



EVALUACIÓN INICIAL DE POLIARTRALGIAS

Palabras claves: Poliartralgias, evaluación.

Qué puntos de deben cubrir:

Evaluación: Evaluar si el dolor articular es una artralgia simple, enfermedad articular degenerativa, artropatía inflamatoria, o si es secundaria a otras causas.

Historia: Preguntar si ha tenido hinchazón o tumefacción articular, rigidez matinal, dolor nocturno o en reposo, o reciente infección viral o de garganta. Síntomas sistémicos como fiebre, pérdida de peso, o fatiga. Síntomas intestinales o vesicales, oculares o dérmicos. Historia familiar de artritis reumatoide. Otras características como uso repetitivo prolongado de las manos; cambios en el estado de ánimo, alteración del patrón de sueño, o falta de energía; y uso de drogas o tratamientos complementarios.

Examen: Cuales son las articulaciones afectadas? Ver si la presentación es simétrica y la hinchazón articular es interfalángica proximal (IFP) o metacarpofalángicas (MCF); inflamación y rango de movimiento de las articulaciones; función de la mano, evaluar la fuerza para apretar y la habilidad para sujetar objetos o escribir; nódulos alrededor del codo o en las piernas; nódulos distales (nódulos de Heberden) o proximales (nódulos de Bouchard) a las articulaciones interfalángicas; y lesiones ungueales. Estar atento sobre factores de riesgo como sobrepeso, estilo de vida sedentario, trabajo físico pesado, trabajo repetitivo, o lesiones previas articulares, todo puede indicar osteoartritis.

Qué se debe hacer:

- Si la inflamación no está en actividad, considerar artralgia simple. Tranquilizar al paciente y prescribir analgésicos simples o analgésicos anti-inflamatorios no esteroideos (AINEs). Considerar fibromialgia si el dolor es más generalizado y existen indicios de depresión. Estimular cambios positivos en el estilo de vida y realizar nuevo control en 4 semanas.
- Si las características indican osteoartritis, tranquilizar al paciente y explicar la naturaleza del problema (erosiones y desgarros). Prescribir analgésicos o AINEs (o ambos), brindar educación sobre el estilo de vida y estimular la realización de ejercicios y bajar de peso. Derivar al fisioterapeuta si es necesario.
- Si la hinchazón y la inflamación están presentes, considerar artropatía inflamatoria (la causa más común es la artritis reumatoide). Realizar análisis de laboratorio como hemograma (para anemia), marcadores de inflamación (velocidad de sedimentación globular, viscosidad plasmática, proteína C reactiva), factor reumatoideo, y radiografía de manos.

- En ausencia de contraindicaciones iniciar tratamiento con AINEs. Los preparados de acción prolongada normalmente ofrecen un control más sostenido. Considerar inhibidores selectivos de la COX-2, si un tratamiento prolongado es necesario. Recomendar reposo de las articulaciones afectadas cuando están inflamadas. Considerar terapia ocupacional.
- Si el diagnóstico es artritis reumatoidea o artropatías inflamatoria seronegativas, explicar la naturaleza de la enfermedad y derivar al hospital para evaluación por un especialista, educación, y apoyo a largo plazo. Dar mensajes positivos: algunas modalidades de tratamiento pueden reducir la progresión de la enfermedad; la incapacidad crónica que terminan en una “silla de ruedas” son ahora una excepción y no una regla.
- Tratar de obtener una temprana remisión; considerar realizar tratamiento con drogas antirreumáticas modificadoras de la enfermedad como la sulfasalazina o metotrexate que son las más comunes utilizadas como primera línea de tratamiento. Recordar que estas drogas requieren controles hematológicos y bioquímicos por sus efectos adversos.
- Use por cortos periodos de tiempo (6-12 semanas) corticoides orales en bajas dosis (< 7,5 mg/d de prednisona), estas drogas alivian los síntomas y pueden reducir la progresión.
- Realizar seguimiento clínico en 4-6 semanas, reforzarla recomendaciones, y evaluar circunstancias sociales y del hogar.

NOV-2003

Bibliografía:

1. Mies Richie A, Francis ML. Diagnostic approach to polyarticular joint pain. Am Fam Physician. 2003 Sep 15;68(6):1151-60.
2. Samanta J, Kendall J, Samanta A. Polyarthralgia. BMJ. 2003 Apr 19;326(7394):859.
3. Klinkhoff A. Rheumatology: 5. Diagnosis and management of inflammatory polyarthritis. CMAJ 2000;162:1833-8.