

PARTE II:

Dolor articular

GUÍA DE DIAGNÓSTICO Y MANEJO

13



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

OBJETIVOS

1. Diferenciar el dolor, primariamente originado en las articulaciones, del dolor, que secundariamente se manifiesta en ellas.
2. Reconocer las causas más frecuentes de dolor articular.
3. Establecer una ruta crítica para el tratamiento inicial del dolor articular.

1.- DEFINICIÓN DEL PROBLEMA

La fuente más común de sintomatología y de limitación funcional en el adulto mayor es el sistema músculo-esquelético. El 40% de las personas mayores de 60 años, padecen de artralgias. Las enfermedades que causan el dolor articular son generalmente crónicas, incapacitantes y difíciles de tratar, lo cual genera frustración, tanto en el paciente, como en el médico. Hay que diferenciarlo, fundamentalmente, de otros dolores somáticos de causa periarticular o extraarticular, ya que la referencia difusa y poco exacta de la descripción del paciente puede conducir a dudas al momento de la evaluación.

1.1.- FORMAS DE PRESENTACIÓN

El paciente habitualmente se queja de dolor articular directamente. Sin embargo, en ocasiones no lo hace, debido a que puede considerar que este tipo de dolor es un proceso normal o esperable en el envejecimiento.

El dolor articular puede ser según su localización:

- Monoarticular (en una sola articulación).
- Oligoarticular (en varias articulaciones).
- Poliarticular (en muchas articulaciones).

Además puede presentarse como:

- Dolores articulares en pequeñas o grandes articulaciones.
- Acompañado de signos de inflamación (artritis) o sin signos inflamatorios asociados (artralgia).

2.- BASES PARA EL DIAGNÓSTICO

2.1.- PRINCIPALES CAUSAS

Las causas más frecuentes de dolor articular y sus características clínicas más importantes se presentan en el Cuadro 13.1.

2.2.- DIAGNÓSTICO DEL PROBLEMA

- **¿SE TRATA DE ARTRALGIA ORIGINADA POR UNA ENFERMEDAD EXTRA-ARTICULAR?**

Se debe descartar que otras patologías, en particular, infecciones o cáncer, sean las causantes del dolor articular, la fiebre, la pérdida de peso y el inicio agudo. Estas son pistas para determinar la causa, sin embargo, también pueden estar presentes en las patologías articulares. El dolor que no mejora con el reposo o con el cambio de posición es otra pista para un origen extra-articular.

Las *radiografías simples* son muy útiles, no por demostrar cambios articulares crónicos, sino .

CUADRO 13.1. CAUSAS MÁS FRECUENTES DE DOLOR ARTICULAR

Enfermedad	Características clínicas
Osteoartrosis	<ul style="list-style-type: none"> • Dolor más importante cuando la articulación se somete a carga. • Aumenta con el movimiento y disminuye con el reposo. • Afecta fundamentalmente caderas, rodillas, columna lumbar, articulaciones interfalángicas distales y la primera articulación carpo-metacarpal. • El dolor es habitualmente más importante en la mañana al comenzar a moverse y disminuye en el transcurso del día.
Polimialgia reumática	<ul style="list-style-type: none"> • Es la enfermedad reumatológica sistémica más frecuente de inicio en el adulto mayor. • Dolor en cintura escapular y pélvica bilateral. • Rigidez importante. • Generalmente de inicio agudo. • El dolor es peor en reposo que en movimiento. • Velocidad de sedimentación elevada.
Gota	<ul style="list-style-type: none"> • Generalmente de inicio agudo. • Mono u oligo-artritis distal. • Dolor intenso en la articulación afectada, la cual generalmente está eritematosa. • La articulación más afectada es la primera metatarso-falángica. • Las siguientes en frecuencia son rodilla y codo. • Puede tener síntomas sistémicos.
Pseudogota	<ul style="list-style-type: none"> • Características parecidas a la gota, aunque la pseudogota es más frecuente que la gota en el adulto mayor. • Generalmente asociada a estrés metabólico (como en el período posoperatorio). • Puede tener afección sistémica.
Artritis reumatoide*	<ul style="list-style-type: none"> • Poco frecuente que tenga su inicio en el adulto mayor. • Generalmente poliartritis distal <i>simétrica</i>. • Afecta de manera predominante las <i>articulaciones pequeñas</i>. • Puede tener síntomas sistémicos. • Generalmente no afecta a interfalángicas distales.

*Para el diagnóstico se requieren 4 características de las siguientes: rigidez matutina de más de 30 minutos de duración, artritis en al menos tres áreas articulares, afectación en manos, simetría, nódulos reumatoides, factor reumatoide positivo, alteraciones radiográficas compatibles. Las 4 primeras deben estar presentes por lo menos 6 semanas.

- **¿SE TRATA DE UNA ENFERMEDAD REUMATOLÓGICA SISTÉMICA O LOCAL?**

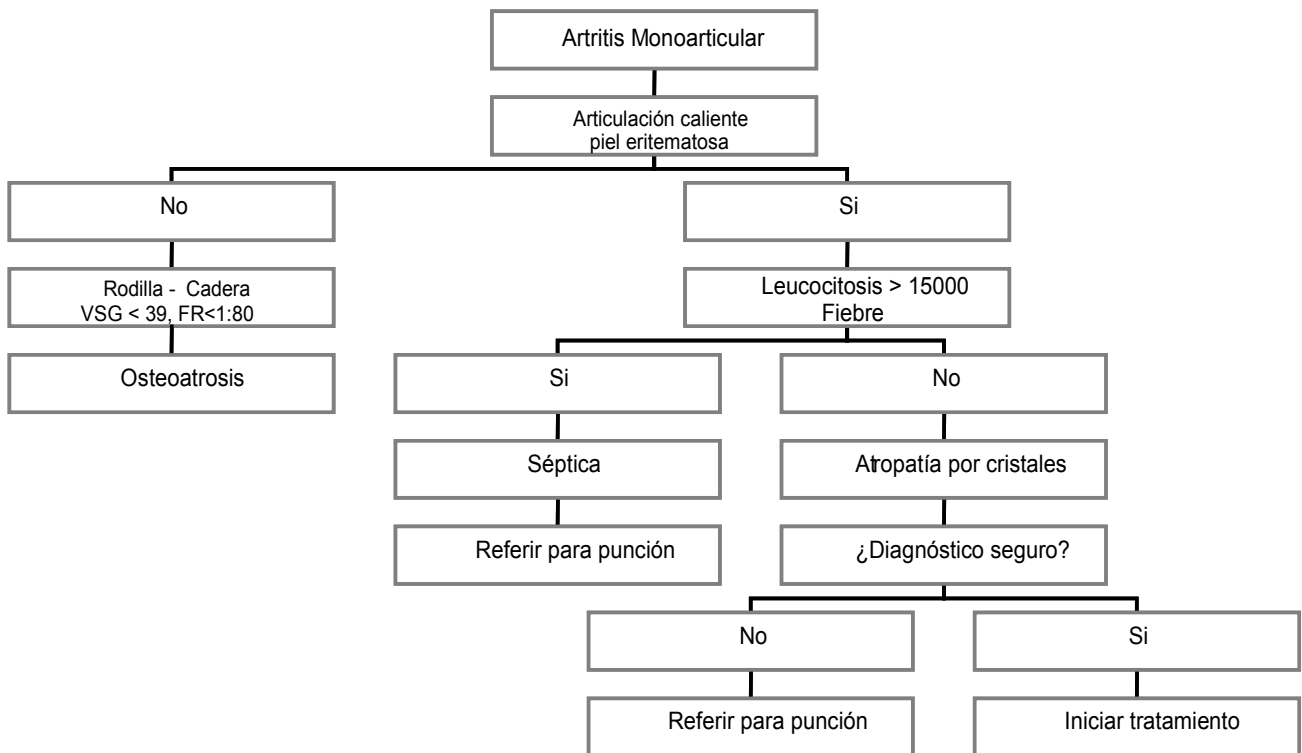
Si el problema es primariamente articular, se debe descartar que forme parte de una enfermedad reumatológica sistémica que requiera un tratamiento específico (caso de la artritis reumatoide o la polimialgia reumática). Estas se pueden asociar también con datos sistémicos (*fiebre, pérdida de peso, fatiga*).

Los *estudios de laboratorio* pueden orientar el diagnóstico, pero deben ser tomados con precaución, ya que los resultados en las enfermedades reumatológicas y las infecciosas, pueden presentar similitudes.

- **¿SE TRATA DE UNA ARTRITIS MONOARTICULAR O POLIARTICULAR?**

En caso de ser monoarticular puede ser útil utilizar el algoritmo que se muestra en el Diagrama 13.1:

DIAGRAMA 13.1. ALGORITMO PARA DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS MONOARTICULAR¹

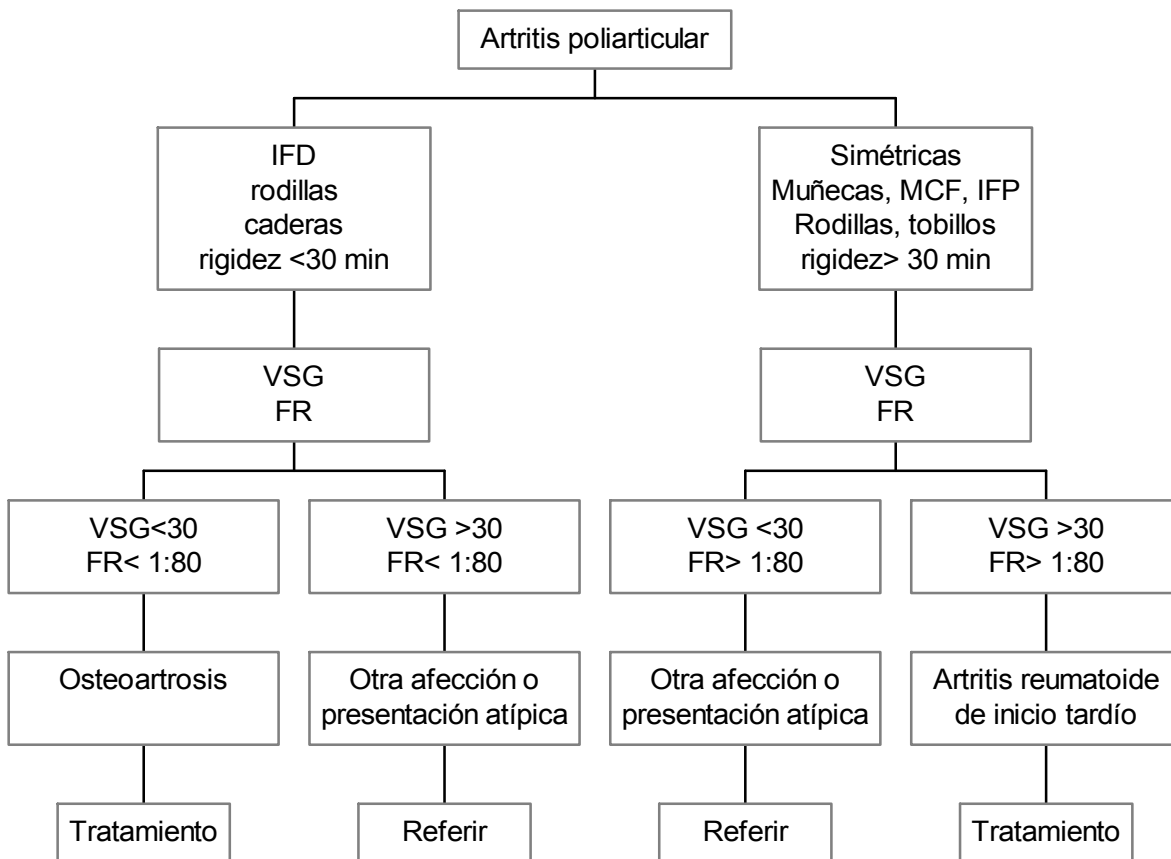


VSG: Velocidad de sedimentación global
FR: Factor reumatoide

¹ Traducido y modificado de Arcand M, Hebert R. *Precis pratique de gériatrie*. 2da Edición. Quebec: Maloine. 1997.

- SI LA AFECCIÓN ES POLI-ARTICULAR EL ALGORITMO SIGUIENTE PUEDE SER ÚTIL EN EL DIAGNÓSTICO. (DIAGRAMA 13.2)

DIAGRAMA 13.2. ALGORITMO PARA EL DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS POLI-ARTICULAR²



IFD: interfalángicas distales
 IFP: interfalángicas proximales
 MCF: Metacarpofalángicas
 FR: Factor reumatoide
 VSG: Velocidad de sedimentación globular

La presentación de la *artritis reumatoide de inicio tardío* puede ser muy atípica y confundirse incluso con la *osteoartrosis*.

² Traducido y modificado de Arcand M, Hebert R. *Precis pratique de gériatrie*. 2da Edición. Quebec: Maloine. 1997

3.- BASES PARA EL MANEJO DEL PROBLEMA

3.1.- INTERVENCIONES ESPECÍFICAS

- **OSTEOARTROSIS**

El fármaco de elección, es el *acetaminofén a dosis de hasta 4 grs al día*. Se debe recordar que la osteoartrosis se caracteriza por *exacerbaciones y remisiones*, por lo que el tratamiento no es continuo en la mayoría de los casos. Durante las exacerbaciones se pueden emplear AINES, recordando asociarlos con misoprostol o bien con omeprazol para prevenir la aparición de enfermedad ácido péptica. El uso de *inhibidores de la COX₂* es una buena alternativa, sin embargo su costo limita el uso a largo plazo. Si a pesar del uso de estos medicamentos el dolor persiste, el paciente deberá ser referido a un nivel superior de atención.

- **GOTA Y PSEUDOGOTA**

En la crisis aguda se utilizan *anti-inflamatorios no esteroideos* como primera elección. Una segunda opción es la *colchicina a dosis de 0.6 mg por vía oral cada 12 horas*. Este tratamiento es menos efectivo en la pseudogota que en la gota. Si existe hiperuricemia, esta se puede tratar con *alopurinol durante el período asintomático* para prevenir nuevos ataques.

No se debe utilizar alopurinol durante un ataque agudo, sin embargo, si el paciente lo tomaba no es necesario suspenderlo.

- **ARTRITIS REUMATOIDE DE INICIO TARDÍO**

Los *anti-inflamatorios no esteroideos* se pueden utilizar como primera opción, aunque cada vez aparecen más reportes de que los *agentes de remisión* pueden ser utilizados como primera línea, en particular el *metrotexate*. De cualquier manera, si los anti-inflamatorios no esteroideos se encuentran contraindicados o bien son ineficientes, el paciente debe ser referido. Una opción es utilizar *inhibidores de la COX₂*, los cuales han demostrado buen efecto terapéutico con baja probabilidad de efectos secundarios.

- **POLIMIALGIA REUMÁTICA**

La sospecha diagnóstica de polimialgia reumática obliga a una **referencia urgente al especialista**. De no ser esta posible y en ausencia de contraindicación, puede iniciar tratamiento de prueba con *20 mg de prednisona cada 24 hrs*. La respuesta suele ser "espectacular" cuando el diagnóstico es correcto, si bien, puede tardar en aparecer hasta una semana.

3.2.- INTERVENCIONES GENÉRICAS

La actividad física revierte muchas consecuencias fisiológicas de envejecimiento; específicamente, el ejercicio mantiene la masa muscular y ósea, disminuye el aumento en la proporción grasa - músculo asociada con el envejecimiento y preserva la función física. Tan recientemente como mediados de los años ochenta, la instrucción en el tratamiento de la artritis reumatoide era que el ejercicio se debía de evitar y el reposo en cama total era un tratamiento de base cuando habían episodios graves en la enfermedad. Cada vez más las pruebas han refutado estas creencias antiguas y han mostrado *el valor del ejercicio para las personas con artritis. El ejercicio preserva la función, reduce los síntomas y el número de días enfermos en los trastornos reumatológicos inflamatorios y osteoartritis.* El ejercicio prescrito debe considerarse una parte esencial del tratamiento de todos los trastornos reumatológicos.

4.- PUNTOS CLAVES PARA RECORDAR

- El diagnóstico diferencial de una monoartritis aguda debe ser realizado de una manera expedita.
- Se debe evitar el uso de anti-inflamatorios no esteroideos de manera crónica.

5.- LECTURAS SUGERIDAS

Agudelo CA, Wise CM. Crystal-associated arthritis. Clin Geriatr Med. 1998; 14(3):495-513.

Beers MH y Berkow R. Musculoskeletal Disorders. The Merck Manual of Geriatrics. Edición internet, 2000. http://www.merck.com/pubs/mm_geriatrics/contents.htm

Kane Robert L., J. Ouslander, I. B. Abrass, Geriatria Clínica. 3a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 1997: 202-207.

Matteson EL. Current treatment strategies for rheumatoid arthritis. Mayo Clin Proc. 2000; 75(1):69-74.

Nesher G, Moore TL, Zuckner J. Rheumatoid arthritis in the elderly. J Am Geriatr Soc. 1991; 39:284-294.

Ling SM, Bathon JM. Osteoarthritis in older adults. JAGS 1998; 46:216-225.

Loeser RF, ed. Musculoskeletal and connective tissue disorders. Clinic Geriatric Med 1998; 14(3):401-667.

Lozada CJ, Altman RD. New drug therapies for osteoarthritis. J Musculoskeletal Med 1998; (Oct.):35-40

Sewell KL. Rheumatoid arthritis in older adults. Clin Geriatr Med. 1998; 14(3):475-494.

Fundación Novartis para Estudios Gerontológicos: www.healthandage.com , en la sección Health Centers, encontrará una sección sobre Artritis.

La página web del Centro de Vigilancia de Enfermedades de los Estados Unidos, (Center for Disease Control) tiene en su página web en el tema de envejecimiento (aging) información epidemiológica y de educación pública sobre el tema de artritis en las personas adultas mayores. www.cdc.gov