

A watercolor illustration of two people walking away from the viewer. The person on the left is wearing a red top and the person on the right is wearing a blue top. The background is a mix of red, orange, and blue watercolor washes. The text is overlaid on the center of the image.

**CONOCIENDO
EL DOLOR
ARTICULAR
CRÓNICO**



Comité de desarrollo

Mario H. Cardiel, MD, MSc
Reumatólogo
Morelia, México

Jianhao Lin, MD
Ortopedista
Beijing, China

José Antonio San Juan, MD
Cirujano Ortopédico
Cebu City, Filipinas

Andrei Danilov, MD, DSc
Neurólogo
Moscú, Rusia

Supranee Niruthisard, MD
Especialista en Dolor
Bangkok, Tailandia

Ammar Salti, MD
Especialista en Anestesiología
Abu Dhabi, Emiratos Árabes
Unidos

Smail Daoudi, MD
Neurólogo
Tizi Ouzou, Argelia

Germán Ochoa, MD
Ortopedista
Bogotá, Colombia

Xinping Tian, MD
Reumatólogo
Beijing, China

João Batista S. Garcia, MD, PhD
Anestesiólogo
San Luis, Brasil

Milton Raff, MD, BSc
Especialista en Anestesiología
Ciudad del Cabo, Sudáfrica

Işin Ünal-Çevik, MD, PhD
Neurólogo, Neurocientífico y
Especialista en Dolor
Ankara, Turquía

Yuzhou Guan, MD
Neurólogo
Beijing, China

Raymond L. Rosales, MD, PhD
Neurólogo
Manila, Filipinas

Objetivos de aprendizaje

- Después de completar este módulo, los participantes serán capaces de:
 - Discutir la prevalencia del dolor articular crónico, incluyendo osteoartritis, artritis reumatoide y espondiloartritis anquilosante
 - Comprender el impacto del dolor articular crónico y sus comorbilidades sobre el funcionamiento y calidad de vida del paciente
 - Explicar la fisiopatología del dolor articular crónico
 - Evaluar y diagnosticar a pacientes que acuden con dolor articular crónico
 - Seleccionar estrategias farmacológicas y no farmacológicas apropiadas para el manejo del dolor articular crónico
 - Saber cuándo referir a los pacientes a especialistas

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO



Descripción general





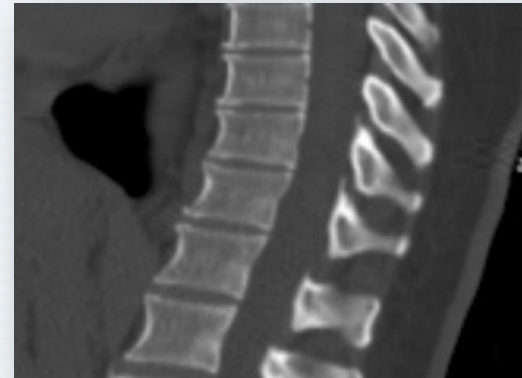
Tratando las causas subyacentes de dolor articular

- Muchas condiciones diferentes se presentan con dolor articular
 - Entender las características clínicas, de laboratorio y radiológicas de estas enfermedades puede llevar a un diagnóstico temprano y tratamiento apropiado
- El reconocimiento precoz de la enfermedad subyacente y la instauración del tratamiento adecuado puede conducir a un mejor pronóstico

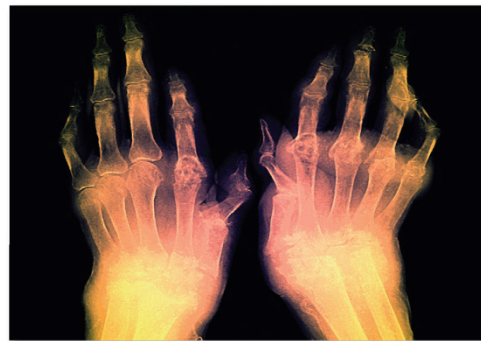
Evaluaciones que contribuyen a hacer y comunicar un diagnóstico de espondiloartritis anquilosante



Historia clínica



TC



Radiografía



MRI

CT = tomografía computarizada; MRI = imagen por resonancia magnética

Mayo Clinic. *Ankylosing Spondylitis*. Disponible en: <http://www.mayoclinic.com/health/ankylosing-spondylitis/DS00483/METHOD=print&DSECTION=all>. Accesado: 13 de agosto de 2013.

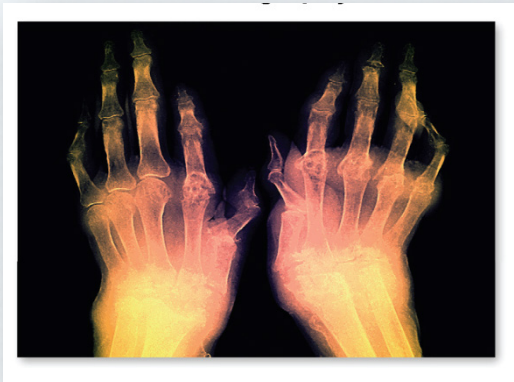
Evaluaciones que contribuyen a hacer un diagnóstico de artritis reumatoide



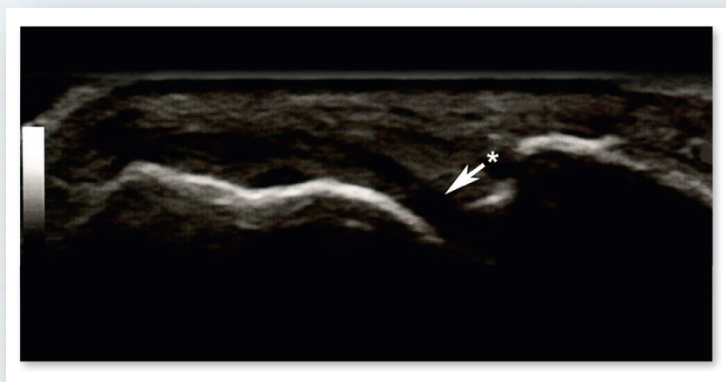
Historia clínica y examen especializado



Estudios de laboratorio



Radiografía

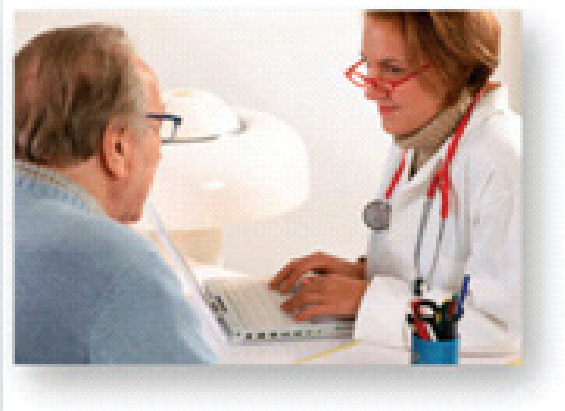


Ultrasonido y/o MRI

La flecha denota derrame articular; MRI = imagen por resonancia magnética

Mayo Clinic. *Rheumatoid Arthritis*. Disponible en: <http://www.mayoclinic.com/health/rheumatoid-arthritis/DS00020/DSECTION=tests-and-diagnosis>.
Accesado: 1 de septiembre de 2013; O'Dell JR. In: Goldman L, Ausiello D (eds). *Cecil Medicine*. 23rd ed. Saunders Elsevier; Philadelphia, PA: 2007.

Evaluaciones que contribuyen a hacer y comunicar un diagnóstico de osteoartritis



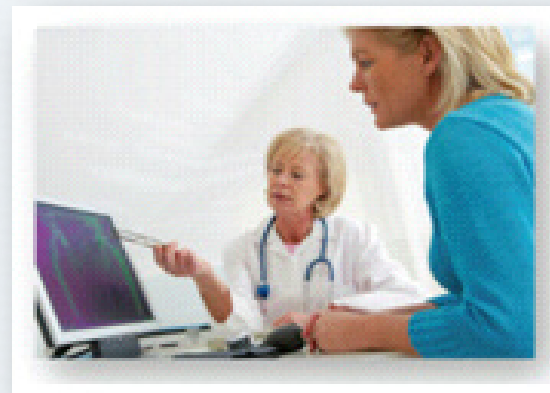
Historia clínica



Exploración física



Radiografía



Discutir el diagnóstico

Evaluación holística de las personas con osteoartritis



Historia



Factores de riesgo de espondiloartritis anquilosante

- La herencia es un factor de riesgo principal para espondiloartritis anquilosante
 - ~90% del riesgo se relaciona con la conformación genética
 - El alelo *HLA-B27* se encuentra en 90–95% de los pacientes con la enfermedad y parece contribuir con 16–50% del riesgo genético

antígeno leucocitario humano

American College of Rheumatology. *AS Fact Sheet*. Disponible en:

[http://www.rheumatology.org/Practice/Clinical/Patients/Diseases_And_Conditions/Spondylarthritis_\(Spondylarthropathy\)/](http://www.rheumatology.org/Practice/Clinical/Patients/Diseases_And_Conditions/Spondylarthritis_(Spondylarthropathy)/). Accesado: 1 de septiembre de 2013;
Dakwar E *et al. Neurosurg Focus* 2008; 24(1):E2; Kang JH *et al. Ann Rheum Dis* 2010; 69(6):1165-8; Kataria RK *et al. Am Fam Physician* 2004; 69(12):2853-60;
Rosenbaum J, Chandran V. *Am J Med Sci* 2012; 343(5):364-6; Sieper J *et al. Ann Rheum Dis* 2002; 61(Suppl 3):iii8-18;

Los factores genéticos pueden predisponer a los individuos a desarrollar espondiloartritis anquilosante

- Fuerte asociación entre la espondiloartritis anquilosante y *HLA-B27*
- Variabilidad étnica y racial en la presencia y expresión de *HLA-B27*

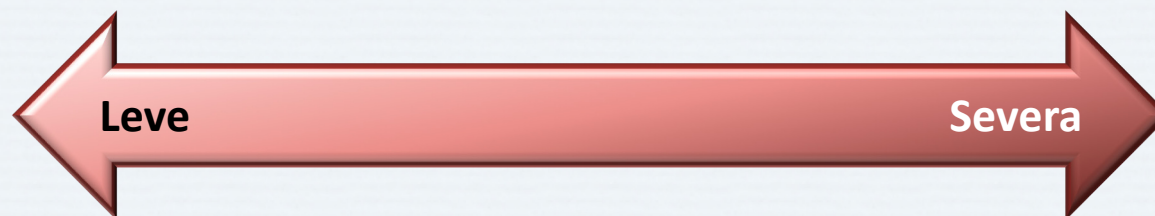
	<i>HLA-B27</i> positivo	Espondiloartritis anquilosante y <i>HLA-B27</i> positivo
Caucásicos de Europa Occidental	8%	90%
Afroamericanos	2% a 4%	48%

HLA = antígeno leucocitario humano

Khan MA. *Ann Intern Med* 2002; 136(1@):896-907; Khan MA. *Clin Exp Rheumatol* 2002; 20(6 Suppl 28):S6-10; Khan MA et al. *J Rheumatol Suppl* 1977; 3(Suppl 3):39-43.

La historia natural de la espondiloartritis anquilosante es altamente variable

- Etapas tempranas: remisiones y exacerbaciones espontáneas
- Espectro de severidad¹



Afección limitada de la articulación sacroilíaca o lumbar

Enfermedad debilitante

- Fase “preespondilítica” – periodo no reconocido de daño estructural progresivo durante un periodo de 5 a 10 años²
- El retraso promedio del diagnóstico es de **8.9 años**³

Signos y síntomas de espondiloartritis anquilosante

- Primeros síntomas típicos: dolor y rigidez en la columna lumbar y glúteos
 - El malestar puede ser inicialmente unilateral o alternar de lado
 - El dolor es sordo y difuso
 - El dolor y la rigidez usualmente aumentan en la mañana y por la noche
- Las primeras etapas pueden acompañarse de fiebre, pérdida del apetito y malestar general
- El dolor eventualmente se vuelve crónico y es percibido bilateralmente
 - Persiste ≥ 3 meses
- Después de años o meses, la rigidez y el dolor pueden diseminarse hacia la columna

Características clínicas de la espondiloartritis anquilosante

- Espondiloartropatía (afección vertebral [fusión])
- Entesopatía
- Típicamente progresa a través del tiempo
- El diagnóstico precoz y el tratamiento apropiado pueden minimizar años de dolor y discapacidad
 - Los nsNSAID/coxib son un pilar del tratamiento
 - Los inhibidores del TNF- α son una opción que está surgiendo

Coxib = inhibidor selectivo COX-2; nsNSAID = fármaco antiinflamatorio no esteroideo; TNF = factor de necrosis tumoral

American College of Rheumatology. *AS Fact Sheet*. Disponible en:

[http://www.rheumatology.org/Practice/Clinical/Patients/Diseases_And_Conditions/Spondylarthritis_\(Spondylarthropathy\)/](http://www.rheumatology.org/Practice/Clinical/Patients/Diseases_And_Conditions/Spondylarthritis_(Spondylarthropathy)/). Accesado: 1 de septiembre de 2013;

Kataria RK *et al. Am Fam Physician* 2004; 69(4):2853-60; Sieper J *et al. Ann Rheum Dis* 2002; 61(Suppl 3):iii8-18;

Características clínicas de la espondiloartritis anquilosante

Esqueléticas^{1,2}

- Artritis axial (por ejemplo, sacroileítis y espondilitis)
- Artritis de 'las cinturas' (caderas y hombros)
- Artritis periférica no común
- Otras: entesitis, osteoporosis, vertebrales, fracturas, espondilodiscitis, pseudoartrosis

Extra-esqueléticas²

- Uveítis aguda anterior
- Afección cardiovascular
- Afección pulmonar
- Síndrome de cauda equina
- Lesiones de la mucosa intestinal
- Amiloidosis, diversas

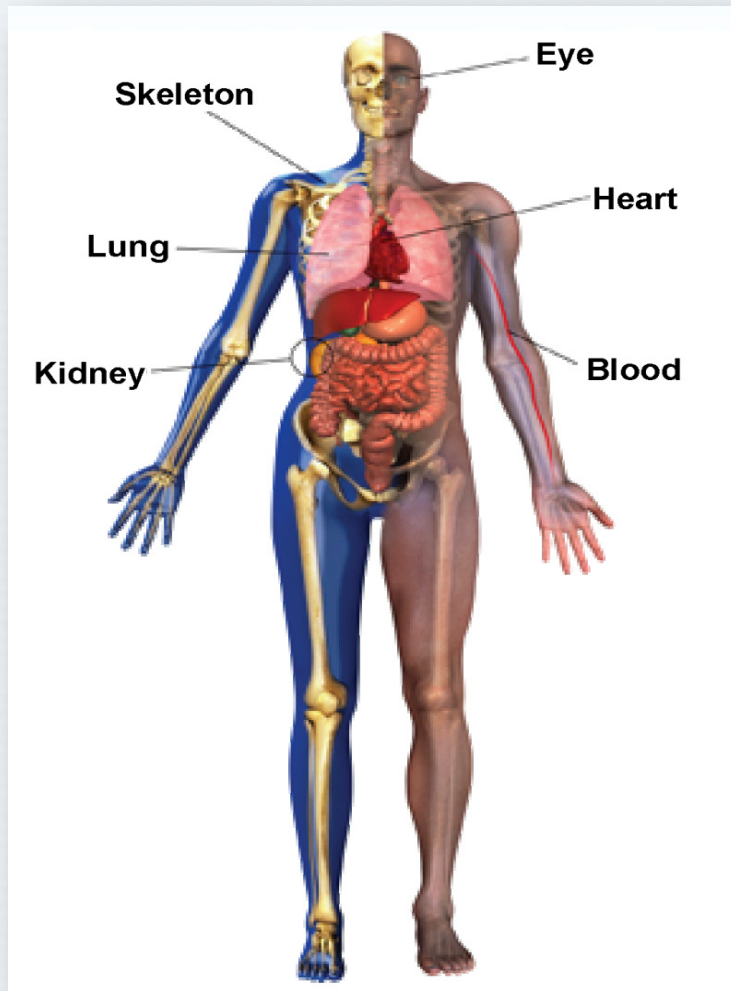
Factores de riesgo de artritis reumatoide

- Sociodemografía y genética
- Factores de riesgo modificables:
 - Exposición reproductiva a hormonas,
 - Uso de tabaco
 - Factores alimenticios
 - Exposiciones microbianas

Signos y síntomas de artritis reumatoide

- Dolor articular
 - Inicio insidioso
- Rigidez en múltiples articulaciones
- Inflamación en múltiples articulaciones
- También puede haber características sistémicas
- Afección simétrica de las articulaciones

Manifestaciones extraarticulares de la artritis reumatoide



Las manifestaciones extraarticulares de la artritis reumatoide pueden presentarse en varios tejidos

Factores de riesgo de osteoartritis

- Mayor edad
 - El envejecimiento es el mayor factor de riesgo identificado para osteoartritis
- Género
 - Las mujeres tienen más probabilidad de desarrollar osteoartritis
- Deformidades en los huesos
- Lesiones articulares
- Obesidad
- Ocupaciones que sometan a estrés repetitivo una articulación en particular
- Otras enfermedades
 - Diabetes
 - Hipotiroidismo
 - Gota
 - Enfermedad de Paget

Signos y síntomas de osteoartritis

- Dolor articular¹
 - Mecánico – exacerbado por la actividad
- Rigidez¹
- Limitación del rango de movimiento¹
- Inflamación¹
- Crepitación (tronido de las articulaciones)¹
- Afección asimétrica de las articulaciones²



Instrumentos de evaluación del dolor

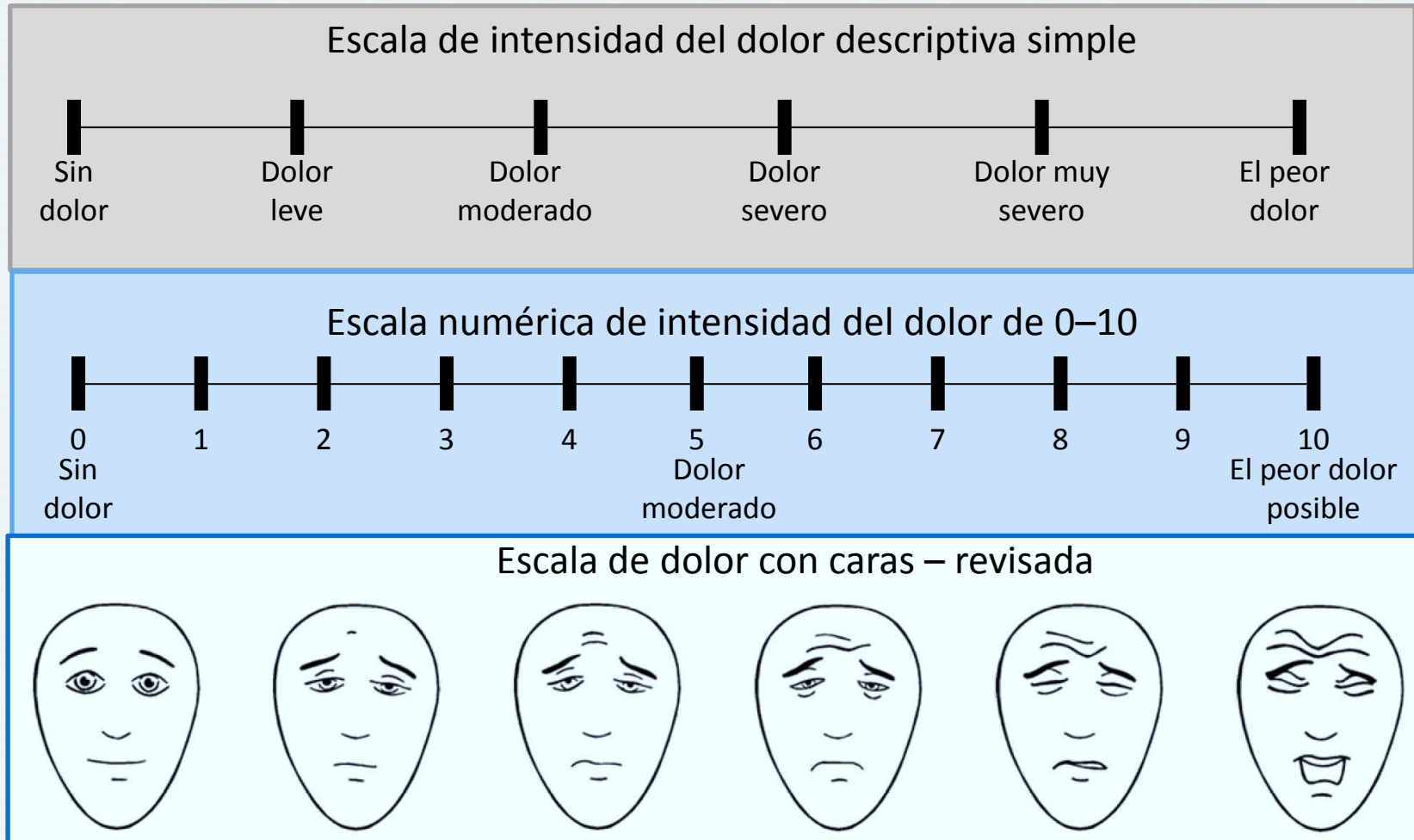
Instrumentos unidimensionales

- Escala Analógica Visual
- Escala Verbal de Intensidad del Dolor
- Escala de Dolor con Caras
- Escala numérica de intensidad del dolor de 0–10

Instrumentos multidimensionales

- Inventario Breve de Dolor
- Cuestionario de Dolor de McGill

Determinar la intensidad del dolor



Exploración física



Exploración física: espondiloartritis anquilosante

- Evaluación global hecha por el paciente
- Dolor en la columna vertebral
- Rigidez de la columna vertebral
- Movilidad de la columna vertebral
- Función física
- Articulaciones periféricas y ligamentos
- Fatiga
- Actividad de la enfermedad
- Calidad de vida
- Reactantes de fase aguda
- Estudios de imagen

Exploración física: artritis reumatoide

Inspeccione:

- Marcha
- Inflamación
- Eritema en articulaciones o tendones
- Cambios en la piel
- Atrofia de músculos regionales
- Deformidad o contractura

Palpe:

- Palpe los márgenes de cada articulación

Mueva:

- Activo, pasivo y resistido

Exploración física para osteoartritis

Rodilla	Cadera
Revisar alineación	Revisar discrepancia en la longitud de las piernas
Evaluar la fuerza muscular (atrofia del cuádriceps)	Evaluar fuerza muscular
Evaluar sensibilidad/ dolor	Evaluar sensibilidad/ dolor
Evaluar el rango de movilidad	Evaluar el rango de movilidad
Palpar inflamación ósea	
Revisar crepitación	
Observar la marcha	
Buscar inflamación	

Tome en cuenta que aunque debe evaluarse la inestabilidad, no hay signos de inestabilidad en la exploración física.

Cibere J et al. *Arthritis Rheum* 2004; 50(2):458-68; Cibere J et al. *Arthritis Rheum* 2008; 59(3):373-81.

Fiabilidad de las exploraciones físicas para osteoartritis de rodilla

Resumen de los valores postestandarización para las técnicas de exploración física más fiables en cada dominio

Dominio	Signo en la exploración física	Fiabilidad
Alineación	Alineación con el goniómetro	0.99*
Inflamación ósea	Palpación	0.97*
Crepitación	Crepitación pasiva general	0.96*
Marcha	Inspección	0.78 [†]
Inflamación	Signo de derrame	0.97*
Inestabilidad	–	Poco fiable
Fuerza muscular	Atrofia del cuádriceps	0.97*
Sensibilidad/ dolor	Sensibilidad tibiofemoral medial	0.94*
Sensibilidad/ dolor	Sensibilidad tibiofemoral lateral	0.85*
Sensibilidad/ dolor	Sensibilidad patelofemoral por la maniobra de compresión	0.94*
Rango de movimiento	Contractura en flexión	0.95*

*Por coeficiente de fiabilidad; †Por kappa ajustada a la prevalencia, ajustada al sesgo

Cibere J et al. *Arthritis Rheum* 2004; 50(2):458-68.

Fiabilidad de las exploraciones físicas para osteoartritis de cadera


Resumen de los valores postestandarización para las técnicas de exploración física más fiables en cada dominio

Dominio	Signo en la exploración física	Fiabilidad
Marcha	—	Poco fiable
Discrepancia de la longitud de las piernas	Discrepancia de la longitud verdadera de la pierna 1.5 cm	0.72 (PABAK)
	Discrepancia de la longitud aparente de la pierna 1.5 cm	0.88 (PABAK)
Fuerza muscular	Fuerza de los flexores de cadera: en sedestación	0.95 (Rc)
	Fuerza de los abductores de cadera: en sedestación	0.86 (Rc)
	Fuerza de los aductores de cadera: en sedestación	0.86 (Rc)
	Fuerza de los extensores de cadera: en decúbito lateral	0.86 (Rc)
Dolor/ sensibilidad	Dolor de cadera: prueba de rotación femoral	0.88 (Rc)
Rango de movimiento	Rango de movimiento de rotación interna de la cadera: en sedestación o decúbito supino	0.94 (Rc)
	Rango de movimiento de selección de la cadera: en decúbito supino	0.91 (Rc)
	Contractura en flexión de la cadera (maniobra de Thomas)	0.88 (PABAK)

PABAK = kappa ajustada para la prevalencia, ajustada para el riesgo; Rc = coeficiente de fiabilidad

Cibere J et al. *Arthritis Rheum* 2008; 59(3):373-81.

Estudios de imagen y otras pruebas





Hallazgos radiográficos distintivos de los diferentes tipos de dolor articular

Condición	Densidad ósea	Erosiones	Quistes	Pérdida del espacio articular	Distribución	Producción de hueso
Osteoartritis	En general normal	✗*	Subcondrales	No uniforme	Unilateral o bilateral asimétrica	Osteofitos Esclerosis subcondral
Artritis reumatoide	Disminuida	✓	Sinoviales	Uniforme	Simétrica bilateral	✗
Artritis psoriásica	Normal	✓	✗	✓	Asimétrica unilateral	✓
CPPD	Normal	✗	✓	Uniforme	Asimétrica unilateral	Osteofitos Condrocalcinosis Subcondral
Espondiloartritis anquilosante	Temprana – normal Tardía – disminuida	✓	✗	✓	Asimétrica unilateral	✓
DISH	Normal	✗	✗	✗	Esporádica	Osteofitos fluentes Osificación de tendones y ligamentos

*A menos que se trate de osteoartritis erosiva

CPPD = enfermedad por deposición de pirofosfato de calcio; DISH = hiperostosis esquelética idiopática difusa

Adaptado de: Swagerty DL Jr, Hellinger D. *Am Fam Physician* 2001; 64(2):279-86.

Radiografía: osteoartritis vs. artritis reumatoide de la mano

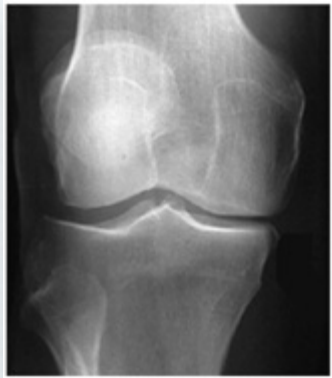
Osteoartritis



Artritis reumatoide

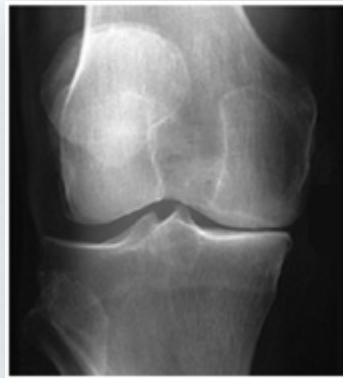


Características radiográficas de la osteoartritis



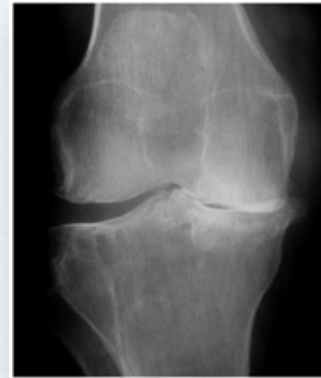
Grado 1

Esclerosis del hueso subcondral



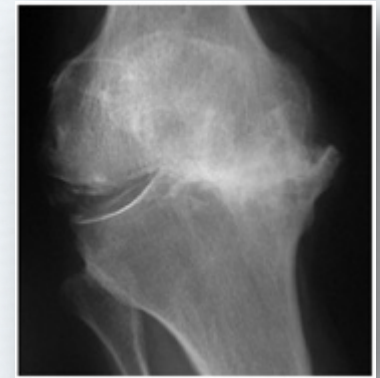
Grado 2

Disminución del espacio articular



Grado 3

Osteofitos y geodas



Grado 4

Malformación

Grado 1	Estrechamiento dudoso del espacio articular y posible delineamiento de osteofitos
Grado 2	Osteofitos definidos y posible estrechamiento del espacio articular
Grado 3	Múltiples osteofitos moderados, estrechamiento definido del espacio articular y algo de esclerosis
Grado 4	Grandes osteofitos, estrechamiento marcado del espacio articular, esclerosis severa y deformación definida de los extremos del hueso

Diagnóstico



Criterios modificados de Nueva York para el diagnóstico de espondiloartritis anquilosante

Criterios clínicos

- Dolor lumbar (>3 meses, mejora con el ejercicio, no se alivia con el reposo)
- Limitación del movimiento de la columna lumbar, planos sagital y frontal
- Limitación de la expansión torácica en relación con los valores normales para la edad y sexo

Criterios radiológicos

- Sacroileítis grado ≥ 2 bilateralmente o grado 3–4 unilateralmente

Clasificación

- **Definida** criterio radiológico de espondiloartritis anquilosante presente más al menos un criterio clínico
- **Probable** espondiloartritis anquilosante si:
 - 3 criterios clínicos
 - Criterio radiológico presente pero sin signos/ síntomas que satisfagan criterios clínicos

El diagnóstico de artritis reumatoide se basa en varios factores

La artritis reumatoide definida se basa en la presencia confirmada de:

- Sinovitis en ≥ 1 articulación
- Ausencia de un diagnóstico alternativo
- Puntuación total ≥ 6 de 4 de los siguientes dominios
 - Número y sitio de articulaciones afectadas (rango de puntuación 0–5)
 - Anormalidad serológica (rango de puntuación 0–3)
 - Respuesta elevada de reactantes de fase aguda (rango de puntuación 0–1)
 - Duración de los síntomas (rango de puntuación 0–1)

Criterios de diagnóstico del ACR/EULAR para artritis reumatoide

Criterio		Puntuación
Afección articular*	1 articulación grande	0
	2–0 articulaciones grandes	1
	1–3 articulaciones pequeñas (± afección de articulación grande)	2
	4–10 articulaciones pequeñas (± afección de articulación grande)	3
	>10 articulaciones (≥1 articulación pequeña)	5
Serología**	RF negativo y ACPA negativo	0
	RF positivo bajo o ACPA positivo bajo	2
	RF positivo alto o ACPA positivo alto	3
Reactantes de fase aguda†	CRP normal y ESR normal	0
	ESR anormal o CRP	1
Duración de los síntomas‡	<6 semanas	0
	≥6 semanas	1

Puntuación total ≥6/10 necesaria para clasificar artritis reumatoide definida

*Cualquier articulación inflamada o sensible en la exploración; excluyendo: articulaciones interfalángicas distales, 1o. articulación carpometacarpiana, y 1o. articulación metatarsfalángica; articulaciones grandes = hombros, codos, caderas, rodillas y tobillos; articulaciones pequeñas = articulaciones metacarpofalángicas, articulaciones interfalángicas proximales, 2o.–5o. articulaciones metatarsfalángicas, articulaciones interfalángicas del pulgar y muñecas; la categoría >10 puede incluir articulaciones grandes y pequeñas, y otras articulaciones no listadas aquí (por ejemplo, temporomandibular, acromioclavicular, o esternoclavicular); **Negativo: valores en IU ≤ULN para laboratorio y ensayo; positivo bajo: IU >ULN pero ≤3x ULN; positivo alto: IU >3x ULN; cuando sólo se conocen RF positivo o RF negativo, positivo calificado como positivo bajo; †Normal/ anormal determinado por estándares del laboratorio local; ‡Autorreporte del paciente de la duración de los signos/ síntomas de sinovitis de las articulaciones afectadas clínicamente en el momento de la evaluación, independientemente del estado de tratamiento ACPA = anticuerpos antiproteína/ péptido citrulinado; ACR = Colegio Americano de Reumatología; CRP = Proteína C reactiva; ESR = velocidad de eritrosedimentación; EULAR = Liga Europea contra el Reumatismo; ULN = límite superior de lo normal; RF= factor reumatoide

Criterios diagnósticos del ACR para osteoartritis de cadera, mano y rodilla

Cadera¹

Dolor en la cadera + ≥ 2 de :

- ESR < 20 mm/hora
- Radiografías con osteofitos femorales o acetabulares (crecimiento óseo en el acetábulo o en el fémur)
- Estrechamiento radiográfico del espacio articular

Mano²

Dolor en la mano, molestias o rigidez + ≥ 3 de :

- Crecimiento de tejidos duros ≥ 2 de 10 articulaciones seleccionadas
- Crecimiento de tejidos duros de ≥ 2 articulaciones DIP
- < 3 articulaciones MCP inflamadas
- Deformidad de ≥ 1 de 10 articulaciones seleccionadas

Rodilla³

Dolor en la rodilla + ≥ 1 de:

- Edad > 50 años
- Rigidez < 30 minutos
- Crepitación (tronidos en las articulaciones) + osteofitos (crecimiento pequeño, anormal de hueso o espículas)

ACR = Colegio Americano de Reumatología; DIP = interfalángica distal; ESR = velocidad de eritrosedimentación; MCP = metacarpofalángica

1. Altman R et al. *Arthritis Rheum* 1991; 34(5):505-14; 2. Altman R et al. *Arthritis Rheum* 1990; 33(11):1601-10; 3. Altman R et al. *Arthritis Rheum*. 1986; 29(8):1039-49.

EULAR: Componentes principales del diagnóstico de la osteoartritis de la mano

Factores de riesgo

- Sexo femenino
- Edad >40 años
- Estado de menopausia
- Antecedente familiar de osteoartritis de la mano
- Obesidad
- Densidad ósea más alta
- Mayor fuerza muscular del antebrazo
- Laxitud articular
- Lesión previa de la mano
- Uso relacionado con la ocupación o recreación

Síntomas

- Dolor con el uso
- Rigidez matutina o por inactividad leve que afecta una o pocas articulaciones a la vez
- Síntomas frecuentes de enfermedad
- Síntomas dirigidos a las articulaciones DIP, PIP, base del pulgar, índice y MCP

Características clínicas

- Nódulos de Herberden
- Nódulos de Bouchard
- Crecimiento óseo sin deformidad que afecta a articulaciones características (articulaciones DIP, PIP, base del pulgar, índice y MCP)

Características radiográficas

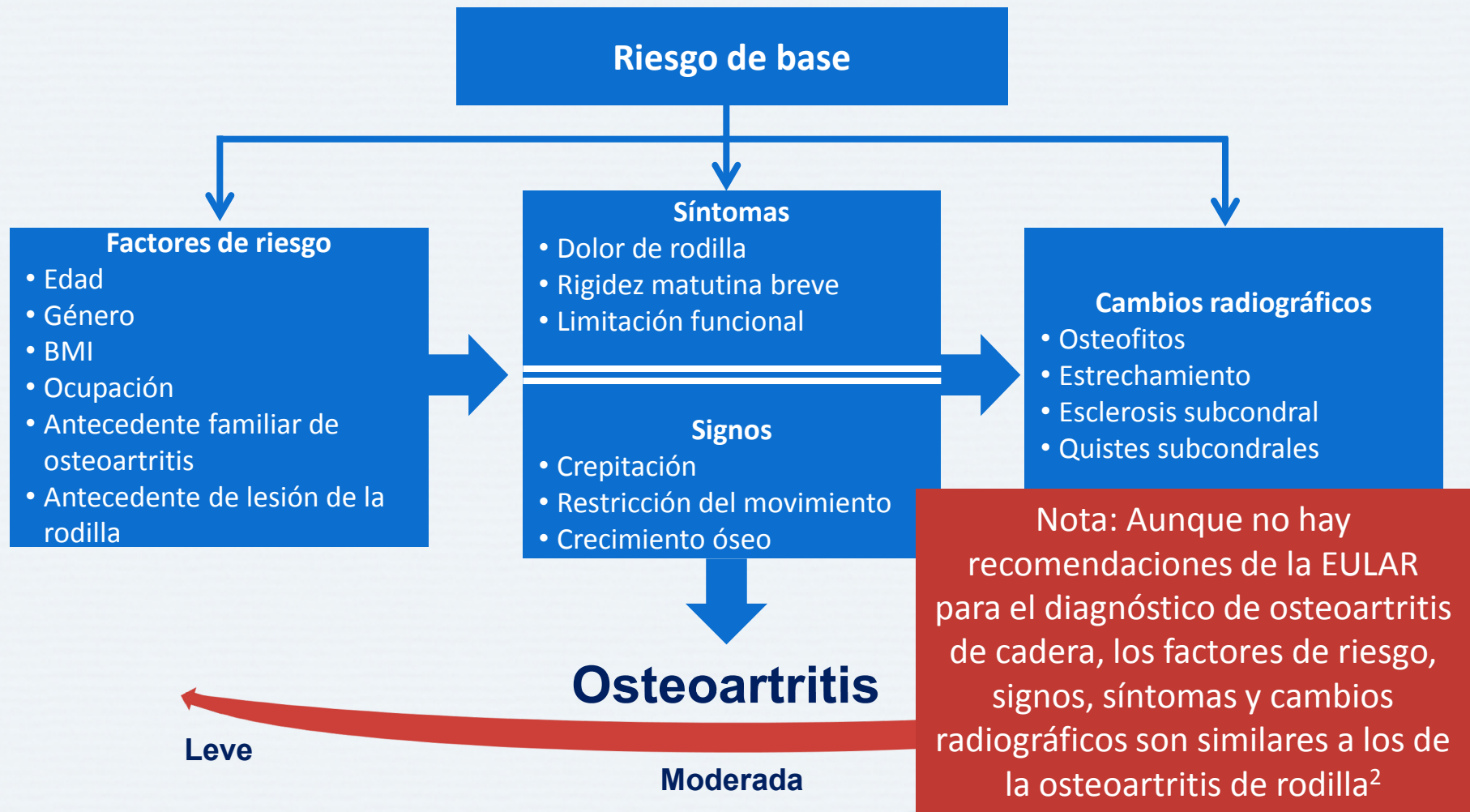
- Estrechamiento del espacio articular
- Osteofitos
- Esclerosis del hueso subcondral
- Quiste subcondral
- Erosión subcondral en osteoartritis erosiva de la mano

DIP = interfalángica distal; EULAR = Liga Europea contra el Reumatismo;

MCP = metacarpofalángica; PIP = interfalángica proximal

Zhang W et al. *Ann Rheum Dis* 2009; 68(1):8-17.

EULAR: Componentes principales en el diagnóstico de la osteoartritis de rodilla¹



BMI = índice de masa corporal; EULAR = Liga Europea contra el Reumatismo

1. Zhang W et al. *Ann. Rheum Dis* 2010; 69(3):483–9; 2. Hasan M, Shuckett R. *BCM J* 2010; 52(8):393-8.

Distinguiendo la osteoartritis de la artritis reumatoide

Característica	Osteoartritis	Artritis reumatoide
Proceso fisiopatológico	Degenerativo	Autoinmunitario
Articulaciones comúnmente afectadas	Caderas, rodillas, columna vertebral, dedos	Manos, pies
Afección típicamente simétrica	No	Sí
Rigidez matutina	Transitoria	Persistente
Inflamación articular	Tejidos duros	Tejidos blandos
Afección de la mano	Articulaciones distales	Articulaciones proximales
Afección extraarticular	No	Sí
Marcadores autoinmunitarios elevados	No	Sí

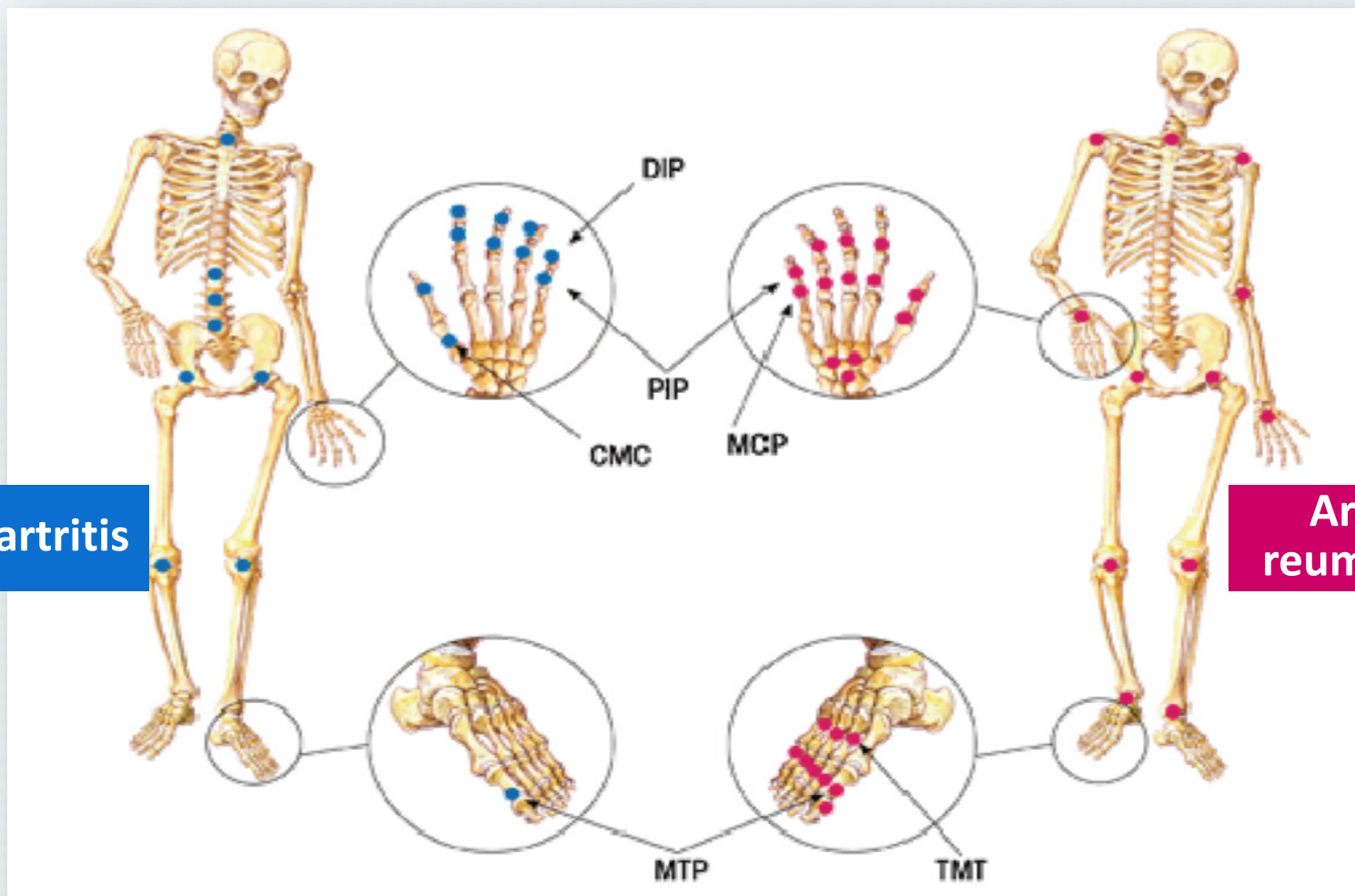
Centers for Disease Control. *Osteoarthritis*. Disponible en: <http://www.cdc.gov/arthritis/basics/osteoarthritis.htm>. Accesado: 9 de agosto de 2013;

Centers for Disease Control. *Rheumatoid Arthritis*. Disponible en: <http://www.cdc.gov/arthritis/basics/rheumatoid.htm>. Accesado: 19 de agosto de 2013;

National Institutes of Health. *Osteoporosis and Arthritis: Two Common but Different Conditions*. Disponible en: http://www.niams.nih.gov/Health_Info/Bone/Osteoporosis/Conditions_Behaviors/osteoporosis_arthritis.asp. Accesado: 19 de agosto de 2013;

O'Dell JR. In: Goldman L, Ausiello D (eds) *Cecil Textbook of Medicine*. 23rd ed. Saunders Elsevier; Philadelphia, PA: 2007.

La afección articular diferencia la osteoartritis de la artritis reumatoide



Osteoartritis

Artritis reumatoide

CMC = carpometacarpiana; DIP = interfalángica distal; MCP = metacarpofalángica; MTP = metatarsofalángica; PIP = interfalángica proximal ; TMT = tarsometatarsiana

Lane NE *et al.* In: Goldman L, Ausiello D (eds). *Cecil Textbook of Medicine*. 23rd ed. Saunders Elsevier; Philadelphia, PA: 2007;

O'Dell JR. In: Goldman L, Ausiello D (eds). *Cecil Textbook of Medicine*. 23rd ed. Saunders Elsevier; Philadelphia, PA: 2007.

Resumen





Evaluación y diagnóstico del dolor articular crónico: resumen

- Muchas condiciones diferentes pueden presentarse con dolor articular -es importante diagnosticar correctamente la condición subyacente para proporcionar al paciente el tratamiento apropiado y mejorar el pronóstico
- Los hallazgos radiográficos, así como el patrón de afección articular, signos y síntomas, pueden ayudar a diferenciar los tipos de dolor articular
- Otras modalidades de estudios de imagen, tales como CT y MRI, y estudios de laboratorio exhaustivos usualmente no son necesarios para distinguir la osteoartritis de otras formas de dolor articular, pero pueden ser útiles para el diagnóstico de pacientes que sufren de otras formas de dolor articular crónico