

1



2



- Llega a su consulta un hombre de 43 años, con antecedentes de HTA en tratamiento con hidroclorotiazida. Sin alergias conocidas.
- Consulta por dolor intenso en el tobillo derecho. Viene con fascias dolorosa y con claudicación de la marcha.

3

- Usted recién está comenzando su práctica clínica, con sus conocimientos frescos y se dispone a hacer una evaluación lo más ordenada y completa posible.

Lo primero que usted se pregunta es ....

¿Qué le duele realmente al paciente?  
 ¿Cuáles son las estructuras del sistema músculo esquelético cuyo compromiso pudiera provocar dolor? Responda.

Huesos

Dolores Referidos.

Tendones

Ligamentos

Articulaciones

Bursas

Músculos

Nervios

4

Huesos    Bursas    Dolores Referidos.    Tendones    Músculos    Ligamentos    Nervios    Articulaciones

**¿Cómo podría diferenciarlos/clasificarlos clínicamente?**

Dolor o compromiso músculo esquelético

- No articular
  - El dolor es solo a un lado de la articulación, segmento o estructura anatómica específico.
  - Dolor sólo con un movimiento articular.
  - Es mayor con el movimiento activo (acción de músculos y tendones) y es menor o desaparece con movimientos pasivos.
- Articular
  - El dolor compromete toda la articulación
  - Limitación dolorosa de los movimientos en todos los planos
  - La articulación puede acompañarse de aumento de volumen con tensión articular o evidencias de derrame.
  - Dolor similar tanto en movilidad activa como pasiva

5



Usted constata que presenta dolor espontáneo en toda la articulación del tobillo derecho, con dolor a la movilidad tanto activa como pasiva y en todas las direcciones de rango articular.

¿ Qué estructura está comprometida?

Dolor o compromiso músculo esquelético

- No articular
- Articular**

6

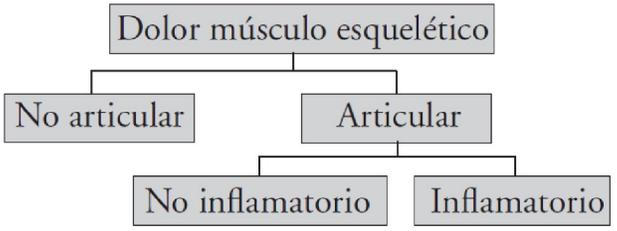


¡BIEN! Ya sé que tiene artralgia. Esto es papaya.

Oops... ¿Cómo sigo ahora?

- Infecciosas
  - Bacterianas no gonocócicas (*S. aureus* más frecuente)
  - Gonocócica
  - Virales
  - Micobacterias
  - Enfermedad de Lyme
  - Parásitos
  - Hongos
- Microcristalinas
  - Gota
  - Seudogota
  - Hidroxiapatita
  - Oxalato cálcico
- Traumáticas/mecánicas
  - Lesiones ligamentosas meniscales
  - Fracturas subcondrales
  - Artrosis
  - Osteonecrosis aséptica
- Enfermedades inflamatorias
  - LES
  - AR
  - Fiebre reumática
  - Espondilartropatías (reactivas, enteropáticas, psoriásica, anquilosante)
  - Enfermedad de Behçet
- Tumorales
  - Sinovitis villonodular pigmentada
  - Tumores óseos subcondrales
  - Metástasis
  - Procesos linfoproliferativos
- Otras
  - Hemartros por coagulopatías o anticoagulantes
  - Osteocondromatosis
  - Sinovitis por cuerpo extraño
  - Artropatía neuropática
  - Amiloidosis
  - Enfermedad de Whipple

7



Vaya Completando la tabla....

**Tabla 3. Diagnóstico diferencial del dolor articular. ¿Inflamatorio o no inflamatorio?**

Característica	Inflamatorio	No inflamatorio
Rigidez matinal	Horas	Minutos
Dolor	Reposo o noche	Actividad
Debilidad	General y marcada	Localizada
Sensibilidad local	Siempre presente	A veces presente
Aumento de volumen	Sinovitis o derrame	Óseo o derrame
Eritema o calor local	Común	Inusual
Tipo de derrame	Inflamatorio	No inflamatorio

8

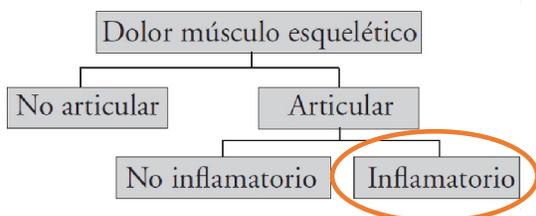


Su paciente refiere dolor espontáneo, continuo las 24 hrs pero que se exagera en la noche, tanto en reposo como en actividad.

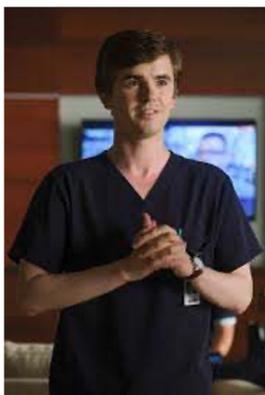
Al examinar el tobillo derecho, nota importante eritema y aumento de volumen unilateral.

Se palpa más caliente.

¿ Qué tipo de compromiso articular tiene su paciente?



9



### ¿ Qué otros aspectos del compromiso articular le faltan por indagar?

- ¿Es un problema localizado o generalizado?
- ¿Cuántas y qué tipo de articulaciones compromete?
- ¿Es un problema agudo o crónico, es autolimitado o progresivo?
- ¿Hay evidencias de un proceso sistémico, o existen manifestaciones extraarticulares?

No, doctor, si sólo me duele el tobillo derecho. Empezó hace 2 días atrás, bruscamente, no me pegué ni nada. Estaba de lo más bien, de paseo en la playa con mi familia: comiendo asados, tomando terremotos.... y al otro día durante la mañana se me hinchó, se me puso rojo y ahora me duele hasta para dormir. No, doc, no he tenido fiebre por suerte. No he bajado de peso, tampoco me he sentido más cansado ¿Piensa ud que es coronavirus?

10

Vaya seleccionando aquellas características que corresponden a su paciente.

Elementos clínicos de ayuda para definir una artropatía (artralgia)<sup>7</sup>

Forma de comienzo:	Súbito - <b>agudo</b> - progresivo
Número de articulaciones:	<b>Mono</b> - óligo - poliarticular
Tipo de articulación:	<b>Periféricas - pequeñas</b> - grandes - axiales
Simetría:	Simétrica - <b>asimétrica</b>
Evolución:	Aditiva - migratoria

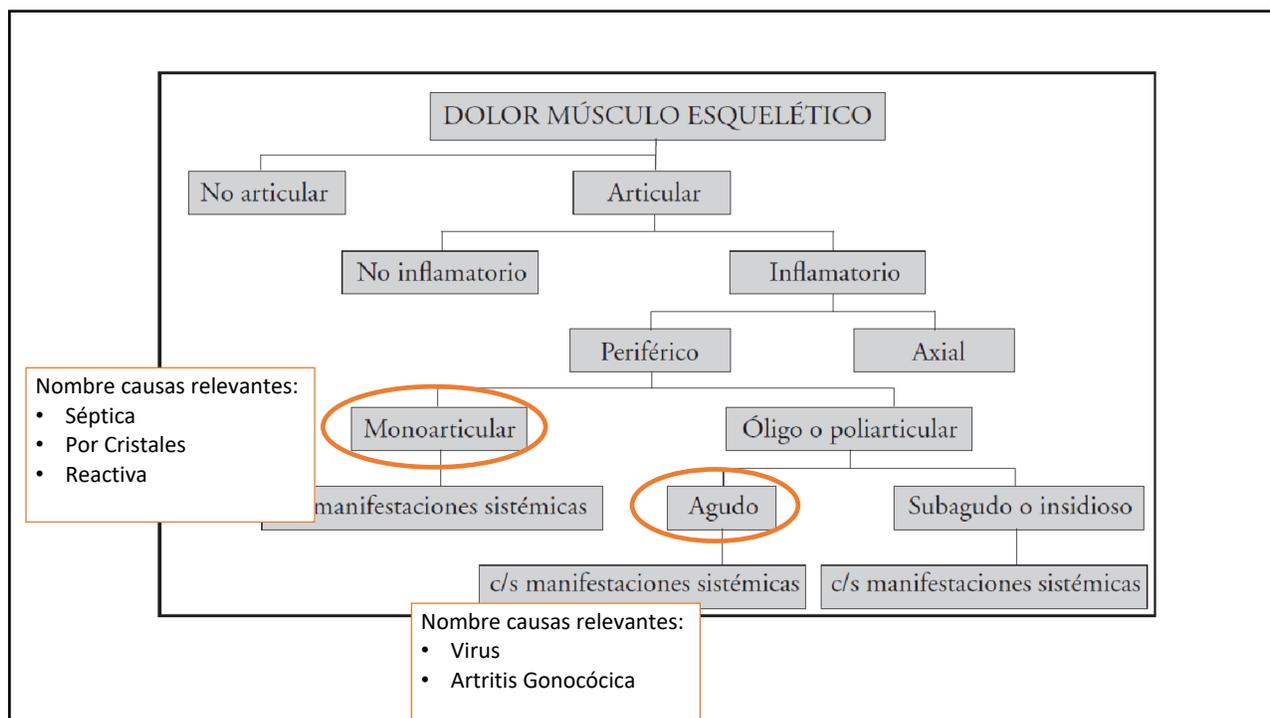
Con esta información, ¿cómo resumiría el cuadro clínico?

Monoartritis aguda de tobillo derecho

Usted se está enfrentando a una monoartritis aguda, ¿cuál es la acción siguiente OBLIGATORIA?

ARTROCENTESIS DIAGNÓSTICA.

11



12



13

**Tabla 6. Características del líquido sinovial según tipo**

Tipo de LS	Aspecto Macroscópico	Recuento Total Leucocitos/mm <sup>3</sup>	% PMN
Normal	Amarillo-pálido Transparente	0-200	<10
Grupo 1 (no inflamatorio)	Amarillo Levemente turbio	200-2.000	<20
Grupo2 (inflamatorio)	Amarillo xantocrómico Turbio	2.000-50.000	20-70
Grupo 3 (séptico)	Turbio, Purulento	>50.000	>70



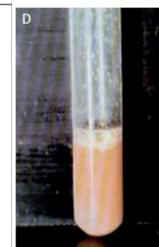
Normal o mecánico



Inflamatorio



Hemorrágico



Séptico

14

**Tabla 7. Tipo de LS y asociación con enfermedad articular**

Tipo de LS	Enfermedad asociada más frecuente	Tipo de LS	Enfermedad asociada más frecuente
Grupo 1 (no inflamatorio)	Artrosis Traumatismo Daño mecánico	Grupo 3 (séptico)	Artritis infecciosa bacteriana Artritis infecciosa por hongos Gota Condrocalcinosis Artritis reumatoidea Artritis reactiva
	Sinovitis villonodular pigmentada Hipotiroidismo Acromegalia Amiloidosis Necrosis avascular		Hemorrágico
Grupo 2 (inflamatorio)	Artritis reumatoidea Enfermedades del tejido conectivo Artropatía por cristales Artritis reactiva Espondiloartropatías Vasculitis sistémicas Fiebre mediterránea familiar Sarcoidosis Infecciones: viral, gonocócica, micobacteriana, hongos Endocarditis infecciosa Reumatismo palindrómico		

15



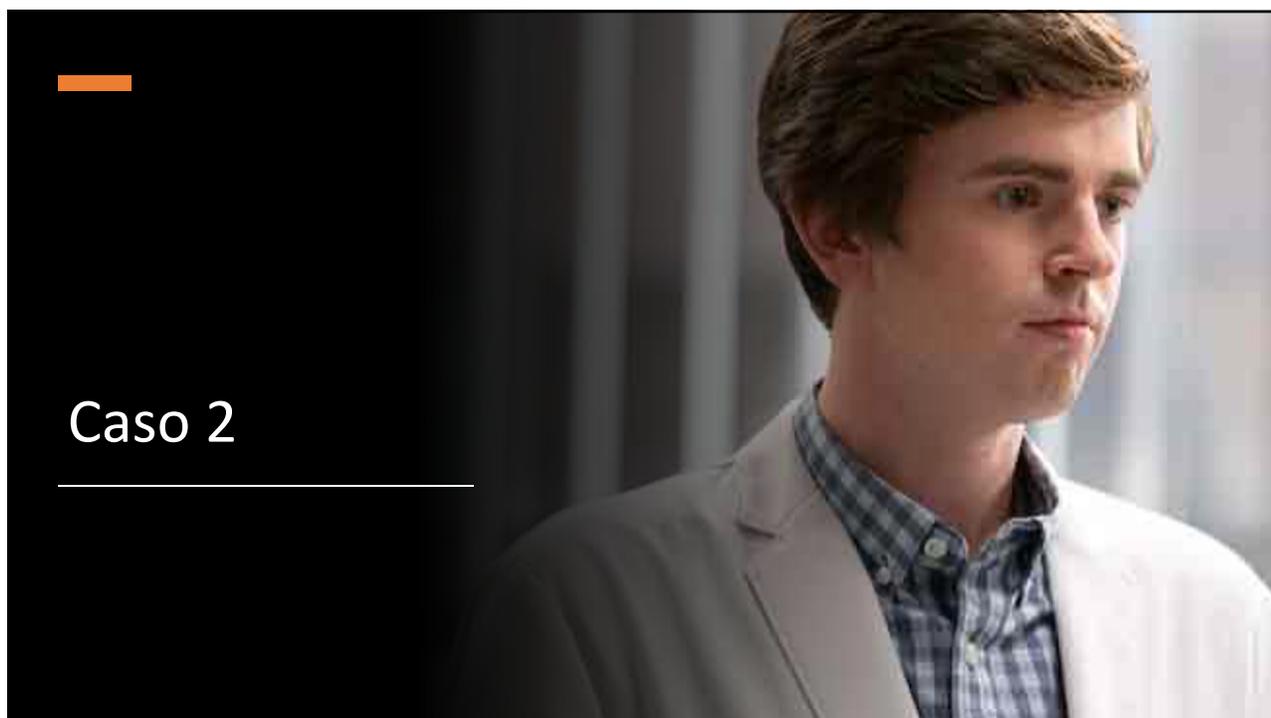
16



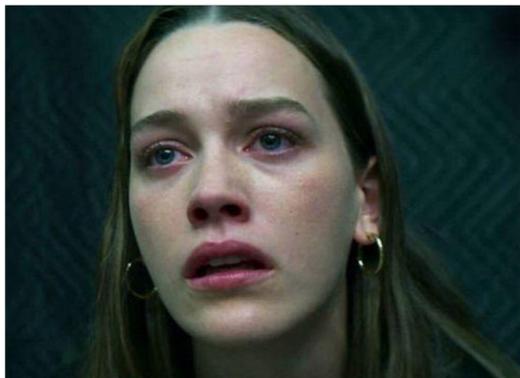
17



18



19



- Su siguiente paciente es Victoria, de 30 años.
- Llega sumamente molesta por el atraso que tuvo con su paciente anterior. Nunca había tenido que esperar tanto en su vida.
- Consulta por dolor en las manos que le impiden teletrabajar en su computador, desde hace 5 meses.
- Esto la tiene muy cansada y sin ánimo. Dice que ya no tiene energía para nada y “que no aguanta más”.

20

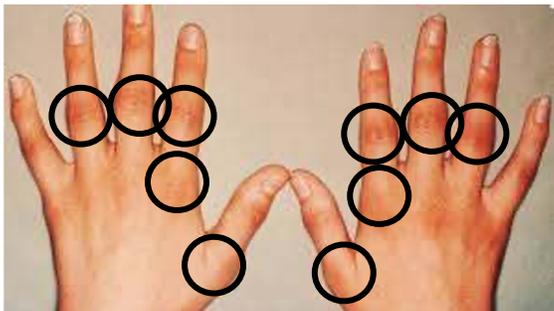


- Ud., cansado, respira profundo y se anima a repetir el proceso diagnóstico que hizo con su paciente anterior.
- ¿Qué es lo primero que se preguntará?

¿Qué le duele realmente al paciente?



Me duelen estas partes.



21

- Usted examina las manos de Victoria, y le impresiona un aumento de volumen blando en interfalángicas proximales (IFPs) 2°, 3° y 4° en ambas manos.
- Se queja de dolor al tocar esas mismas articulaciones y también al palpar las articulaciones metacarpofalángicas (MCFs) 1° y 2° en ambas manos.
- El dolor se reproduce a la palpación, con la flexo-extensión pasiva y activa.

Dolor o compromiso músculo esquelético

No articular

Articular

22

- ¿Qué continuaría indagando?

¿ Es inflamatorio o no inflamatorio? ¿Cómo lo preguntaría?



Me levanto a las 07:00. No soy capaz ni de sacarme el pijama para meterme a la ducha del dolor de manos. Tengo que primero ponerlas bajo agua tibia y empezar a moverlas de a poco. Últimamente siento que no puedo moverlas bien hasta mediodía, después de haber hecho ya varias tareas domésticas. Se me hinchan los dedos y siento que no tengo fuerza, a veces se me caen los utensilios.

23

¿Qué más preguntaría para precisar el cuadro?

- ¿ Cómo fue el comienzo ? ¿Es un problema localizado o generalizado? ¿Número y tipo de articulaciones comprometidas?



Todo partió hace 5 meses. Al principio era sólo un poco de dolor y torpeza, pero ahora el dolor es mucho y dura más. Me preocupa que se vean hinchados. Primero me empezó en ambos dedos índices, pero luego se fueron sumando los dedos medio y anular, en los lugares que le mostré. Siempre ha sido en las dos manos. Hace poco me están doliendo las muñecas también.

- ¿Tiene síntomas generales?

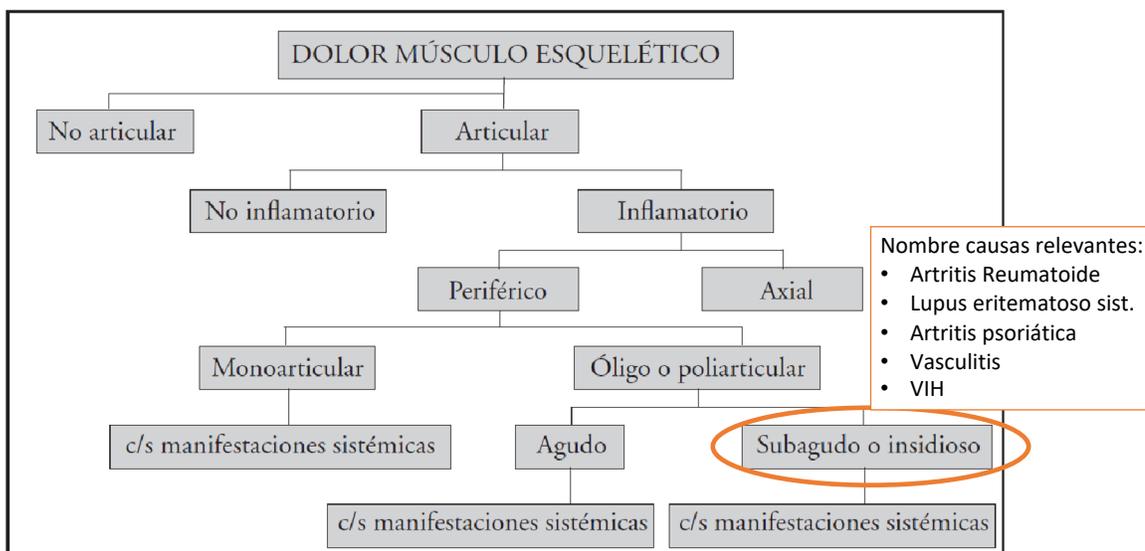
Me siento muy cansada. Entre el dolor y la fatiga ya no puedo teletrabajar. Mi familia cree que estoy deprimida, porque ya ni como, hasta más flaca me encuentran. No he sentido fiebre.

- ¿Tiene otras manifestaciones sistémicas? ¿Cuáles preguntaría?

Me pican mucho los ojos, tuve que comprar lágrimas artificiales para sentir un poco de alivio. .... Sí, tiene razón, en los codos tengo unos porotos que empezaron a crecer. Yo pensaba que eran como espinillas de la piel no más.

24

- Identifique en qué parte del esquema situaría este caso clínico y cómo podría resumírselo a un colega.



Poliartritis crónica de pequeñas articulaciones, simétrica, aditiva, de comienzo insidioso. Se asocia a síntomas generales y manif. extrarticulares.

25

### Compromiso articular y deformidad en artritis reumatoide tardía.



Desviación cubital de MCF (en ráfaga)



Deformidad en cuello de cisne.



Deformidad en boutonnière



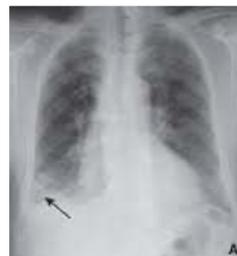
Deformidad en oval (nódulos reumatoideos)

26

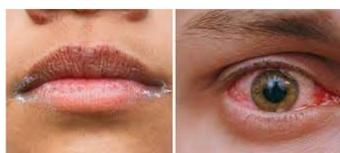
## Manifestaciones extraarticulares en AR



Nódulos reumatoideos



Pleuritis y derrame pleural.



Síndrome seco



Enfermedad pulmonar intersticial

27

Tabla 9. Manifestaciones extraarticulares de la artritis reumatoidea

Manifestación	Compromiso	%*
Constitucional	Fatiga	80-100
	Baja de peso	
Dermatológico	Nódulos reumatoideos	30-40
	Úlceras en piernas	
	Vasculitis reumatoidea	
Oftalmológico	Epiescleritis	2-5
	Escleritis	
	Queratoconjuntivitis sicca	
Hematológicos	Anemia crónica	2-40
	Trombocitosis	
	Pancitopenia y esplenomegalia (solo en síndrome de Felty)	
Cardiovascular	Aterosclerosis acelerada	30-50
	Enfermedad coronaria	
	Insuficiencia cardíaca	
	Pericarditis	
	Amiloidosis secundaria	
Pulmonar	Derrame pleural	2-40
	Fibrosis intersticial	
	Nódulos pulmonares	
	BOOP	
	Bronquiectasias	
Síndrome de Sjögren	Síndrome seco	30-40
Renal	Amiloidosis secundaria	2-5
Neurológico	Subluxación C1-C2	2-30
	Neuropatía periférica (síndrome del túnel carpiano)	
	Mononeuritis múltiple	
Síndrome de Felty	Erosiones, vasculitis, esplenomegalia, vasculitis	1-2
Osteoporosis	Mayor riesgo de fracturas	-

\* Los porcentajes mencionados son aproximaciones.

28

## Caso 3

29

Paciente de 54 años sin antecedentes mórbidos, trabajador de las construcciones, consulta por cuadro de dos semanas de evolución de dolor lumbar izquierdo.

¿ con qué preguntas se podría orientar la anamnesis próxima?

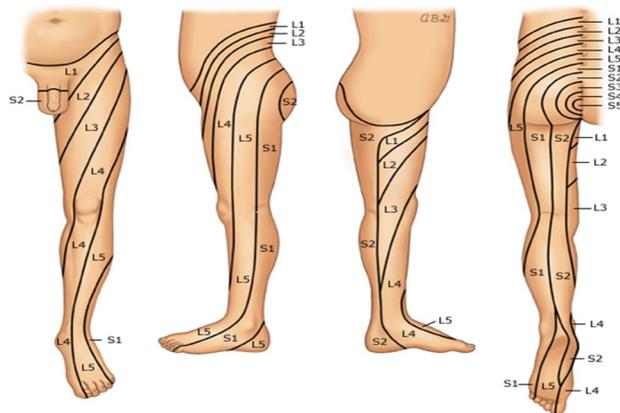
CARACTERIZAR  
EL  
DOLOR



30

Paciente refiere dolor que describe como electricidad, intenso de 8/10 en escala verbal simple, irradiado a muslo, cara lateral de pierna y pie, de forma ipsilateral a dolor lumbar.

**.umbosacral dermatomes**



chematic representation of the lumbosacral dermatomes. Patients with sciatica may have pain, paresthesias, and diminished sensation in the dermatome of the nerve root that is involved.

UpToDa

31

**CARACTERIZACION:**  
complete la tabla

	LUMBAGO	LUMBOCIATICA
CARACTER	PUNZANTE	LANCINANTE
GATILLANTE	ESFUERZO FISICO	
IRRADIACION	NO	RADICULAR MUSLO Y PIERNA DEL LADO DE LA COMPRESION
AGRAVANTE	ESFUERZO FISICO	MANIOBRAS DE EVALUACION DE COMPROMISO DEL CIATICO AUMENTO PRESION CANAL RAQUIDEO (TOS, ESTORNUDO, DEFECACION)
SINT ACOMPAÑANTES	NO	PARESTESIAS, DISESTESIAS, HIPOESTESIAS, PARALISIS O PARESIA, HIPORREFLEXIA, ARREFLEXIA O HIPERREFLEXIA
COMPROMISO NEUROLOGICO	NO	SI
ETIOLOGIA	Patología articular/periarticular de columna (músculos y ligamentos)	Compresión radicular (HNP)

32

# EXAMEN FISICO

[https://youtu.be/5\\_txE56X2-8](https://youtu.be/5_txE56X2-8)

## Inspección:

- Postura
- deformaciones
- Escoliosis

## Movilidad General:

- segmentos: cervical, dorsal, lumbar

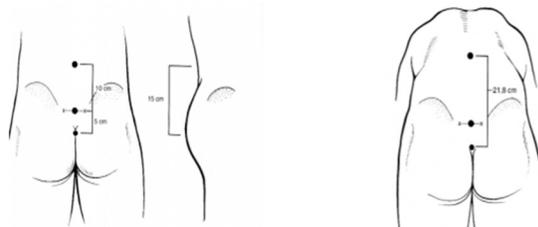
## Palpación:

- apófisis espinosas
- Musculatura paravertebral
- crestas ilíacas
- Reg isquiáticas- troncantéreas

33

### •Test de Schober

<https://youtu.be/q8LdYUxjwPo>



### •Evaluación neurológica completa:

- trofismo
- Fuerza muscular
- Marcha
- Reflejos rotulianos y aquilianos
- sensibilidad

[https://youtu.be/-7ERNH\\_o5Ss](https://youtu.be/-7ERNH_o5Ss)

Dermatoma	Sensibilidad	Motilidad	Reflejos
L1	Pliegue inguinal	Iliopsoas	—
L2	Cara anterointerna del muslo	Iliopsoas	—
L3	Zona cara anterior de la rodilla	Cuádriceps	Rotuliano
L4	Cara interna pierna y tobillo	Tibial anterior	Rotuliano
L5	Cara anteroexterna de pierna y dorso pie	Extensor propio del dedo gordo Extensores dedos glúteo medio	Tibial posterior Gemelo interno
S1	Cara posterior pierna, planta pie y borde externo	Gemelos y sóleo, Peroneos, Glúteo medio	Aquileo
S2	Cara posterior muslo y hueso poplíteo	—	—
S3-S4-S5	Región perianal	—	—

34



SEGUN GRADOS A LOS QUE ORIGEN DE LA RADICULOPATIA

Articulación Lumbar: Puede ser normal (70°)

Disco Intervertebral: 35°

Articulación Sacroiliaca: Musculo Piramidal

1 Desde inicio de dolor **MANIOBRA DE BRAGARD**

2 Bajamos hasta desaparición dolor (5-70°)

3 Realizamos Dorsiflexión Pie. Reaparece el dolor: **BRAGARD POSITIVO**

Valorar Signo de Bonnet

Maniobras que reproducen dolor de radiculopatía: Lasegue Y Tepe

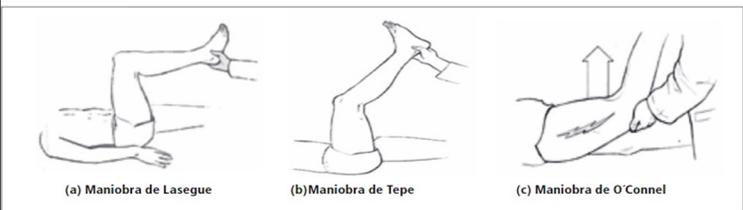
¿Cómo se realizan estas maniobras y cuál sería el resultado de las mismas en nuestro paciente?

<https://youtu.be/HQca1MWdVb8>

<https://youtu.be/vocAr6KtUMY>

<https://youtu.be/kfAiu4IFqpA>

<https://youtu.be/h9lq4a6VabY>



(a) Maniobra de Lasegue      (b) Maniobra de Tepe      (c) Maniobra de O'Connel

Figura 2. Maniobras de estiramiento de nervio ciático (a y b), y nervio femoral (c).

35

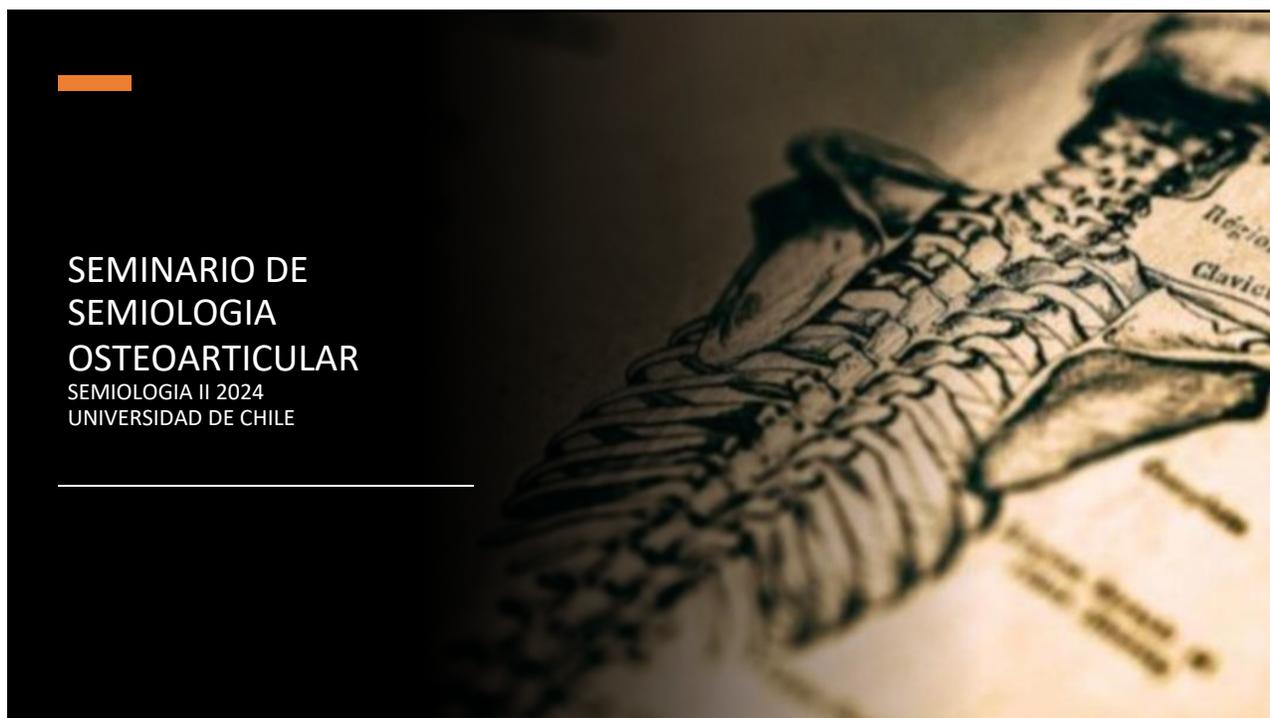
## Relacionar: paciente con dolor lumbar y...

Accidente reciente en automóvil	Pelviespondilopatías
Dolor nocturno y rigidez matutino	Compromiso plexo sacro
Baja de peso, astenia, anorexia	Infección
Fiebre, compromiso del estado general	Fractura
Incontinencia rectal, retención urinaria e hipoestesia en silla de montar	Tumor

36

<b>Tumor</b>	<b>Fractura</b>	<b>Infección</b>	<b>Cauda equina</b>
Historia de cáncer	Trauma significativo	Fiebre	Anestesia de silla de montar / entumecimiento perineal
Pérdida de peso inexplicable	Uso de <u>corticosteroides</u> o inmunosupresores	Uso de <u>corticosteroides</u> o inmunosupresores	Disfunción vesical (retención urinaria, desbordamiento, incontinencia)
Sin alivio con reposo	Osteoporosis	Abuso de drogas intravenosas	Alteración del esfínter / tono reducido
Reducción del apetito	Género femenino	Infección del tracto urinario	Debilidad progresiva en las extremidades inferiores
Rápida fatiga	Edad >50	Dolor peor por la noche o al cargar pesos	Déficit sensorial en los miembros inferiores
Malestar general	Aumento del dolor al cargar pesos	Cirugía previa	Alteración de la marcha
Fiebre	Historia de fracturas previas	Infección previa	Incontinencia fecal
>50 años	Peso bajo	Reducción del apetito	Dolor irradiado a ambas piernas
	<u>Hipercifosis</u>	Fatiga rápida	

37



## SEMINARIO DE SEMIOLOGIA OSTEOARTICULAR

SEMIOLOGIA II 2024  
UNIVERSIDAD DE CHILE

38