arthritis.

RESUMEN

El dolor articular es un motivo de consulta frecuente en la práctica clínica. La distinción del tipo de dolor, su distribución, los síntomas acompañantes, el examen físico y la evaluación de algunos exámenes de laboratorio ayudan a orientar acerca de las posibles causas y a pesquisar enfermedades graves que pueden causar destrucción articular o compromiso de otros órganos, con el fin de dar tratamiento oportuno y eficaz. En este artículo se dan algunas pautas que se pueden realizar en la consulta de Atención Primaria para distinguir cuadros de poliartralgias y poliartritis agudas y crónicas. Además, se dan nociones de algunas de las enfermedades reumatológicas más frecuentes.

SUMMARY

Joint pain is a frequent reason for consultation in clinical practice. The distinction of the type of pain, its distribution, the accompanying symptoms, the physical examination and the evaluation of some laboratory test help to guide about the possible causes and to investigate serious diseases that can cause joint destruction or involvement other organs, in order to provide timely and effective treatment. This article gives some guidelines that can be carried out in the Primary Care consultation to distinguish acute and chronic polyarthralgia and polyarthritis. In addition, notions of some of the most frequent rheumatological diseases are given.

✉ Autor para correspondencia

Correo electrónico: mcarreno@clinicalascondes.cl

<https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2021.05.004>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2019 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



INTRODUCCIÓN

En la práctica clínica es frecuente la consulta por dolor articular. Las causas son variadas, pudiendo ser manifestaciones de patologías comunes o enfermedades sistémicas graves que pueden causar destrucción articular o de otros órganos. La evaluación con una historia y examen físico completo, junto a exámenes de laboratorio iniciales son una herramienta indispensable para el manejo oportuno. En este escrito se dan algunas nociones de diferenciación del origen del dolor músculo esquelético y líneas generales de algunas de las patologías reumatológicas más frecuentes.

El dolor musculoesquelético es un síntoma frecuente en la población general y motivo de consulta habitual en la práctica de la medicina. En la última Encuesta Nacional de Salud realizada en Chile por el Ministerio de Salud se midió la prevalencia de síntomas musculoesqueléticos de origen no traumático en la población, logrando inferir que el 37% de personas mayores de 15 años ha presentado síntomas en los últimos 7 días, siendo significativamente mayor en mujeres y a mayor edad¹. En un estudio realizado en un consultorio de Atención Primaria en la Región Metropolitana, 20% de las consultas son por patologías reumatológicas, siendo la artrosis, reumatismos de partes blandas y el lumbago los diagnósticos más frecuentes. En Chile, las enfermedades musculoesqueléticas no traumáticas son la segunda causa de ausentismo laboral según una revisión realizada por el Fondo Nacional de Salud (FONASA) entre los años 1998 y 1999, siendo la principal causa el lumbago².

El objetivo de la evaluación de un paciente con dolor articular es lograr identificar precozmente enfermedades graves, con compromiso de órganos vitales, y patologías de mal pronóstico que pueden posteriormente afectar la calidad de vida del paciente. Lo principal es realizar una historia y examen físico completo³.

¿Qué se debe considerar en la historia?

- Género y edad del paciente
- Antecedentes personales (enfermedades articulares o febriles crónicas en la niñez que sugieran artritis idiopática juvenil)
- Antecedentes familiares (enfermedades autoinmunes o articulares, enfermedad inflamatoria intestinal, psoriasis, fibromialgia)
- Forma de inicio del cuadro: agudo, insidioso
- Tiempo de evolución de los síntomas
 - Agudo: <6 semanas
 - Crónico: >6 semanas
- Patrón de compromiso articular
 - Aditivo, migratorio, intermitente
 - Compromiso axial y/o periférico
- Síntomas acompañantes
 - Compromiso del estado general, fiebre, sudoración nocturna, baja de peso, síntomas respiratorios (tos, disnea, síntomas pleurales), gastrointestinales (dolor abdominal,

reflujo gastroesofágico, diarrea crónica o intermitente), genitourinarios (uretritis, cervicitis), cutáneos (alopecia, rash, fotosensibilidad, fenómeno de Raynaud, psoriasis, petequias o lesiones purpúricas, úlceras), oculares (sequedad, ojo rojo), mucosas (sequedad oral, úlceras), etc.⁴.

Para iniciar la evaluación de un paciente con dolor, lo primero es determinar su ubicación, solicitando al paciente que muestre dónde se localiza, ya que así se puede identificar el origen muscular, articular o tendinoso, y porque muchas veces lo que el paciente describe no es lo que muestra (el paciente puede referir dolor de cadera, cuando en realidad el dolor es lumbar o de zona glútea lateral). Luego se debe evaluar qué tipo de dolor presenta de acuerdo a sus características, definiendo si el dolor es de origen neurológico, musculoesquelético, o es un dolor referido⁴.

El dolor neurológico se caracteriza por tener sensación quemante, con disestesias o parestesias, constante, más intenso en las noches, sin relación con los movimientos. Con el examen físico se debe determinar si el dolor sigue un dermatoma o una región corporal definida.

Si el dolor es musculoesquelético se debe diferenciar si es de origen articular o periarticular. Hay elementos en el examen físico que ayudan:

Periarticular: dolor a la movilidad activa (el paciente realiza el movimiento) pero no a la movilización pasiva (el examinador realiza el movimiento). Son ocasionados por patologías musculares, tendinosas y bursas periarticulares.

Articular: dolor con movilidad activa y pasiva.

El dolor articular lo podemos clasificar de distintas maneras (Tabla 1):

¿Qué buscar en el examen físico?

El examen físico debe ser completo, buscando alteraciones cutáneas (rash, placas psoriáticas, alteraciones ungueales, úlceras, lesiones vasculíticas), oculares, mucosas (úlceras), signología pulmonar (crépitos, sibilancias, derrame pleural), cardiológico (soplos, frotes pericárdicos), dolor abdominal, visceromegalia, alteraciones musculares o neurológicas, ausencia de pulsos distales, etc.⁴.

¿Qué exámenes de laboratorio pueden ayudar en la evaluación inicial?

- Hemograma
- VHS - PCR
- Pruebas hepáticas
- Función renal y examen de orina completa
- Función tiroidea: TSH y T4 libre
- Metabolismo óseo: calcemia, fosfemia, niveles plasmáticos de vitamina D, paratohormona
- Enzimas musculares (CK total)

Tabla 1. Clasificación del dolor articular

1. Según el número de articulaciones afectadas:
Monoarticular: 1 articulación Oligoarticular: 2-3 articulaciones Poliarticular: >4 articulaciones
2. Según tiempo de evolución:
Agudo: <6 semanas Crónico: >6 semanas
3. Si hay elementos inflamatorios:
No inflamatorio: - empeora con los movimientos y con el peso (carga) - disminuye en reposo. Inflamatorio: - dolor con los movimientos - empeora después del reposo - rigidez matinal mayor a 30 minutos - signos inflamatorios en el examen físico: aumento de volumen aumento de temperatura eritema disminución rango articular
4. Distribución articular
Compromiso axial: columna, sacroilíacas, hombros, caderas. Compromiso periférico: codos, muñecas, manos, rodillas, tobillos, pies.

¿Cuáles son las causas más frecuentes de poliartalgias y poliartritis?

Se pueden clasificar de muchas maneras. En la práctica clínica es bueno ordenarlas según si hay artralgias o artritis y si son agudas o crónicas. (Tablas 2 y 3)^{4,5}. Hay muchas otras causas, pero son menos frecuentes y escapan el objetivo de este escrito.

A continuación se hará una breve descripción de alguna de estas patologías con los puntos más relevantes a considerar.

Artralgias virales: es muy frecuente la presencia de poliartalgias relacionadas a infecciones virales comunes, las cuales son

autolimitadas y de corta duración. La presencia de poliartritis se observa de manera más evidente frente a infecciones por virus Hepatitis B y C, Parvovirus B19, rubéola, influenza, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y Sars-CoV-2. Otros virus pueden presentarse en viajeros, por infecciones transmitidas por mosquitos como Chikungunya. Predomina en pacientes jóvenes o edad media. En general son de inicio agudo, con compromiso poliarticular periférico simétrico, acompañado de fiebre o rash cutáneo. En el laboratorio puede haber alteraciones hematológicas o hepáticas⁶⁻⁸.

Infección por gonococo (*Neisseria gonorrhoeae*): es poco frecuente, pero es importante tenerla presente. Se presenta mayoritariamente en jóvenes siendo una de las infecciones de transmisión sexual más frecuentes. La infección por gonococo puede manifestarse como artritis séptica monoarticular o como infección diseminada y bacteremia, provocando fiebre, poliartalgias de predominio en extremidades inferiores, tenosinovitis y lesiones cutáneas (máculas, pápulas, pústulas). El tratamiento requiere de uso de antibióticos y el estudio de otras enfermedades de transmisión sexual⁹.

Fibromialgia: dolor musculoesquelético generalizado, que a menudo empeora con el frío y la humedad, asociado a fatiga y sueño no reparador. Predomina en mujeres, con mayor frecuencia entre los 25 y 55 años. Es crónico (más de tres meses para realizar el diagnóstico), fluctuante, de intensidad variable. No hay daño ni inflamación en el examen físico, ni en las exploraciones complementarias. Se puede acompañar de numerosos síntomas: fatiga, síntomas neurológicos, alteraciones cognitivas, del ánimo y del sueño, síntomas gastrointestinales y urinarios. Se puede asociar a otros síndromes somáticos funcionales: fatiga crónica, trastorno digestivo funcional, alteraciones témporo mandibulares, cefalea tensional o migraña, cistitis

Tabla 3. Tipos de poliartritis

Agudas	Crónicas
<ul style="list-style-type: none"> - Artritis virales - Artritis post infecciosa: fiebre reumática, artritis post estreptocócica - Pelviespondiloartropatías: artritis reactiva, artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal - Sarcoidosis - Infecciones: endocarditis bacteriana - Artritis por cristales de presentación poliarticular (gota, condrocalcinosis) - Inicio de poliartritis crónica 	<ul style="list-style-type: none"> - Artritis reumatoide - Lupus eritematoso sistémico, otras mesenquimopatías - Pelviespondiloartropatías: espondiloartritis anquilosante, artritis reactiva, artropatía psoriática, artritis asociada enfermedad inflamatoria intestinal - Vasculitis - Polimialgia reumática

Tabla 2. Tipos de poliartalgias

Agudas	Crónicas
<ul style="list-style-type: none"> - Artralgias Virales - Sobreuso mecánico - Infección gonocócica diseminada - Medicamentos: estatinas, antimaláricos. - Inicio de patologías crónicas 	<ul style="list-style-type: none"> - Fibromialgia - Hipotiroidismo - Artrosis – osteoartritis Primaria Secundaria: condrocalcinosis, hemocromatosis - Polimialgia reumática - Osteomalacia - Cáncer: mieloma, leucemia, cáncer metastásico

intersticial. Para hacer el diagnóstico se deben excluir otras causas que expliquen el dolor, con un completo examen físico junto con exámenes de laboratorio general. Según los criterios actuales, para hacer el diagnóstico no se requiere tener dolor en los puntos gatillo clásicamente descritos, sino la presencia de áreas dolorosas asociado a otros síntomas acompañantes: fatiga, sueño no reparador y alteraciones cognitivas. El manejo es multidisciplinario, con énfasis en educación del paciente, ejercicio con programas de entrenamiento progresivo aeróbico de bajo impacto, mejorar trastorno del sueño siendo primordial la higiene del sueño y el tratamiento de la roncopatía y/o apnea del sueño, terapia psicológica y, si es necesario, terapia farmacológica. El pronóstico es bueno, ya que no es una enfermedad progresiva y no causa invalidez^{10,11}.

Artrosis u osteoartritis: se observa en adultos mayores, con un *peak* de incidencia alrededor de los 75 años. El dolor puede ser intermitente o crónico; empeora con el esfuerzo. Su presentación es generalmente simétrica, con rigidez matinal menor a 30 minutos. En el examen físico se encuentra engrosamiento articular, roce, crépitos y, en ocasiones, derrame articular, pudiéndose acompañar de debilidad muscular. Las articulaciones más frecuentemente afectadas son: rodillas, manos (interfalángicas proximales, interfalángicas distales, primera articulación metacarpofalángica, trapecio metacarpiana) y caderas¹². El diagnóstico es clínico y radiológico, en la cual se pueden evidenciar cuatro signos característicos^{12,13}:

- Disminución asimétrica del espacio articular
- Esclerosis ósea subcondral
- Osteofitos marginales
- Quistes óseos subcondrales

Polimialgia reumática: presentación aguda (<12 semanas) de dolor y rigidez de cintura escapular y pelviana, de predominio matinal, a veces asociado a artralgia/artritis periférica. Se observa en pacientes sobre los 50 años, siendo más frecuente en mayores de 65 años. En la mayoría de los casos hay elevación de parámetros inflamatorios (VHS y PCR). Para el diagnóstico se deben descartar otras causas de dolor, en especial la artritis reumatoide, miopatías inflamatorias, y tendinopatía de hombro¹⁴. Además, dada la asociación con vasculitis de grandes vasos, es necesario pesquisar síntomas como cefalea temporal, *amaurosis fugax* o claudicación mandibular. Tiene muy buena respuesta a tratamiento con corticoides; se recomienda una dosis inicial de prednisona de entre 12,5-25 mg/día para luego disminuir progresivamente¹⁵.

Osteomalacia: enfermedad del metabolismo óseo ocasionada por alteración en la mineralización del hueso. Se manifiesta con dolor óseo difuso, especialmente en pelvis, columna y parrilla costal, asociado a debilidad y mialgias. También pueden presentarse fracturas vertebrales, costales o de fémur, similar a

la osteoporosis. La causa más frecuente es el déficit de vitamina D, que disminuye la absorción intestinal de calcio provocando hipocalcemia y estimulando la secreción de hormona paratiroidea (PTH), aumentando así la resorción ósea y disminuyendo la excreción urinaria de calcio. Las causas del déficit de vitamina D son variadas, siendo las más importantes la disminución de la exposición solar y las alteraciones en su absorción (gastrectomías, algunas cirugías digestivas para manejo de obesidad, enfermedad celíaca) o en su metabolismo (fármacos antiepilépticos, síndrome nefrótico, insuficiencia renal crónica). Otras causas de osteomalacia incluyen las relacionadas a disminución de fosfato, dadas por alteraciones en la reabsorción renal¹⁶.

Fiebre reumática, artritis post estreptocócica: actualmente la fiebre reumática es poco frecuente; en adultos tiene una presentación insidiosa y afecta principalmente grandes articulaciones de las extremidades inferiores. Habitualmente se presenta con fiebre, pero es raro encontrar las otras manifestaciones, como carditis, corea, rash, nódulos subcutáneos⁴. La artritis post estreptocócica se refiere a pacientes, principalmente jóvenes, que presentan un cuadro de poliartritis alrededor de 10 días después de una infección por estreptococos del grupo A, sin cumplir los criterios de fiebre reumática¹⁷.

Sarcoidosis: enfermedad inflamatoria granulomatosa sistémica, desencadenada por un factor gatillante ambiental en individuos genéticamente predispuestos. Puede manifestarse en distintos órganos: piel, ojos, pulmón, gastrointestinal, sistema nervioso, cardíaco, musculoesquelético, endocrino (hipercalcemia). En particular, la presentación como poliartritis aguda (muchas veces con compromiso de tobillos) se ve frecuentemente asociada al Síndrome de Löfgren, acompañado de fiebre, uveítis, linfadenopatías hiliares y eritema nodoso¹⁸.

Artritis por cristales: clásicamente se presenta como monoartritis aguda, pero en algunos casos puede tener presentación oligo o poliarticular. Es más frecuente en personas con historia previa de artritis por cristales, tanto de urato monosódico (gota) como de pirofosfato de calcio (condrocalcinosis o pseudogota). Es de inicio agudo, a veces con fiebre y elevación de parámetros inflamatorios. La gota se puede presentar en hombres jóvenes y la manifestación poliarticular se puede ver en etapas iniciales en forma aguda o en etapas más tardías de gota tofácea crónica. La condrocalcinosis se presenta en pacientes mayores y el depósito de cristales en muñecas, articulaciones metacarpofalángicas, rodillas, entre otras, puede asemejar a las manifestaciones de osteoartritis e incluso de artritis reumatoide. El estudio del líquido articular es importante ya que se pueden visualizar ambos tipos de cristales en el microscopio. A su vez, el estudio radiológico puede ayudar ya que en ocasiones se pueden ver los depósitos de cristales de pirofosfato de calcio en las articulaciones comprometidas¹⁹⁻²².

Artritis reumatoide (AR): enfermedad inflamatoria crónica autoinmune, cuya manifestación principal es la inflamación articular provocada por infiltración celular y posterior formación de tejido de granulación o pannus que invade y destruye el cartílago y el hueso. Predomina en mujeres en edad media de la vida y tiene cierta predisposición familiar. La gran mayoría presenta compromiso poliarticular simétrico, predominantemente en muñecas, manos (metacarpofalángicas, interfalángicas proximales), codos, rodillas, tobillos y pies (tarso, metatarsofalángicas). Puede tener compromiso de otros órganos: piel, ojos, músculo, pulmón, corazón, sistema nervioso periférico²³. Se asocia a anticuerpos específicos: factor reumatoideo (FR) y anticuerpo anti péptido cíclico citrulinado (anti-CCP) que pueden estar presentes años antes de la presentación clínica. Se han establecido nuevos criterios de clasificación para la detección temprana, con el fin de dar un manejo farmacológico oportuno, mejorando el pronóstico clínico y reduciendo el daño articular. Estos criterios incluyen el número y localización del compromiso articular, presencia de anticuerpos (FR y CCP), reactantes de fase aguda (velocidad de sedimentación (VHS) y/o proteína C reactiva (PCR) y duración de los síntomas (< o > 6 semanas)²⁴. Por lo tanto, frente a un cuadro de poliartritis de más de 6 semanas de duración, principalmente en mujer en edad media de la vida, se debe realizar la sospecha de AR. Al examen físico, exámenes de laboratorio (VHS y PCR), se puede agregar la determinación de FR y CCP. Es útil la toma de radiografía de manos ya que si hay erosiones articulares características de AR, el diagnóstico queda establecido y su detección temprana se asocia a mayor agresividad de la enfermedad, lo que le da mayor énfasis al inicio del tratamiento inmunosupresor.

Lupus eritematoso sistémico (LES): enfermedad inflamatoria autoinmune, de predominio en mujeres en edad media de la vida. Los síntomas articulares son una de las manifestaciones clínicas que se pueden presentar, con dolor, inflamación y rigidez matinal. Los criterios de clasificación han cambiado en los últimos años, manteniendo la necesidad de tener manifestaciones clínicas e inmunológicas. Los últimos criterios publicados consideran como manifestaciones clínicas: fiebre, alteraciones hematológicas (leucopenia, trombocitopenia, anemia hemolítica), neuropsiquiátrico (delirio, psicosis, convulsiones), mucocutáneo (alopecia, úlceras orales, lupus cutáneo agudo o subagudo, lupus discoide), serositis (derrame pleural o pericárdico, pericarditis aguda), síntomas musculoesqueléticos (articular), renal (proteinuria o nefritis diagnosticada con biopsia). En relación a los exámenes inmunológicos, como criterio de clasificación sólo se puede incluir a un paciente si tiene anticuerpos antinucleares (ANA) positivos (ANA >1/80) ya que es muy raro que se encuentre el diagnóstico de lupus si el ANA es negativo. Otros criterios inmunológicos que incluye son: anticuerpos antifosfolípidos (anticardiolipinas, beta 2 glicoproteína I, anticoagulante lúpico), anticuerpos anti DNA, anti Smith (Sm);

disminución de complemento C3 y/o C4. Todas estas manifestaciones tienen un “peso” para finalmente clasificar al paciente y, en relación a los criterios clínicos, se consideran aquellos que no tengan otra causa que lo explique²⁵. Si en la evaluación inicial del paciente con poliartritis hay elementos para sospechar LES se puede solicitar ANA, y luego completar con otros exámenes inmunológicos para confirmar el diagnóstico.

Espondiloartritis (EsP): son un grupo de enfermedades que comparten algunas características^{4,26}:

- Presentación en adulto joven (<40 años)
- Compromiso axial
- Compromiso periférico oligoarticular asimétrico, predominio en extremidades inferiores
- Presencia de entesitis (Inflamación del sitio de inserción del tendón o ligamentos, especialmente fascia plantar, tendón de Aquiles, rodillas, hombros y pelvis) o dactilitis (inflamación de un dedo, en especial ortijos, con artritis, tendosinovitis, periostitis y entesitis, dando el aspecto de “dedo en salchicha”)
- Manifestaciones oculares, mucocutáneas, digestivas, genitourinarias.
- Agregación familiar
- Factor reumatoideo negativo
- Asociación con el antígeno HLA-B27

Dentro de este grupo se encuentran:

- A) Espondiloartritis anquilosante
- B) Artropatía psoriática
- C) Artritis reactiva
- D) Artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal
- E) Espondiloartritis indiferenciada
- F) Espondiloartritis juvenil
- G) Uveitis anterior aguda

Espondiloartritis anquilosante: predomina en hombres jóvenes, con fuerte asociación con el antígeno HLA-B27 (90%). La presentación clásica es lumbago inflamatorio, dado por la sacroileítis que característicamente es bilateral, con o sin compromiso inflamatorio de la columna vertebral: inicio insidioso, crónico (más de 3 meses), empeora en el reposo nocturno, con rigidez matinal, mejora con el ejercicio. Puede tener artritis periférica oligo/poliarticular, uveítis. La progresión inflamatoria articular lleva a erosiones con posterior anquilosis de articulaciones sacroiliacas, y formación de puentes óseos en columna dando finalmente el aspecto radiológico de “caña de bambú”^{4,26}. El diagnóstico se realiza con la historia clínica e imágenes, siendo hoy la resonancia magnética una excelente herramienta ya que logra detectar las etapas iniciales; las radiografías se utilizan para la detección de cambios crónicos y para realizar el diagnóstico en pacientes con enfermedad establecida²⁷.

Artropatía psoriática: aproximadamente 1/3 de los pacientes con psoriasis cutánea puede presentar compromiso articular, afectando igualmente a hombres y mujeres. Puede ocasionar gran destrucción articular. Se han descrito 5 patrones clínicos de presentación que pueden manifestarse en forma aislada o asociada.

- Compromiso predominantemente distal (interfalángica distal de manos) (5%)
- Artritis mutilante (5%)
- Oligoartritis asimétrica (70%)
- Poliartritis, similar a artritis reumatoide (15%)
- Espondiloartritis en forma aislada (5%) o asociada a otro (40%)

Dentro de los criterios de clasificación se encuentran la presencia de psoriasis cutánea, en la historia, concomitante al diagnóstico o como antecedente familiar de primer o segundo grado, distrofia ungueal, dactilitis, ausencia de factor reumatoideo (aunque no es excluyente) y evidencia radiológica de osificación periarticular²⁸.

Artritis Reactiva: inflamación articular aséptica gatillada por una infección extraarticular, generalmente del tracto genitourinario o digestivo, en personas genéticamente predispuestas. Predomina en hombres menores de 40 años. La mayoría se produce 2-4 semanas después de la infección, muchas veces asintomática. Los patógenos más comunes son *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Salmonella*, *Shigella*, *Yersinia* y *Campylobacter*, entre otros. Puede tener manifestaciones articulares axiales (sacroileítis) o periféricas, habitualmente mono u oligoartritis de extremidades inferiores, muchas veces acompañada de entesitis del tendón de aquilles y/o fascia plantar. Puede tener manifestaciones oculares (conjuntivitis, uveitis, iritis), cutáneas (keratoderma blenorrágico, balanitis circinada, úlceras de piel o mucosas), entre otras. Los exámenes de laboratorio son inespecíficos, pudiendo encontrar elevación de parámetros inflamatorios^{29,30}.

Artritis relacionada a Enfermedad Inflamatoria Intestinal (EII) (Colitis Ulcerosa y Enfermedad de Crohn): se presenta en alrededor del 10-20% de los pacientes con EII. El compromiso articular periférico en general va asociado al compromiso intestinal; a menudo es oligoarticular, no erosivo, de predominio en extremidades inferiores y muchas veces asociado a entesitis y dactilitis. El compromiso axial no siempre va en paralelo a las manifestaciones intestinales, pudiendo también ser asintomático. Puede tener manifestaciones cutáneas (eritema nodoso, pioderma gangrenoso) y oculares²⁹.

Vasculitis: grupo de enfermedades poco frecuentes caracterizadas por inflamación y destrucción de las paredes de los vasos sanguíneos. Puede ser una enfermedad primaria o una manifestación secundaria a otra enfermedad reumatológica, infecciones o medicamentos. Las vasculitis primarias se han

clasificado según el tamaño del vaso comprometido predominante: grandes vasos (como arteritis de células gigantes o arteritis de la temporal en mayores de 60 años, arteritis de Takayasu en menores de 40 años), mediano vaso (como poliarteritis nodosa) y pequeño vaso (mediadas por complejos inmunes como púrpura de Schönlein-Henoch, crioglobulinemia, y las asociadas a anticuerpo anti-citoplasma de neutrófilos (ANCA), como granulomatosis con poliangeítis, poliangeítis microscópica, granulomatosis eosinofílica con poliangeítis). Estas enfermedades pueden tener compromiso articular (artralgias o artritis), por lo que es importante reconocer elementos de sospecha en la historia, examen físico y laboratorio general. Orientan a vasculitis la presencia de síntomas sistémicos (fiebre, baja de peso, compromiso del estado general), asociado a manifestaciones cutáneas, oculares (inflamación en vasculitis de pequeño vaso, o amaurosis fugax en las de grandes vasos), vía respiratoria superior e inferior, gastrointestinales, neurológicas centrales o periféricas, ausencia de pulsos (vasculitis de grandes vasos), junto a alteraciones en el laboratorio, en especial elevación de parámetros inflamatorios y alteraciones en la función renal y examen de orina. Es necesario reconocerlas precozmente, dado el potencial daño irreversible de órganos pudiendo llegar a la muerte si no se inicia una terapia oportuna adecuada³¹⁻³³.

CONCLUSIÓN

Ante el motivo de consulta de dolor musculoesquelético es importante reconocer el origen anatómico del dolor, distinguiendo posteriormente si el dolor articular es inflamatorio o no inflamatorio. Realizando una historia completa, considerando la edad del paciente, la temporalidad del dolor y otras manifestaciones clínicas, sumado al examen físico completo, se puede obtener en gran medida la causa del dolor. Así, frente a pacientes jóvenes con poliartralgias agudas lo más frecuente es que la etiología sea secundaria a infecciones virales, sobreuso mecánico o, menos frecuente, infección por gonococo, mientras que en personas mayores son más frecuentes el origen medicamentoso y también el sobreuso mecánico. Si las poliartralgias son crónicas, en pacientes jóvenes se puede pensar en fibromialgia, mientras que en adultos mayores se deben buscar otras patologías, como artrosis, osteomalacia, polimialgia reumática, neoplasias. Ahora, si el enfrentamiento es de poliartritis aguda, en los pacientes jóvenes sigue siendo la etiología viral la causa más frecuente, sin dejar de mencionar la artritis post infecciosa, la sarcoidosis o la artritis reactiva, mientras que en personas mayores se debe considerar endocarditis bacterianas o artritis por cristales de presentación poliarticular. Finalmente, si la poliartritis toma un curso crónico se pueden plantear AR, LES, EsP, vasculitis, y en mayores, polimialgia reumática. Los exámenes de laboratorio general ayudan a distinguir causas de dolor más específicas o a detectar compromiso de otros

órganos; los exámenes inmunológicos sólo se deben realizar si existe la sospecha de este tipo de enfermedades. Todo esto está orientado a detectar enfermedades graves que causan destruc-

ción articular o de otros órganos, para la derivación al especialista con el fin de iniciar la terapia de manera oportuna.

Declaración de conflicto de interés

La autora declara que no tiene conflicto de interés en relación a este artículo

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Encuesta Nacional de Salud. Chile 2009-2010. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/bcb03d7bc28b64dfe040010165012d23.pdf>
- Miranda JP, Quezada P, Caballero P, Jiménez L, Morales A, Bilbeny N, et al. Revisión Sistemática: Epidemiología de Dolor Crónico No Oncológico en Chile. *Revista El Dolor*. 2013; 59:10-17.
- Pacheco D. Bases para el diagnóstico de enfermedades reumatológicas en atención primaria. En: Pacheco D. *Reumatología para Médicos de Atención Primaria*. Santiago de Chile, 2002. p.13-26.
- West S. Musculoskeletal Signs and Symptoms. Polyarticular Joint Disease. En: Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH. *Primer on the Rheumatic Diseases*. Thirteenth Edition. Atlanta, EEUU. Editorial Springer; 2008. p.47-57.
- Sergent JS, Fuchs HA. Polyarticular Arthritis. En: Firestein GS, Budd RC, Harris ED, McInnes IB, Ruddy S, Sergent JS. *Kelley's Textbook of Rheumatology*. Eighth Edition. Philadelphia, EEUU. Editorial Saunders Elsevier; 2009. p.545-553.
- Calabrese LH. Infectious Disorders. Viral Arthritis. En: Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH. *Primer on the Rheumatic Diseases*. Thirteenth Edition. Atlanta, EEUU: Editorial Springer; 2008. p.277-281.
- Marks M, Marks JL. Viral arthritis. *Clin Med (Lond)* 2016;16(2):129-134. doi: 10.7861/clinmedicine.16-2-129
- Guan W, Ni Z, Yu Hu, Liang W, Ou C, He J, et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med* 2020;382:1708-20. doi: 10.1056/NEJMoa2002032
- Rice PA. Gonococcal Arthritis (Disseminated Gonococcal Infection) *Infect Dis Clin N Am* 2005;19(4):853-861. doi: 10.1016/j.idc.2005.07.003
- Wolfe F, Clauw DJ, Fitzcharles MA, Goldenberg DL, Katz RS, Mease P. The American College of Rheumatology preliminary diagnostic criteria for fibromyalgia and measurement of symptom severity. *Arthritis Care Res* 2010;62(5):600-610. doi: 10.1002/acr.20140
- Gota CE. Fibromyalgia. Recognition and Management in the Primary Care Office. *Med Clin N Am* 2021;105(2):285-296. doi: 10.1016/j.mcna.2020.09.012
- Hunter DJ, Bierma-Zeinstra S. Osteoarthritis. *Lancet*. 2019 Apr 27;393(10182):1745-1759. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30417-9.
- Lambova SN, Muller-Ladnes U. Osteoarthritis - Current Insights in Pathogenesis, Diagnosis and Treatment. *Curr Rheumatol Rev* 2018;14(2):91-97. doi: 10.2174/157339711402180706144757
- Dasgupta B, Cimmino MA, Maradit-Kremer H, Schmidt WA, Schirmer M, Salvarani C, et al. 2012 provisional classification criteria for polymyalgia rheumatica: a European League Against Rheumatism/ American College of Rheumatology collaborative initiative. *Ann Rheum Dis* 2012;71:484-492. doi: 10.1136/annrheumdis-2011-200329
- Dejaco C, Singh YP, Perel P, Hutichings A, Camellino D, Mackie S et al. 2015 Recommendations for the Management of Polymyalgia Rheumatica. *Arthritis Rheum* 2015;67:2569-2580. doi: 10.1002/art.39333
- Peris P. Diagnóstico y tratamiento de la osteomalacia por el reumatólogo. *Reumatol Clin* 2011;7(S2):S22-S27. doi: 10.1016/j.reuma.2011.05.005
- Bawazir Y, Towheed T, Anastassiades T. Post-Streptococcal Reactive Arthritis. *Curr Rheumatol Rev*. 2020;16(1):2-8. doi: 10.2174/1573397115666190808110337
- Llanos O, Hamzeh N. Sarcoidosis. *Med Clin N Am* 2019;103(3):527-534. doi: 10.1016/j.mcna.2018.12.011
- Edwards NL. Gout. Clinical Features. En: Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH. *Primer on the Rheumatic Diseases*. Thirteenth Edition. Atlanta, EEUU: Editorial Springer; 2008. p.241-249.
- McCarthy G. Calcium Pyrophosphate Dihydrate, Hydroxyapatite, and Miscellaneous Crystals. En: Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH. *Primer on the Rheumatic Diseases*. Thirteenth Edition. Atlanta, EEUU: Editorial Springer; 2008. p.263-270.
- Wortmann RL. Gout and Hyperuricemia. En: Firestein GS, Budd RC, Harris ED, McInnes IB, Ruddy S, Sergent JS. *Kelley's Textbook of Rheumatology*. Eighth Edition. Philadelphia, EEUU: Editorial Saunders Elsevier; 2009. p.1481-1506.
- Terkeltaub R. Diseases Associated with Articular Deposition of Calcium Pyrophosphate Dihydrate and Basic Calcium Phosphate Crystals. En: Firestein GS, Budd RC, Harris ED, McInnes IB, Ruddy S, Sergent JS. *Kelley's Textbook of Rheumatology*. Eighth Edition. Philadelphia, EEUU: Editorial Saunders Elsevier; 2009. p.1507-1524.
- Tehirian CV. Rheumatoid Arthritis. Clinical and Laboratory Manifestations. En: Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH. *Primer on the Rheumatic Diseases*. Thirteenth Edition. Atlanta, EEUU: Editorial Springer; 2008. p.114-121.
- Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/ European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis* 2010; 69:1580-1588. doi: 10.1136/ard.2010.138461
- Aringer M, Costenbader K, Dai K, Brinks R, Mosca M, Ramsey-Goldman R et al. 2019 European League Against Rheumatism/ American College of Rheumatology classification criteria for systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis* 2019;78:1151-1159. doi: 10.1136/annrheumdis-2018-214819
- Hernandez C. Espondiloartropatías. En: Pacheco D. *Reumatología para Médicos de Atención Primaria*. Santiago de Chile, 2002. p.151-157.
- Sieper J, Rudwaleit M, Baraliakos X, Brandt J, Braun J, Burgos-Vargas R, et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society (ASAS) handbook: a guide to assess spondyloarthritis. *Ann Rheum Dis*

- 2009;68(Suppl II):ii1-ii44. doi: 10.1136/ard.2008.104018
28. Gladman DD. Psoriatic Arthritis. Clinical Features. En: Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH. *Primer on the Rheumatic Diseases*. Thirteenth Edition. Atlanta EEUU. Editorial Springer; 2008. p.170-177.
 29. Inman RD. Reactive and Enteropathic Arthritis. En: Klippel JH, Stone JH, Crofford LJ, White PH. *Primer on the Rheumatic Diseases*. Thirteenth Edition. Atlanta, EEUU: Editorial Springer; 2008. p.217-223.
 30. García-Kutzbach A, Chacón-Súchite J, García-Ferrer H, Iraheta I. Reactive arthritis: update 2018. *Clin Rheumatol* 2018;37(4):869-874. doi: 10.1007/s10067-018-4022-5
 31. Palma S. Vasculitis. En: Pacheco D. *Reumatología para Médicos de Atención Primaria*. Santiago de Chile, 2002. p.215-223.
 32. Zazueta B, Flores LF. Ruta y retos diagnósticos en vasculitis primarias. *Reumatol Clin* 2011;7(S3):S1-S6. doi: 10.1016/j.reuma.2011.10.001
 33. Stone JH. The Classification and Epidemiology of Systemic Vasculitis. En: Firestein GS, Budd RC, Harris ED, McInnes IB, Ruddy S, Sargent JS. *Kelley's Textbook of Rheumatology*. Eighth Edition. Philadelphia, EEUU: Editorial Saunders Elsevier; 2009. p.1401-1408.