

Evaluación del paciente con síntomas articulares

Por [Alexandra Villa-Forte](#), MD, MPH, Cleveland Clinic

Last full review/revision November 2017 by Alexandra Villa-Forte, MD, MPH

Algunas enfermedades musculoesqueléticas afectan sobre todo a las articulaciones y causan artritis. Otras afectan a los huesos (p. ej., [fracturas](#), [enfermedad de Paget del hueso](#), [tumores](#)), los músculos u otros tejidos blandos extraarticulares (p. ej., [fibromialgia](#), [miositis](#)) o periarticulares (p. ej., [bursitis](#), [tendinitis](#), [esguince](#)). Las causas de la artritis pueden ser diversas, e incluyen infecciones, [enfermedades autoinmunitarias](#), [inflamación inducida por cristales](#) y enfermedades inflamatorias mínimas del hueso y cartílago (p. ej., [artrosis](#)). La artritis puede afectar a una sola articulación ([monoartritis](#)) o varias ([poliartritis](#)) en forma simétrica o asimétrica, con o sin compromiso vertebral.

Anamnesis

Además de los síntomas articulares, el médico debe buscar también síntomas sistémicos y extraarticulares. Muchos de ellos, como fiebre, escalofríos, malestar general, pérdida de peso, [fenómeno de Raynaud](#), síntomas mucocutáneos (exantema, eritema o dolor ocular, fotosensibilidad) y digestivos o cardiopulmonares, pueden asociarse con diversas enfermedades articulares.

El **dolor** es el síntoma más frecuente en las enfermedades articulares (véase [Dolor en y alrededor de las articulaciones](#)). La anamnesis debe investigar el tipo, la ubicación, la intensidad, los factores que lo agravan y lo alivian y el tiempo de evolución (si es de comienzo reciente o recurrente). El médico debe determinar si el dolor empeora al comenzar el movimiento de la articulación o luego del uso prolongado, si aparece al despertarse o durante el día. Por lo general, el dolor originado en estructuras superficiales se localiza mejor que el originado en profundas. El dolor originado en articulaciones distales pequeñas tiende a estar mejor localizado que el de articulaciones proximales grandes. El dolor articular puede ser un referido de estructuras extraarticulares o de otras articulaciones. A menudo, la artritis provoca un dolor continuo; en cambio, las neuropatías suelen causar un dolor sordo y profundo o urente y superficial.

La **rigidez** es la dificultad de movimiento de una articulación, aunque para el paciente la rigidez puede indicar también debilidad, fatiga o limitación fija del movimiento. El médico debe diferenciar la incapacidad de mover una articulación del rechazo a hacerlo por dolor. Las características de la rigidez pueden orientar hacia la causa de la siguiente manera:

- Una molestia que aparece con el movimiento al comenzar a mover una articulación después de un período de reposo sugiere una [enfermedad reumática](#).
- La rigidez es más grave y prolongada cuanto mayor sea la inflamación articular.
- El signo del teatro (rigidez breve ca rodilla o cadera al ponerse de pie luego de varias horas de estar sentado, que obliga al paciente a caminar lentamente) es frecuente en la [artrosis](#).
- La rigidez matinal en articulaciones periféricas que se prolonga > 1 h puede ser un signo temprano importante de inflamación articular, como en el caso de [AR](#), la [artritis psoriásica](#) o la artritis viral crónica (ver [Diferencias entre enfermedad articular inflamatoria y no inflamatoria según sus características](#)).
- En la zona lumbar, una rigidez matinal que dura > 1 h puede reflejar una [espondilitis](#).

La **fatiga** es el deseo de reposo debido al cansancio. Es distinta de la debilidad, la incapacidad de moverse y el rechazo al movimiento debido al dolor que provoca. La fatiga puede reflejar la actividad de un trastorno inflamatorio sistémico. Los médicos deben tratar de distinguir la fatiga de la somnolencia.

La **inestabilidad** (falta de sostén de una articulación) puede sugerir debilidad de los ligamentos o de otras estructuras que estabilizan la articulación, y puede evaluarse mediante pruebas de sobrecarga durante el examen físico. Es más frecuente en la rodilla y por lo general se debe a un trastorno interno de la articulación.

Diferencias entre enfermedad articular inflamatoria y no inflamatoria según sus características

Característica	Inflamatoria	No inflamatoria
Síntomas sistémicos	Prominentes, incluyendo fatiga	Inusual
Comienzo	Insidioso en la AR Repentino en la gota o infección	Gradual 1 articulación o pocas articulaciones
Rigidez matinal	> 1 h	< 30 min
Peor momento del día	Por la mañana	A medida que avanza el día
Efecto de la actividad sobre los síntomas (dolor articular y rigidez)	Disminuyen con la actividad Empeoran luego de períodos de reposo Puede provocar dolor con el uso	Empeoran con la actividad Disminuyen con el reposo

Examen físico

Es preciso inspeccionar y palpar cada articulación afectada y estimar el rango de movimiento. En enfermedad poliarticular, algunos signos no articulares (como fiebre, malestar general, exantema) pueden reflejar una afección sistémica.

Debe observarse la posición de reposo, la presencia de eritema, hinchazón, deformaciones y abrasiones o perforaciones en la piel. Hay que comparar las articulaciones afectadas con las del lado opuesto no afectadas o con la articulación del examinador.

Se palpa suavemente la articulación, observando la presencia y ubicación de dolor, calor e hinchazón. Es importante determinar si existe dolor en la línea de la articulación o sobre la inserción de tendones o la bolsa articular. Debe observarse la presencia de masas blandas, bultos o tejidos en espacios o concavidades normales (que representan derrame articular o proliferación sinovial). La palpación de una articulación hinchada permite diferenciar entre un derrame articular, un engrosamiento sinovial y un aumento de tamaño capsular u óseo. Un dolor que inicialmente parece originarse en una articulación mayor puede provenir en realidad de pequeñas articulaciones (p. ej., acromioclavicular, tibioperonea, radiocubital, esternocubital) cercanas a la zona. Debe observarse si hay aumento de tamaño óseo (a menudo, debido a osteofitos).

En primer lugar, debe evaluarse la amplitud de movimiento activo (la amplitud máxima a la que el paciente puede mover la articulación); una limitación puede deberse a debilidad, dolor o rigidez, o a alteraciones mecánicas. Luego se evalúa la amplitud de movimiento pasivo (la amplitud máxima a la que el examinador puede mover la articulación); por lo general, una limitación de los movimientos pasivos refleja una anomalía mecánica (p. ej., cicatrices, hinchazón, deformaciones) y no debilidad o dolor. En una articulación inflamada (p. ej., por infección o gota), los movimientos activos y pasivos pueden ser muy dolorosos.

La incapacidad para reproducir el dolor con el movimiento o la palpación de la articulación sugiere la posibilidad de dolor referido.

Es preciso observar los patrones de afección articular. Una afección simétrica de múltiples articulaciones es más común en enfermedades sistémicas (como artritis reumatoidea); una afección monoarticular (que afecta a una sola articulación) u oligoarticular asimétrica (que compromete ≤ 4 articulaciones) es más frecuente en la artrosis y en la artritis psoriásica. En artritis reumatoidea, se afectan las articulaciones periféricas pequeñas, y en espondiloartropatías, las articulaciones más grandes y la columna vertebral. Sin embargo, en las primeras etapas de la enfermedad es posible que no pueda determinarse el patrón de afección completo.

Debe observarse la presencia de crepitación, un rechinar palpable o audible producido por el movimiento de las estructuras articulares dañadas. Puede ser causado por un cartílago articular rugoso o los tendones; deben determinarse los movimientos que producen crepitación, que pueden indicar las estructuras afectadas.

En cada articulación, deben buscarse signos específicos. Los detalles del examen físico y los procedimientos de artrocentesis se tratan por separado para las siguientes articulaciones:

- [Tobillo](#)
- [Codo](#)
- [Pie](#)
- [Mano](#)
- [Cadera](#)
- [Rodilla](#)
- [Hombro](#)
- [Muñeca](#)
- [Articulaciones del cuello y la espalda](#)

Estudios complementarios

Los estudios de laboratorio y por la imagen a menudo brindan menos información que la anamnesis y el examen físico. Si bien en algunos pacientes es útil realizar algunos estudios, en la mayoría de los casos no está indicado un estudio extensivo. Los estudios complementarios incluyen

- Análisis de sangre
- Estudios de diagnóstico por imágenes
- Artrocentesis y análisis del líquido sinovial

Análisis de sangre

Los análisis de sangre deben basarse en los datos de la historia clínica y del examen físico. Algunos estudios, aunque no son específicos, pueden ayudar a orientar el diagnóstico hacia una enfermedad reumática sistémica, como los siguientes:

- Anticuerpos antinucleares (ANA) y anticuerpos anti DNA de doble cadena en [lupus eritematoso sistémico](#)
- Factor reumatoide y anticuerpos contra péptido citrulinado cíclico (CCP) en [artritis reumatoide](#)
- HLA-B27 en la [espondiloartropatía](#) (p. ej., con síntomas de dolor de espalda inflamatorio y radiografías normales o con uveítis de causa desconocida y una artritis periférica)
- Anticuerpos citoplasmáticos antineutrófilos (ANCA) en ciertas [vasculitis](#) (útil cuando se sospecha afección sistémica)

Los estudios como el recuento de glóbulos blancos, velocidad de eritrosedimentación y proteína C reactiva no son muy sensibles ni específicos, pero pueden ayudar a determinar la probabilidad de una artritis de origen inflamatorio o debida a otras afecciones sistémicas. Por ejemplo, una velocidad de eritrosedimentación acelerada o un alto nivel de proteína C reactiva sugiere inflamación articular o puede deberse a un gran número de enfermedades inflamatorias no articulares (p. ej., infección, cáncer). Estos marcadores pueden no estar elevados en todas las enfermedades inflamatorias.

Estudios de diagnóstico por imágenes

A menudo los estudios por la imagen son innecesarios. La radiografía simple en particular revela anomalías óseas, pero la mayoría de las enfermedades articulares no afectan los huesos. Sin embargo, estos estudios por la imagen pueden ayudar en la evaluación inicial de anomalías articulares o vertebrales relativamente localizadas, persistentes o graves, sin causa aparente; pueden revelar tumores primarios o metastásicos, osteomielitis, infartos óseos, calcificaciones periarticulares (como en tendinitis calcificada) u otros cambios en estructuras profundas que no se detectan en el examen físico. Si se sospecha [artritis reumatoide crónica](#), [gota](#) o [artrosis](#), se verán erosiones, quistes y estrechez del espacio articular con osteofitos. En la [artritis por pirofosfato de calcio \(seudogota\)](#), pueden verse depósitos de pirofosfato de calcio en el cartílago intraarticular.

Los estudios por la imagen musculoesqueléticos deben comenzar con una radiografía simple, aunque en las primeras etapas ésta es menos sensible que la RM, la TC o la ecografía. La RM es el estudio más preciso en fracturas no visibles en radiografía simple, en especial en la cadera y la pelvis, y para el estudio de los tejidos blandos y de afecciones internas de la rodilla. La TC es útil cuando la RM está contraindicada o no está disponible. La ecografía, la artrografía y la gammagrafía ósea pueden ayudar en algunas enfermedades, al igual que la biopsia de hueso, líquido sinovial u otros tejidos.

Artrocentesis

La artrocentesis es el proceso de punción de una articulación para extraer líquido. En caso de derrame, se puede extraer el líquido realizando una correcta artrocentesis. El examen del líquido sinovial permite excluir una infección, diagnosticar artritis inducida por cristales y determinar la causa del derrame articular. Este procedimiento está indicado en todos los pacientes con derrame monoarticular agudo o inexplicable y en aquellos con derrame poliarticular inexplicable.

La artrocentesis se realiza con una técnica estrictamente estéril. Una infección u otro tipo de exantema sobre el sitio de ingreso a la articulación es una contraindicación. Debe hacerse la preparación para recolectar la muestra antes de comenzar el procedimiento. Se utiliza anestesia local, con lidocaína y/o aerosol de difluoroetano. Muchas articulaciones se punzan en la superficie de extensión para evitar los nervios, las arterias y las venas, que suelen ubicarse en la superficie de flexión de la articulación. Es posible utilizar una aguja de calibre 20 en la mayoría de las articulaciones grandes. Las articulaciones pequeñas de las extremidades superiores e inferiores son de más fácil acceso con aguja calibre 22 o 23. Debe extraerse la mayor cantidad de líquido posible. Se utilizan reparos anatómicos específicos (p. ej., ver figura [Artrocentesis del hombro](#), ver figura [Artrocentesis del codo](#), y ver figura [Artrocentesis de la rodilla](#)). Se ha demostrado que la guía ecográfica aumenta el rendimiento del líquido articular.

Examen del líquido sinovial

Las características macroscópicas del líquido sinovial, como su color y claridad, pueden evaluarse a la cabecera del paciente. Las características macroscópicas permiten hacer una clasificación tentativa del derrame en no inflamatorio, inflamatorio o infeccioso (ver [Clasificación de los derrames sinoviales](#)). El derrame puede ser también hemorrágico. Cada clase de derrame sugiere un tipo de enfermedad articular (ver [Diagnóstico diferencial basado en la clasificación del líquido sinovial*](#)). El derrame no inflamatorio puede presentar una inflamación leve, pero sugiere enfermedades como la artrosis, en la que la inflamación no es grave.

Clasificación de los derrames sinoviales

Examen	Normal	Hemorrágico	Infeccioso	Inflamatoria	No inflamatoria
Examen macroscópico					
Aspecto	Transparente	Sanguinolento	Turbio o purulento	Amarillo, turbio	Marrón claro, transparente
Estudios de laboratorio de rutina					
Cultivo	Negativo	Negativo	A menudo positivo	Negativo	Negativo
PMN %*	< 25	—	Por lo general > 85	> 50	< 25
Recuento de leucocitos*	< 200/ μ L	Depende de la cantidad de sangre	5.000→ 100.000/ μ L	1.000–50.000/ μ L	200–1.000/ μ L

*El recuento de leucocitos y el porcentaje de PMN en artritis infecciosa son menores si el microorganismo es menos virulento (p. ej., en artritis gonocócica, de Lyme, tuberculosa o micótica) o ha sido parcialmente tratada. Algunos derrames en lupus eritematoso sistémico y otras enfermedades del tejido conjuntivo no son francamente inflamatorios, con un recuento de leucocitos de 500–2.000/ μ L. Los derrames no infecciosos raras veces tienen hasta 100.000 leucocitos/ μ L.

Los estudios de laboratorio que se realizan al líquido articular incluyen recuentos celulares, recuento diferencial de leucocitos, [tinción de Gram](#) y [cultivo](#) (si se sospecha una infección) y examen del frotis en fresco en busca de células y cristales. Sin embargo, las pruebas exactas dependen del diagnóstico sospechado.

Diagnóstico diferencial basado en la clasificación del líquido sinovial*

Tipo de derrame	Posibles causas
Hemorrágico	Anticoagulantes Hemangioma Coagulopatía Artropatía neurogénica (neuropática) Sinovitis vellonodular pigmentada Escorbuto Trombocitopenia Traumatismos con o sin fractura Tumor Diversos microorganismos según las características del paciente (ver Microorganismos que causan con frecuencia artritis infecciosa aguda)
Infeccioso	Sinovitis aguda por cristales (gota y artritis por pirofosfato de calcio [seudogota]) Espondilitis anquilosante Enfermedad de Crohn Enfermedad de Lyme Infecciones bacterianas parcialmente tratadas o menos virulentas Artritis psoriásica
Inflamatorio	La artritis reactiva (incluyendo el antes denominado síndrome de Reiter) AR Fiebre reumática Lupus eritematoso sistémico o LES (inflamación leve) Infarto sinovial (p. ej., causado por anemia drepanocítica) Colitis ulcerosa

*ver [Clasificación de los derrames sinoviales](#) para la clasificación. Este diagnóstico diferencial es sólo una lista parcial.

Algunas enfermedades se incluyen en varias categorías de la clasificación (p. ej., la artropatía neuropática puede ser hemorrágica o no inflamatoria; la esclerosis sistémica puede ser inflamatoria o no inflamatoria).

Tipo de derrame	Posibles causas
No inflamatoria	Amiloidosis
	Síndrome de Ehlers-Danlos
	Osteoartropatía pulmonar hipertrófica
	Enfermedades metabólicas que causan artrosis
	Artropatía neurogénica (neuropática)
	Artrosis
	Osteocondritis disecante
	Osteocondromatosis
	Osteonecrosis (incluyendo osteonecrosis causada por anemia drepanocítica)
	Esclerosis sistémica
	Fiebre reumática
	LES
	Inflamación temprana
Traumatismo	

*ver [Clasificación de los derrames sinoviales](#) para la clasificación. Este diagnóstico diferencial es sólo una lista parcial.

Algunas enfermedades se incluyen en varias categorías de la clasificación (p. ej., la artropatía neuropática puede ser hemorrágica o no inflamatoria; la esclerosis sistémica puede ser inflamatoria o no inflamatoria).

El examen microscópico de un frotis fresco húmedo del líquido sinovial en busca de cristales (se requiere una sola gota de líquido articular) con luz polarizada es esencial para el diagnóstico definitivo de [gota](#), [artritis por pirofosfato de calcio](#) y otras [artritis inducidas por cristales](#). Se coloca un polarizador sobre la fuente de luz y otro entre la muestra y el ojo del examinador. Esto permite visualizar los cristales con birrefringencia blanco brillante. Para conseguir una luz polarizada compensada, se inserta una placa roja de primer orden, del tipo de los microscopios comerciales. Los efectos de un compensador pueden reproducirse colocando 2 bandas de tira adhesiva transparente sobre un portaobjetos ubicado sobre el polarizador inferior. Este sistema casero debe compararse con un microscopio de luz polarizada de uso comercial.

Los cristales más frecuentes son los que indican diagnóstico de gota (urato monosódico, cristales en forma de aguja de birrefringencia negativa) y artritis por pirofosfato de calcio (pirofosfato de calcio, cristales romboidales o en forma de bastones con birrefringencia positiva o sin birrefringencia). Si en un frotis en fresco se ven cristales atípicos, deben considerarse cristales menos comunes (colesterol, cristales lipídicos líquidos, oxalato, crioglobulinas) o artefactos (p. ej., cristales de corticoides de liberación lenta).

Otros hallazgos en el líquido sinovial que en ocasiones indican o sugieren un diagnóstico específico son los siguientes:

- Microorganismos específicos (identificables en tinción de Gram o ácido-resistente)
- Espículas o glóbulos grasos medulares (causados por una fractura)
- Células de Reiter (monocitos en frotis con tinción de Wright que han fagocitado a PMN), más frecuentes en artritis reactiva
- Fragmentos de amiloide (identificables con tinción con rojo Congo)
- Glóbulos rojos falciformes (causados por hemoglobinopatías falciformes)

