

PATOLOGIA REUMATICA Y SU INCIDENCIA EN EL PIE. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Antonio A. Fernández Sierra

Podólogo, Cerdanyola del Vallés. (Barcelona)

"La podología exige el conocimiento de nociones fisiológicas esenciales y un examen metódico y minucioso".

Dr. L. Simon. Reumatólogo.

Profesor de la facultad de Montpellier.

Introducción

La Reumatología es una especialidad médica que abarca enfermedades de etiología muy distinta que, o bien se inician en el aparato locomotor, con la existencia de una enfermedad de base, o bien lo alcanzan como lugar de proyección. Los síntomas guía de una enfermedad reumática (dolor y problemas funcionales del aparato locomotor) pueden tener su origen en estructuras tan diversas como las articulaciones, cartílagos, huesos, ligamentos, tendones, músculos, nervios o vasos, o bien ser un indicio de una enfermedad sistémica o de una disfunción metabólica.

Resumen

Aproximadamente el 30 % de la población general presenta alguna patología reumática, porcentaje que aumenta hasta el 85% en los casos de la artrosis, en personas mayores de 65 años, (aunque sólo entre el 15 y el 22% tienen síntomas clínicos).

Estos datos no son extrapolables a la incidencia de la patología reumática en el pie, pero sí son orienta-

tivos y encontraremos un elevado índice de personas que tienen afectada su normomarcha, de una u otra manera.

Palabras clave

Reumatología. Inflamación. Articulación. Artritis reumatoide. Artropatía psorásica. Artrosis.

Objetivos

- Ampliar los conocimientos sobre la clínica, la evolución y el pronóstico de las principales patologías reumáticas.
- Divulgar como pueden afectar estas patologías al pie, asentando una base para la realización de un tratamiento podológico correcto.

ARTRITIS REUMATOIDEA

Sinónimos; poliartritis crónica reumática, poliartritis reumatoidea.

Descripción

Es una enfermedad inflamatoria y sistémica del tejido conectivo, que afecta a la membrana sinovial de las articulaciones, de manera simétrica y poliarticular siendo de evolución

crónica y progresiva con tendencia a la **anquilosis**.

Su etiología es desconocida aunque diferentes investigaciones hablan a favor de una respuesta inmune del organismo mal dirigida o insuficiente tras el contacto con un antígeno aún no definido y que inicia la inflamación articular. Posiblemente, infecciones de evolución inapreciable o muy anteriores a la enfermedad son posiblemente decisivas para la aparición de la artritis reumatoide (a partir de ahora AR).

En los últimos años se está confirmando una predisposición genética de la enfermedad, que ya había sido observada en investigaciones familiares.

Puede aparecer a cualquier edad, pero se desarrolla sobre todo entre los 25 y los 50 años. Las mujeres enferman 3 veces más que los hombres. La tasa de morbilidad en España se sitúa aproximadamente entre el 1 y el 2 % convirtiéndose en la enfermedad inflamatoria articular más frecuente. Aproximadamente entre un 4 y un 7 % de los enfermos son niños menores de 16 años. (Mienkle, 1974)

Manifestaciones Clínicas

Con frecuencia, las manifestaciones de la artritis vienen precedidas de un **estadio prodrómico**, que puede durar desde días hasta meses. Es una fase no característica de la enfermedad, donde los pacientes se debilitan debido a la sensación de enfermedad y a algunos síntomas generales típicos; sudoración nocturna, sudoración en las palmas de las manos, falta de apetito y tumefacción articular migratorias y de poca duración, así como de dolor al mover diferentes articulaciones y rigidez matinal de las articulaciones afectadas, síntoma típico precoz de la AR y que acompaña a esta enfermedad durante su evolución.

El **primer estadio de la enfermedad** acostumbra a seguir de forma

Síntesis de la artritis reumatoidea

Mujeres/Hombres	3:1
Edad (de predominio)	25-50 años
Afección articular	Generalmente, afección simétrica, afección típica de las articulaciones digitales <i>proximales</i> y <i>medias</i>
Laboratorio	VSG $\uparrow\uparrow$, anemia Factores reumáticos positivos en un 50-80% (¡generalmente después de un año o más!) Factores reumáticos positivos en un 20-30% tras una larga duración de la enfermedad (títulos generalmente menores de 1:160)
Radiología	Complemento (C3, C4, CH50) aumentado o normal Descalcificación cercana a la articulación, usuras, posiciones incorrectas, disminución del espacio intraarticular, anquilosis

Estadio	Clínica	Función	Radiología
I	Escasa tumefacción articular	Ninguna dificultad para los trabajos habituales	Como mucho, descalcificación cercana a la articulación
II	Artritis constantes Sin deformidades articulares	Suficiente capacidad funcional para las actividades normales. Ligera dificultad debido a limitaciones del movimiento de una o más articulaciones	Descalcificación cercana a la articulación, destrucción cartilaginosa y ósea inicial
III	Deformidades articulares, atrofia muscular, tendinitis (nódulos reumáticos)	Capacidad funcional limitada. Las actividades laborales de cuidado personal están considerablemente limitadas	Destrucciones óseas Osteoporosis Subluxaciones
IV	Importantes deformidades articulares. Inestabilidad articular y anquilosis	Las posibilidades del paciente de cuidar de sí mismo son escasas, depende constantemente de la ayuda exterior	Destrucciones deformidades articulares, avanzadas, luxaciones articulares, inestabilidad articular, anquilosis (de tejido conectivo u óseo)

solapada a las manifestaciones prodrómicas, instaurándose de forma progresiva y con brotes artríticos más o menos importantes.

Un signo precoz de la enfermedad será una oligoartritis en interfalángicas proximales (IFP) de los pies, siguiendo un patrón de afectación simétrico bilateral. Debemos observar este signo y enviar el paciente al especialista así como iniciar el tratamiento podológico inmediatamente.

Nosotros no recomendamos el uso de ortesis de silicona para proteger estos dedos ya que disminuiríamos el espacio dentro del calzado aumentando, a su vez, el dolor que referirá el paciente.

También es típico una oligoartritis en la IFP de las manos así como de las metacarpofalángicas (MCF).

Difícilmente aparecen, en estos estadios, alteraciones en las articulaciones interfalángicas distales (IFD).

El explorador podrá observar una tumefacción digital dolorosa a la presión.

La rigidez de las articulaciones se hace ahora más intensa, observándose constantemente por las mañanas y manteniéndose durante más de 30 minutos.

Todos estos síntomas; rigidez, tumefacción, dolor y limitación de movimiento se sienten más por las mañanas y mejoran, gracias a la actividad, durante el día, pudiendo llegar a empeorar de nuevo por la noche por el lógico uso de las articulaciones.

En estos estadios iniciales es posible una remisión total y espontánea

de la enfermedad, cosa difícil en estadios posteriores.

El **segundo estadio de la AR**, viene marcado por una proliferación del tejido conectivo en las articulaciones, comprometiendo su rango de movilidad.

Aparecen atrofiás musculares, que se manifiestan especialmente en los pequeños músculos del dorso de la mano que acompañado de tenosinovitis dan lugar a las típicas deformidades en los dedos.

Así se instaura una poliartritis inflamatoria crónica deformante, destructiva y con rigidez que evoluciona a brotes hacia la extensión y evolución progresiva.

La afectación articular es simétrica, aunque la evolución es diferente en cada una de ellas.

En el **tercer estadio de la AR**, aparece una destrucción cartilaginosa y ósea cada vez mayor, aumentando las deformidades articulares, principalmente de las IFP observándose una AR clásica.

También existe un aflojamiento de los ligamentos articulares que junto con la destrucción articular y la atrofia muscular provoca subluxaciones y luxaciones, afectando gravemente al mantenimiento de la bóveda del pie, apareciendo un pie aplanado.

En esta fase se suele desarrollar una osteoporosis no justificada exclusivamente por la disminución de la actividad del paciente.

Tras la destrucción del cartilago y el hueso (apareciendo una artrosis secundaria), el proceso inflamatorio puede llegar a una fase silenciosa de forma local.

El **cuarto estadio de la AR** viene marcada por anquilosis fibrosas u óseas de las articulaciones aisladas, con lo que puede aparecer prácticamente una invalidez.

Manifestaciones Extraarticulares

Las manifestaciones sistémicas suelen ocurrir en la AR seropositiva grave, de larga evolución y erosiva.

A nivel de terminología hablamos de "enfermedad reumatoide" a la AR con manifestaciones extraarticulares.

Como manifestaciones mas comunes podemos tener;

- Nódulos reumáticos subcutáneos.
- Pericarditis.
- Vasculitis cutaneas (típico en pies y manos).



AR afectando la articu. de Chopart.

- Mononeuritis múltiple periférica (del ciático popliteo externo, radial y cubital principalmente).
- Síndrome de Felty (esplenomegalia, anemia, trombocitopenia y leucopenia). Es típico en la mujer en la menopausia.
- Síndrome de Gougerot-Sjögren; aparecen unos nódulos reumáticos esclerales que impiden la segregación de lágrimas y saliva.
- Manifestaciones pleuropulmonares. Afortunadamente son excepcionales.
- Amiloidosis.
- Afectación del estado general, con fiebre, adelgazamiento e incluso anorexia, palidez y depresión.
- Complicaciones inducidas por el tratamiento.

Manifestaciones Podológicas

Las articulaciones del pie que más sufrirán el ataque de la enfermedad serán; las metatarsofalángicas (MTF), Chopart y la tibioperoneastragalina (TPA), tres grupos articulares de gran importancia en el pie.

Alteraciones podológicas:

- Hundimiento de los metatarsianos centrales, causando hiperqueratosis (Hq) plantares y subluxaciones en las MTF.
- Hallux Valgus, garras digitales y Juanete de sastre, evidenciando el típico antepie triangular de la artritis reumatoide (AR). No se debe confundir nunca con otro antepie triangular cuya causa son los microtraumatismos constantes de un calzado estrecho y acabado en punta y que radiológicamente se observan signos de artrosis.
- Pie en equino, típico en casos avanzados con incapacitaciones y que están largos períodos de tiempo encamados.
- Aparecen nódulos reumáticos prin-



Típico pie con AR.

cialmente en zonas de roce (dedos, dorso y I-V MTF). Tienen una consistencia gomosa y están adheridos al periostio.

Diagnóstico

El diagnóstico de la AR se hace posible según un cuadro que unifica los hallazgos de la anamnesis y los clínicos, y que tiene en cuenta el tipo y la localización de la alteración articular, valorando a la vez los hallazgos radiológicos y los de laboratorio.

La American Rheumatism Association (A.R.A.) dictaminó en 1987 unos criterios diagnósticos para la AR;

1. Rigidez matinal de las articulaciones digitales superior a 30 minutos.
2. Dolor a la movilización y a la presión en la articulación.
3. Tumefacción capsular o formación de derrame en una articulación.
4. Tumefacción de, como mínimo, otra articulación.
5. Tumefacciones articulares simétricas. La afectación bilateral de las IFP y las MCF de la mano y las IFP de los pies no requieren una simetría exacta. Las articulaciones IFD no se tienen en cuenta.
6. Nódulos subcutáneos óseos o en la cara de extensión de las articulaciones.
7. Hallazgos típicos radiológicos.
8. Factor reumatoide positivo.
9. En una punción articular aparecerá una precipitación de la mucina en forma de copos.
10. Hallazgos histológicos característicos de la sinovial.
11. Hallazgos histológicos característicos de los nódulos reumáticos.

Los 5 primeros criterios se deben cumplir durante más de 6 semanas.

Una "AR segura" se puede diagnosticar si se cumple como mínimo 5 criterios.

Una "AR clásica" si se cumplen 7 criterios.

La sospecha de AR, aparecerá si se cumplen 3 de los primeros 4 criterios.

Pruebas de laboratorio

Siempre se solicitan unos análisis completos (hemograma, bioquímica, orina y alguna prueba específica), debido a su etiqueta de

enfermedad sistémica, aunque lo más significativo es;

- La velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR) saldrán altas, indicando que hay actividad inflamatoria.
- El factor reumatoide (FR) saldrá positivo en el 70-80% de los casos e indica que en ese instante hay una actividad de la enfermedad.
- Los anticuerpos antinucleares (ANA) saldrán positivos en el 23-30% de los casos e indica que la enfermedad está en estadios avanzados. Tienen una gran importancia para el diagnóstico diferencial.
- Los factores del complemento C3 y C4 son normales o ligeramente altos. Son importantes para el diagnóstico diferencial entre la AR precoz y el Lupus precoz donde aparecen valores bajos.

Diagnóstico por imágenes radiológicas

La placa radiológica es una prueba complementaria poco agresiva y que para el diagnóstico y evolución de una AR es muy útil, principalmente la placa de un pie, donde se puede detectar precozmente el inicio de la enfermedad.

Encontraremos;

- a). Período inicial;
 - El primer signo que se detecta radiológicamente son unas erosiones en la cabeza del V metatarsiano y pequeñas geodas.
 - Disminución de la interlinea articular de las IFP y MTF.
 - Subluxaciones articulares.
 - Desmineralización de los extremos óseos.
- b). Período de Estadio;
 - Interlineas articulares casi inexistentes.
 - Luxaciones articulares.
 - Múltiples geodas y erosiones óseas.
 - En el tarso las interlineas articulares están remodeladas.
 - Pueden aparecer exóstosis supra y retrocalcáneas.
 - La descalcificación ósea es homogénea.
 - Pueden aparecer signos de artrosis articular.
- c). Período final;
 - Anquilosis fibrosa, que puede hacerse ósea.

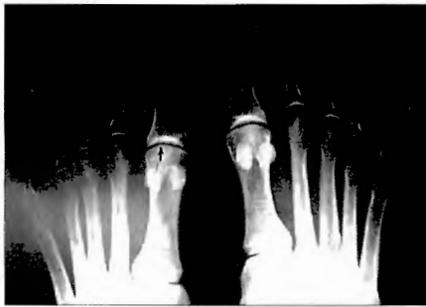
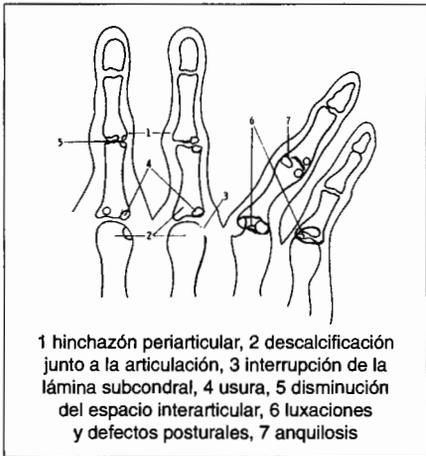


Imagen Radiológica de un periodo inicial

También se pueden observar neoformaciones óseas y una mayor esclerosis de los bordes óseos, que se forman en los estadios silenciosos de la enfermedad.



1 hinchazón periarticular, 2 descalcificación junto a la articulación, 3 interrupción de la lámina subcondral, 4 usura, 5 disminución del espacio interarticular, 6 luxaciones y defectos posturales, 7 anquilosis

Signos radiológicos de las artritis reumatoidea

Evolución y pronóstico

La evolución natural es su cronicidad y la declinación progresiva de la función, llegando a una invalidez importante, de ahí nuestra gran importancia con las medidas ortopé-

cas preventivas en el pie, (con un soporte plantar intentaremos conseguir una anquilosis funcional).

La extensión de la enfermedad es clásicamente simétrica y sólo se escapará de la afectación el raquis dorsal y lumbar.

La muerte vendrá no por las complicaciones periarticulares y articulares sino por las complicaciones viscerales paralelas, principalmente por cuadros de vasculitis en las zonas acras.

ARTROPATIA PSORIASICA

Sinónimos; Artritis psoriásica, Artritis-Psoriasis.

Descripción

Es una poliartritis seronegativa, crónica y de etiología desconocida, que afecta de manera asimétrica las articulaciones de las personas que padecen psoriasis en la piel (sólo desarrollan artritis el 7% de las personas que sufren psoriasis).

Afecta en una proporción similar a hombres y mujeres.

Suele iniciarse en personas entre los 20 y 40 años con dos factores de riesgo importantes; psoriasis en la piel y antecedentes familiares (Miehle 1979). Las lesiones dérmicas de psoriasis las buscaremos típicamente en codos, rodillas, cuero cabelludo, palma de la mano y planta del pie. En el pie su localización si bien no es rara, no es tan frecuente e incluso las lesiones de la planta del pie y la mano son claramente diferentes (psoriasis inversa).

Manifestaciones clínicas

Evoluciona lenta y progresivamente. La situación más frecuente es la de una persona que desde hace más o menos tiempo tiene psoriasis en la piel y desarrolla síntomas articulares de artritis; dolor, rigidez, entumecimiento e inflamación. Típicamente la primera articulación en afectarse suele ser la IFD del tercer o cuarto dedo del pie, observándose un dedo tumefacto (dedo en salchichón).

Sólo en un 20% de los casos, la artritis aparece meses o años antes de la enfermedad cutánea. En estos enfermos existe una gran dificultad diagnóstica y es en estos casos donde debemos buscar de forma dirigida las lesiones en áreas ya comentadas, así como discretas alteraciones ungueales.

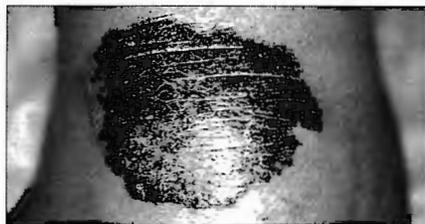
La uña psoriásica presenta un punteado oscuro, leuconiquia (mancha blancas) y surcos transversales, así como onicolisis parcial o total y onicogriposis en forma de migajas.



Uña psoriásica

Las lesiones psoriásicas son de diferente tamaños, bien delimitadas, enrojecidas y con escamas, localizándose en las zonas típicas anteriormente comentadas.

En la planta del pie las lesiones son sensiblemente diferentes; placas bien delimitadas, eritematosas, esca-moqueratósicas nacaradas, bilaterales, simétricas con fisuras hemorrágicas dolorosas y no pruriginosas.



Lesión típica

Síntesis de la artritis psoriásica

Mujeres/Hombres	1:1
Edad (de referencia)	20-40 años
Piel	Eflorescencias generalmente antes de la artritis, sobre todo en las caras de extensión de las articulaciones del codo y la rodilla, tronco y cuero cabelludo
Uñas	Leuconiquia, uñas deformes, onicolisis
Articulaciones	Afección transversal (articulaciones distales de los dedos) Afección en radio (dedos en salchicha) Esondilitis en un 20-30% (HLA-B-27 positivo en aproximadamente un 60%)
Laboratorio	VSG Factor reumático negativo FAN negativo
Radiología	Artritis erosiva rotuberancias, casi nunca descalcificación cercana a la articulación Sacrolititis (¡también unilateral!) Sindesmofitos (en parte atípicos)



Lesión psoriásica en la planta del pie

La artritis evoluciona, casi siempre, de forma progresiva y a brotes con una frecuencia inferior a la AR.

La artritis psoriásica (AP), tiene diferentes clínicas con más o menos diferencias entre ellas, pero en general podemos resumirlas en;

- Inicio con una monoartritis o una oligoartritis de larga duración y que afecta típicamente articulaciones de pies y manos e incluso rodilla o tobillo).

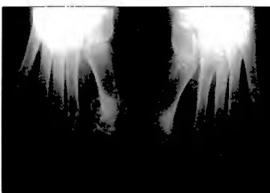


Artropatía psoriásica monoartrítica

Las tumefacciones agudas con enrojecimientos y calor de las articulaciones de los dedos de las manos o los pies son típicas, aunque se puede confundir con un ataque de gota.

Debido a la entesopatía, típico de la AP, aparecen tendosostitis de localización variable, aunque afecta especialmente al calcáneo.

- poliartrosis crónica mutilante; es una clínica más típica de la AR, pero que puede presentar una AP evolucionada. Presenta grandes destrucciones articulares, los huesos y los ligamentos, aparece una inestabilidad de la articulación y un acortamiento mutilante de los dedos de la mano y del pie. Como consecuencia tendremos una movilidad anormal. Los dedos se pueden estirar longitudinalmente como si fuesen un telescopio.



Paciente de AR con clínica pseudoartritis reumatoide

Según la clínica se puede llegar a confundir con una AR, pero se diferencia en;

- * Raramente hay alteración del estado general.
- * Sólo afecta a las IFD (difícilmente se localizan en las articulaciones IFP y MCF como ocurre en la AR).
- * Artritis irregulares, dispersas y asimétricas.
- * No aparecen nódulos reumáticos, adenopatías ni tendinopatías.
- * Afecta unilateralmente la articulación sacroiliaca.

Pruebas de laboratorio

No existe ninguna prueba diagnóstica para la AP, no obstante cabe señalar que;

- El factor reumatoide será negativo.
- La VSG saldrá alta, como signo de inflamación, aunque también es frecuente verlo con valores moderados.
- Presentará ligera anemia.
- El ácido úrico también puede salir alto, y no debe hacernos pensar en una posibilidad de gota.
- En los casos de afectación sacroiliaca y de columna vertebral, más de un 60% de los enfermos son portadores del HLA B27.

Diagnóstico por imágenes radiológicas

En los casos graves, radiológicamente se puede llegar a confundir con una AR (por eso la enorme importancia de tener en cuenta también la clínica y el resto de las pruebas para su diagnóstico).

De manera general la placa presenta;

- Alteraciones articulares y óseas degenerativas y proliferativas que tienen lugar de forma simultánea. De esta forma en los dedos, además de erosiones, también encontramos proliferaciones osteolíticas en forma de protuberancias capsulares y extracapsulares.
- Periostitis; típicamente en calcáneo
- Afectación de la IFD, con disminución de la interlinea articular, subluxaciones, anquilosis,... conservándose por lo general bastante bien las articulaciones IFP y MCF, como ya se ha comentado anteriormente.
- Ausencia de osteoporosis.
- Sacroileitis unilateral.



Artropatía psoriásica

Evolución y pronóstico

Es caprichosa e imprevisible. La mayoría de los pacientes pueden llevar una vida normal con clínicas benignas plurifocales, a brotes esporádicos y que, con un tratamiento adecuado, se puede aliviar el dolor y controlar el avance de la enfermedad.

El control de las lesiones cutáneas y su disminución también nos ayudará para mejorar los síntomas articulares.

No obstante, un pequeño número de pacientes presentan clínicas crónicas o formas graves plurifocales, que conducen a mutilaciones importantes e invalidantes en las articulaciones.

Pueden llegar incluso a comprometer la columna vertebral.

ARTROSIS

Sinónimos; Osteoartritis, enfermedad articular degenerativa, osteoartritis.

Descripción

Es una patología degenerativa del cartílago hialino articular (enfermedad local), que pierde sus cualidades de rigidez y elasticidad, provocando un mal reparto de las presiones y como consecuencia aparecerán cambios reactivos en los márgenes articulares y en el hueso subcondral.

Es la forma más común de enfermedad articular.

En general las artrosis se clasifican de la siguiente manera;

- * Primarias; son de origen idiopático. Suele afectar varias articulaciones, llegando a ser poliarticular.

La preferencia por las personas de mayor edad y su lenta pero constante progresión hasta alcanzar una destrucción articular grave, son sus principales características.

- * Secundaria; Se puede realizar una clasificación etiológica gracias a la presencia de la llamada "Deformidad

Preartrósica" (Hackenbroch 1943).

La deformidad preartrósica consiste en una alteración congénita o adquirida dentro o fuera de la articulación, que debido a una relación incorrecta entre la carga y la capacidad de carga predispone o conduce a la artrosis.

Estas alteraciones se clasifican del siguiente modo;

- 1). Alteración del desarrollo y deformidades articulares congénitas, como la luxación congénita de cadera, coxa vara congénita, displasia patelar...
- 2). Enfermedades articulares de la niñez y la juventud; como la enfermedad de Perthes, osteocondrosis disecante, necrosis aséptica de la epífisis...
- 3). Enfermedades articulares no dependientes de la edad, como enfermedades articulares inflamatorias (AR, AP, gota...), necrosis óseas idiopáticas (necrosis de la cabeza del fémur)...
- 4). Alteraciones postraumáticas, como fracturas articulares soldadas de forma incongruente, dismetrias,...
- 5). Daños estáticos-funcionales, como sobrepeso, inmovilizaciones de larga duración...

Etiopatogénesis

Una articulación normalmente constituida y funcional consta de;

- * Partes óseas que forman la articulación.
 - * Cartílago hialino, que con sus propiedades viscoelásticas sirve para la transmisión de cargas y protege al hueso subcondral de sobrecargas, amortiguándolas, a la vez que garantiza un deslizamiento sin fricciones de la articulación.
 - * Líquido sinovial, que se encarga de las funciones de transporte para la nutrición del cartílago, de todo el metabolismo cartilaginoso y de la lubricación articular.
- La unión del cartílago articular y del líquido sinovial garantiza un óptimo comportamiento de deslizamiento y fricción.
- * La cápsula articular participa en la articulación formando el líquido articular en su estrato sinovial y también se encarga de una parte de la dirección articular.
 - * La musculatura y el aparato liga-

mentoso, que también colabora en la dirección de la articulación.

- * Los elementos neurales y vasculares de la región articular, representan su papel de la irrigación e inervación ósea y capsular.

Todas las modificaciones que afectan a este complejo sistema pueden provocar una artrosis.

Anatomía Patológica

La matriz orgánica está compuesta, aproximadamente en un 30% por glicoproteínas y proteoglucanos y en un 50% por colágeno. El responsable de la producción de estas sustancias es el condrocito.

Dado que tras finalizar el crecimiento, el condrocito ya no tiene capacidad de regeneración (Mankin, 1963), toda pérdida de condrocitos conlleva un aumento de otras células de la zona de cuyo metabolismo están encargados. Si debido a un empobrecimiento celular posterior se descompensa el balance entre el catabolismo y el anabolismo de las sustancias básicas, se llega a una situación en la que los componentes de estas sustancias dejan de manar y mezclarse y esto provoca un impedimento en la difusión. Por consiguiente, se produce la desestructuración de la fibra de colágeno. Con ello pierde sus propiedades mecánicas, que garantizan un deslizamiento libre de fricciones de las superficies articulares.

Por tanto, esta desestructuración de la fibra de colágeno, se considera como un punto de inicio de la artrosis.

Manifestaciones clínicas

La artrosis muestra una **fase inicial** que frecuentemente dura años, donde no hay sensación de enfermedad y el dolor está localmente limitado, aunque también se puede irradiar si la localización es en la zona lumbar. Puede haber una cierta pérdida de funcionalidad.

En la artrosis, las quejas subjetivas y los hallazgos objetivos, sobre todo las imágenes radiográficas, no han de concordar en absoluto. Así alteraciones radiológicas avanzadas puede cursar sin dolor y con una función bien conservada, mientras que también se pueden observar evoluciones en las que la imagen radio-



Artrosis en las primeras fases evolutivas

gráfica no muestre ninguna o muy escasa alteración y en cambio su curso muestra irritaciones inflamatorias regulares acompañadas de derrames articulares.

Con la evolución de la enfermedad, la sintomatología subjetiva suele corresponderse más con los hallazgos objetivos. Clínicamente se observan ahora con más frecuencia tumefacciones articulares dolorosas y derrames, así como una limitación del movimiento con sensación de rigidez, aumento de las molestias de carga y de la sensibilidad a los cambios de temperatura. Los movimientos articulares se acompañan de crepitaciones y la cápsula articular es más gruesa. Es la **fase de estadio**.

En el paciente artrósico es típico el "dolor de arranque".

Tras una fase más o menos larga de disminución de las molestias aparece el dolor de carga.

En una **fase avanzada** de la artrosis aparece una limitación subjetiva irreversible de la función y un dolor continuo. La movilización se ve dificultada debido a una deformidad de las partes óseas articulares y a la formación de osteofitos, condromas y osteomas capsulares. El dolor produce una contractura muscular refleja, ayudada por la atrofia capsular.

El **estadio final** de una artrosis es una importante rigidez articular, que ya sólo permite movimientos tambaleantes. Generalmente, la articulación queda rígida en una posición incorrecta, de forma que la consecuencia para las articulaciones vecinas es una postura estática no favorable.



Artrosis en estadios avanzados

Manifestaciones Podológicas

En el pie podemos encontrar varios tipos de lesiones o deformidades preartrósicas, las cuales, nosotros como **PODOLOGOS**, debemos saber diagnosticar y tratar para evitar su evolución patológica. En general podemos afirmar que toda alteración de los ejes normales del pie, posturas incorrectas e inestabilidad, a corto o largo plazo, provocará lesiones artrósicas.

Quizás sea en este tipo de pacientes donde un soporte plantar pueda evitar más complicaciones posteriores, ya que no sólo actuaremos en el pie, sino también en **todo el aparato locomotor**, pudiendo enlentecer procesos de gonartrosis, coxartrosis y algunos tipos de artrosis en columna vertebral.

Pruebas de laboratorio

No existe ninguna prueba diagnóstica para la artrosis aunque decir que la VSG suele salir negativa o ligeramente elevada en periodos activos, a pesar de haber inflamación articular, ya que esta es mecánica no inflamatoria.

Los valores de laboratorio alterados indican una enfermedad de base u otra enfermedad.

Diagnóstico por imágenes radiológicas

Como hemos dicho anteriormente los signos radiológicos preceden a los clínicos, ya que los inicios son **ASINTOMATICOS** (el tejido cartilaginoso no está inervado). El dolor se inicia cuando hay afectación osea o sinovial.



Detalle de artrosis

Una radiografía típica de artrosis presentaría;

- Disminución de la interlínea articular.
- Modificaciones en las epífisis oseas;
 - * Osteofitos marginales, en forma de tumores marginales o pseudoquistes articulares.
 - * Condrocálcinosis.
 - * Esclerosis subcondral (aumento de la densidad del hueso).
 - * Geodas subcondrales.

Se advertirán las anomalías malformativas preexistentes.

Evolución y pronóstico

Es buena pero con tendencia a cronificarse si se mantiene el factor mecánico, causando una impotencia funcional, aunque nunca tendremos una anquilosis completa (como en la artritis).

La articulación del tobillo suele respetarse bastante (sólo se verá afectada en casos con antecedentes de un antiguo traumatismo y su pronóstico funcional es grave).

En casos graves de destrucción articular aparecerá una artritis reumatoide local secundaria. En estos casos si puede estar indicada la intervención quirúrgica reconstructiva.

CONCLUSIONES

- Debemos conocer las principales patologías reumáticas y su evolución para poder orientar y tratar correctamente al paciente.
- Radiológicamente la artropatía psoriásica se puede confundir con una artritis reumatoide, pero en general, su evolución y pronóstico son muy diferentes.
- En la artrosis el tratamiento irá encaminado en evitar la causa que provoca la alteración articular, pudiéndose intuir mucho antes de que aparezca. (**PREVENCIÓN**).
- Inmediatamente después del diagnóstico de una de estas patologías reumáticas, se debe proceder a la confección de un soporte plantar.
- El tratamiento quirúrgico en el pie, en pacientes afectados de Artritis Reumatoidea y de clínicas severas de Artropatía Psoriásica, se debe reservar a casos muy concretos y nunca realizar grandes amputaciones y siempre tras agotar todos los recursos ortopedológicos.
- La inflamación articular es un signo nefasto para la conservación de la articulación, debiendo investigar sobre su origen y un posible tratamiento inmediato.
- Las pruebas de laboratorio y las exploraciones radiológicas de las articulaciones son los pilares para el diagnóstico de las enfermedades reumáticas pero sólo tiene valor junto al cuadro clínico.
- Cuando se sospecha una enfermedad reumática, se debe realizar una placa radiológica de ambos pies, ya que en ellos se pueden descubrir precozmente alteraciones radiológicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Compendio de las enfermedades reumáticas. Arthritis Foundation. 10^a Ed. Publicado por Marketing Trends. 1993. Tomo I y II.
- 1996 Griffith. Los 5 minutos clave en la consulta de atención primaria. Mark R. Dambro. Wavelly Editorial Medica. Hispanica S.A. 1996.
- Atlas de enfermedades oseas. Rozadilla A. Nolla J.R. Grupo Aula Médica. 1996.
- Manual de Enfermedades Reumáticas de la Sociedad Española de Reumatología. Varios Autores. Mosby/Doyma Libros S.A. 1996.
- Manual de Reumatología. Simon L. Toray-Masson, S.A. Barcelona. 1976.
- Reumatología. Diagnóstico - Clínica - Terapéutica. Hans-Jürgen Hettenkofer. Ancora S.A. 1991.
- Apuntes de Analisis Clínicos. Ruiz Tello, Angel. Ed. Alhambra. 1985.