

11226
2ej
70



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

OSTEOARTRITIS, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO EN
MEDICINA FAMILIAR

TESIS

Que para obtener el Grado de Especialista en :

MEDICINA FAMILIAR

Presentada por:

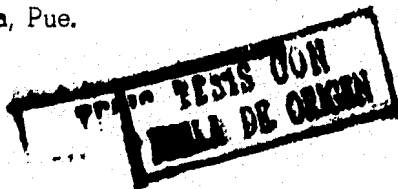
Dr. Leonides Cuapio Montero

U. M. F. No. 1

I. M. S. S.

Puebla, Pue.

1983 - 85





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E :

P A G .

1 ...	I N T R O D U C C I O N .
2 ...	G E N E R A L I D A D E S .
11 ...	M A T E R I A L Y M E T O D O S .
18 ...	R E S U L T A D O S .
30 ...	D I S C U S I O N .
34 ...	C O M E N T A R I O .
35 ...	C O N C L U S I O N E S .
36 ...	R E S U M E N .
37 ...	R E F E R E N C I A S .

I N T R O D U C C I O N

La intención de este trabajo es la de estudiar a una población determinada ubicada en los consultorios adscritos a la Unidad Médico Familiar No. 1, mediante la revisión de sus expedientes clínicos, radiológicos y notas de envío en un lapso de 7 meses (enero a julio de 1984), únicamente enviados al servicio de reumatología del Hospital Regional de Especialidades del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de Puebla.

Se determina cuántos pacientes con diagnóstico de osteoartritis (OA) y otros, que fueron enviados al servicio de reumatología, son catalogados como OA por el especialista, así como el grado de la misma en base a un criterio actualizado.

Se revisan y recalcan las bases diagnósticas clínicas, de laboratorio y de gabinete de la OA, se mencionan las de otros cuadros diferenciales con el fin de unificar criterios entre el médico familiar y el reumatólogo; también se mencionan las fallas diagnósticas en las enfermedades reumatológicas con el fin de enfatizar en las mismas, ya que nuestro deber es saber más sobre ellas para brindar un servicio terapéutico y de rehabilitación adecuados.

Se tocan a la vez una serie de puntos, no solo interesantes sino de una importancia vital para el estudio de OA, desde antecedentes históricos hasta aspectos epidemiológicos, pasando por las alteraciones fisiológicas, las repercusiones familiares y sociales, pensión por invalidez, y otros más; todo ello con una finalidad: despertar el interés que amerita el padecimiento en la persona, en su familia, en la sociedad y en el país.

Se brinda información solo como dato interesante del estudio y para hacer más objetivos los resultados, los demuestran cuadros ilustrativos, además se exponen resúmenes de los casos fallidos.

GENERALIDADES

Estudios paleontológicos de esqueletos de animales que vivieron hace más de 16 millones de años han demostrado la existencia de lesiones articulares que coinciden con la descripción hecha por Sokolov, con lo que se apoya la antigüedad de la misma (4). La OA es la enfermedad que tiene quizá la más alta morbilidad de todas las enfermedades de la humanidad (8) y la que produce con mayor frecuencia invalidéz, en cualquier raza y en cualquiera localización geográfica (7,9,12,14).

ONOMASIA. ASPECTOS HISTÓRICOS:

En el siglo V antes de nuestra era, se usó el término genérico de "arthritis" para reconocer a las enfermedades reumáticas, en la edad media Galeno utilizó el término "reumatismo" para designar el dolor producido por el desequilibrio de los "cuatro humores" (15), pero solo es hasta los últimos 55 años cuando se han reconocido más de cien distintas de ellas, mediante investigaciones de su etiopatogenia y etiopatología, y después de ser llamadas "enfermedades de la colágena" actualmente se denominan "enfermedades reumáticas y del tejido conectivo" e incluyen padecimientos de etiología diversa que afectan al sistema músculo esquelético, causando dolor y/o rigidéz. Se clasifican en articulares o extra-articulares, y en base al mecanismo de afección articular en artritis y artrosis principalmente (11,15).

Los términos como "reumatismo", que comprende todas las causas de dolor o rigidéz del sistema músculo esquelético; "arthritis", que solo indica inflamación de una articulación; y muchos otros sin connotación de síntoma ni enfermedad específica no deben ser utilizados al referirse a alguna de las enfermedades reumáticas, el cuadro 1.1 muestra su clasificación según la Asociación Americana de Reumatismo.

CUADRO 1.1 CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES ARTICULARES.

- I. Artritis producida por infección específica.
- II. Artritis probablemente por infección específica.
- III. Artritis como secuela de infección específica.
- IV. Artritis de las enfermedades del tejido conectivo de etiología desconocida.
- V. Artritis producida por hipersensibilidad a agentes - externos.
- VI. Artritis producida por enfermedad endócrina o metabólica.
- VII. Enfermedad articular degenerativa u osteoartritis.
- VIII. Artritis producida por traumatismo.
- IX. Artropatía neurogénica (articulación de Charcot).
- X. Artritis producida por sangrado intra-articular.
- XI. Neoplasias articulares.
- XII. Artritis secundaria a lesiones óseas.
- XIII. Osteoartropatía hipertrófica (primaria o secundaria).
- XIV. Misceláneas (especificando cada una de ellas).
- XV. Enfermedades para-articulares.

L.E. Shulman, J.J. Bunin, 1970.

En base a la clasificación anterior y para evitar confusiones, en 1970, en Suiza, la Comisión Federal Suiza para la lucha contra las enfermedades reumáticas exuso la sinonimia aceptada para OA (1,3), la cual se describe en el cuadro 1.2.

GRUPO 1.2 SINDROME DE OSTEOARTRITIS.

Artritis senil, artritis hipertrófica, poliartrosis deformante, osteoartritis deformans, osteoartritis, artrosis, reumatismo degenerativo, artritis degenerativa, artrosis degenerativa, enfermedad articular degenerativa.

Francés: Rhumatisme chronique dégénératif, polyarthrite sèche progressive (Weissenbach, Francon), ostéarthrite dégénératif, arthrose (Coste, Forestier), arthrite sénile.

Alemán: Arthrosen, polyarthrosen, Arthrose, "Arthritis deformans".

Inglés: Degenerative joint disease, osteoarthritis, osteoarthritis, hypertrrophic degenerative arthritis.

DEFINICIÓN ACTUALIZADA DE OSTEOARTRITIS:

"La OA es un padecimiento de las articulaciones, muy frecuente, no inflamatorio y progresivo, caracterizado por fibrilación, debilidad y erosión del cartílago articular, depresión de proteoglicano, replicación anormal de condrocitos y formación de osteofitos en la margen articular. Puede ser primaria (idionática) o secundaria (consecuencia de daño temprano a la articulación). La enfermedad es más frecuente conforme avanza la edad y parece ser parte del proceso de envejecimiento" (2,5,13).

EPIDEMIOLOGIA:

El 10% de la población entre 15 y 25 años de edad tiene alteraciones radiológicas de OA, su frecuencia aumenta con la edad y su prevalencia es mayor antes de los 45 años en el hombre y después de los 55 en la mujer. Hechos similares se dan en la población de Estados Unidos de Norteamérica y otros países (4,15).

ASPECTOS SOCIOECONÓMICOS:

Existen dos factores que inquietan a la medicina y a los -- servicios de salud, el primero se relaciona con el dramático aumento de los costos de mantenimiento de las instituciones dedicadas a cuidar de la salud. Los gobiernos y las sociedades están preocupadas ante la perspectiva de gastar dos, cuatro y hasta -- ocho por ciento de su producto nacional bruto en este tipo de -- servicios; es evidente que una inversión de tal magnitud despierta preguntas acerca de la relación del valor de las cosas y el -- dinero; la fórmula universal de analizar la proporción entre el beneficio y el costo; el segundo factor tiene un contexto más amplio, las dos últimas décadas de tensión internacional y de conflicto cultural han puesto en duda todo el espectro de los valores individuales y colectivos, que nos obligan a evaluar de nuevo muchas de nuestras metas, particularmente las que se relacionan con el impacto de la ciencia y de la tecnología en el bienestar humano. Los temas de la responsabilidad personal y social, -- los problemas de gobierno, no solo de la sociedad como un todo, -- sino también de sus instituciones y la creciente y evidente necesidad de establecer prioridades para dar una orientación mejor a la energía y a los recursos en todos los sectores de la economía. La medicina es solo uno de los foros en donde estos temas se discuten, cada vez con mayor participación y conocimiento de los -- consumidores, los políticos y los profesionales. El aspecto más trascendental para la comunidad lo representa la invalidez que -- las enfermedades producen.

En 1973, en México, de 150,000 consultas otorgadas en el I. M.S.S., las enfermedades reumáticas representaron el 6.3% y de -- éstas el 44% fue por OA de extremidades y columna, con un 13.2% de 25.7% en incapacidades permanentes. En 1980 se calculó un pago de pensiones de \$4,110,356,200.00 sin mencionar datos de aten

ción médica ni indirectos por ausentismo. Así mismo, en Estados Unidos de Norteamérica la Oa es la primera causa de artroplastia total de cadera y se calcula 100,000 anualmente con un costo de mil millones de dólares (9,10,12).

BASES DIAGNÓSTICAS:

En base a su atención médica, farmacéutica, hospitalaria, quirúrgica, de rehabilitación, monto de la pensión, pérdida de productividad, además de lo que representa el sufrimiento humano y la desorganización de su familia, que no tiene valor económico decible, las enfermedades reumáticas representan costos extratérminos para la comunidad; por lo que el médico familiar debe estar capacitado para hacer el diagnóstico temprano e iniciar la terapéutica indicada.

La base imprescindible para hacer el diagnóstico correcto es la historia clínica, el interrogatorio detallado y el examen físico completo constituyen el primer paso en el estudio de este tipo de enfermos. El laboratorio y los exámenes radiográficos e histológicos (estos últimos rara vez se solicitan aún en el servicio especializado) son complementarios y no substituyen a los anteriormente mencionados.

La Oa puede presentarse localizada a una articulación, fundamentalmente cuando existe algún factor predisponente o precipitante, aunque afecte a todas las articulaciones. La inflamación sinovial no es característica primaria, pero no es raro que se presente a consecuencia de traumatismos constantes a la sinovial (11).

Como se ha mencionado en la definición, existen diferentes clasificaciones de la Oa. De acuerdo a su etiología y distribución se han formado dos grupos: Oa primaria, donde no se puede demostrar causa definitiva; y Oa secundaria, que se presenta cuando existe algún factor sistémico o local que le da origen, -

como son traumatismo agudo o crónico, único o repetido; enfermedades articulares locales (fracturas intra-articulares, necrosiséptica, infecciones) y difusas (artritis reumatoide, gota, hemofilia, acromegalia, hiperparatiroidismo, etc.); uso excesivo de esteroides intra-articulares; enfermedades metabólicas, por deposición de cristales y otras.

PRINCIPALES SÍNTOMAS:

La sintomatología se inicia después de los 40 años, con artalgias de comienzo insidioso de leves a moderadas, localizadas en articulaciones grandes y pequeñas, principalmente en las de sostén o carga; con o sin distribución simétrica y sin migración. Generalmente se presentan en el día, al inicio del ejercicio, mejoran transitoriamente con el desarrollo del mismo para reaparecer al continuarse la actividad y finalmente desaparecer durante el reposo nocturno. Los enfermos presentan rigidez articular fugaz (menos de 30 minutos) al iniciar cualquier movimiento después del despertar. La ausencia de síntomas generales es característica de esta enfermedad (1).

Se enumeran a continuación los síntomas usados para obtener las conclusiones de este estudio:

- 1.- Dolor articular: 1.1 al movimiento y 1.2 en reposo en estadios avanzados, suele ser de intensidad moderada.
- 2.- Rigidez matutina precinética (después de períodos de reposo) son síntomas comunes en articulaciones afectadas (en artritis reumatoide (AR) su duración es mayor a 30 minutos).
- 3.- Espasmo como síntoma tardío de la limitación del movimiento.
- 4.- Contractura en flexión como bloqueo mecánico tardío.

PAL. CLÍNICOS SIGNOS:

La exploración física mostrará datos tales como hipertrofia articular, osteofitos, dolor y crepitación a la movilización activa y otros signos. A continuación se enumeran los utilizados para obtener las conclusiones en este estudio:

- 1.- Aumento de volumen: 1.1 con derrame y 1.2 sin derrame, suele ser duro y dependiente de la proliferación osteocartilagínea, o bien por componente inflamatorio en cuyo caso la articulación puede estar caliente, con aumento de volumen de partes blandas y derrame sinovial.
- 2.- Hipersensibilidad a la presión y dolor a los movimientos pasivos, de mayor intensidad si hay inflamación.
- 3.- Crepitación como signo tardío dependiente de la irregularidad de las superficies articulares y esburnación ósea contribuyente de la limitación funcional.
- 4.- Deformación por proliferación osteofítica: 4.1 nódulos de Heberden (deformación de articulaciones interfalángicas distales) y 4.2 nódulos de Bouchard (deformación de articulaciones interfalángicas proximales) que significan también una limitación en los movimientos (1,7,11).

CRI TERIOS RAD IOLÓGICOS:

Los datos clínicos señalarán las áreas que deben estudiarse y deben ser valorados en relación a los datos radiográficos. La Oa se presenta en una o varias articulaciones, pero su multiplicidad y bilateralidad es la regla (1). A continuación se enumeran los criterios radiológicos de Kell Gren utilizados para obtener las conclusiones en este estudio:

- 1.- Formación de osteofitos en las márgenes articulares o en las uniones ligamentosas.
- 2.- Huesos de neoformación periarticulares, principalmente en articulaciones interfalángicas proximales y distales.

- 3.- Disminución del espacio articular.
- 4.- Esclerosis subcondral.
- 5.- Areas quísticas con paredes escleróticas situadas en el hueso subcondral.

Es pertinente mencionar la siguiente escala de cinco grados que se usa de acuerdo al número de criterios presentes (7):

- 0.- No OA.
- 1.- OA dudosa.
- 2.- OA mínima.
- 3.- OA moderada.
- 4.- OA severa.

ANÁLISIS DE LABORATORIO:

La hemoglobina, leucocitos, glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, exámen general de orina, antiestrepolisinas, factor reumatoide (IG -laboratorio completo) y otros, suelen ser normales o negativos (en su caso); pero deben solicitarse como apoyo en el diagnóstico diferencial. Caso aparte es el estudio de líquido sinovial, uno de los más útiles pero que se realiza en casos contados (11).

PROGRAMA MULTIDISCIPLINARIO DE TRATAMIENTO:

Se mencionan a continuación las medidas generales y los medicamentos que deben utilizarse en el tratamiento de la OA en órden de importancia:

- Tranquilizar al paciente (psicoterapia).
- Dieta (reducción de peso en el obeso).
- Disminuir el dolor con:
 - a) terapia física, reposo, calor, ejercicios.
 - b) analgésicos: salicilatos (S), fenacetina (F), propoxifeno (P).
 - c) antiinflamatorios no esteroideos (AINE): (inflamación y dolor) S, naproxén (N), ibuprofen (IB), indometacina (IND).
Diclofenac sódico: fentiazac, piroxicam, feniclofenex, ácido

tiaprofénico.

- Infiltración intra-articular con esteroides de depósito.
- Esteroides sistémicos: NO.
- Corregir deformaciones: tratamiento ortopédico, aparatos.
- Cirugía: preventiva y reestructiva.
- Intentos terapéuticos: extracto de cartilago y médula, análogos de prolina, antikalikreína (trasyolol, I. A.), antagónicos del estradiol (tamoxifén), etc. (7).

MATERIAL Y METODOS

ESTUDIO DE LOS PACIENTES REUMATICOS CON REPERMISIA A LA OA EN UNA POBLACION.

El presente estudio se realizó mediante la revisión de expedientes clínicos, radiológicos y notas de envío en diversos consultorios adscritos a la Unidad Médico Familiar No. 1 (U.M.F.1) del Seguro Social en la Ciudad de Puebla.

1) Se revisó un total de 62 expedientes que correspondieron a otro tanto igual de pacientes niños, adultos y ancianos de ambos sexos (33 mujeres y 29 hombres). Se seleccionaron -- los que en su nota de envío denotaran enfermedad articular de generativa, se incluyeron entre ellos aquéllos sin diagnóstico (DX) específico, que en total sumaron 37, lo cual correspondió al 5.9% (21 mujeres y 16 hombres); de 30 a 40 años 3 -- son mujeres y 1 hombre, de 41 a 50: 4 mujeres y 5 hombres, de 51 a 60: 8 mujeres y 4 hombres, de 61 a 70: 3 mujeres y 2 hombres, de 71 a 80: 3 mujeres y 4 hombres y 2 son hombres de -- más de 81 años. Lo anterior se aprecia mejor en el CUADRO 1.1.

CUADRO 1.1 37 CASOS SELECCIONADOS POR GRUPOS DE EDAD-SEXO.

Grupo	30-40	41-50	51-60	61-70	71-80	+ 81
Femenino (21)	3	4	8	3	3	0
Masculino (16)	1	5	4	2	2	2

FUENTE: Encuesta específica.

Después de exhaustiva valoración de su cuadro, se excluyeron 7 casos por no reunir las características clínicas, de laboratorio y radiológicas de OA, con lo que solo quedaron 30 pacientes para el estudio que nos ocupa. A continuación se exponen los resúmenes de los 7 casos excluidos, en los que claramente encontramos que no corresponden a OA.

RESUMEN CASO 3.

Femenino de 54 años con dolor persistente en hombro derecho sin contar con radiografías (RX) ni con laboratorio básico (LB) como es biometría hemática, química sanguínea y exámen general - de orina. Tratamiento (TX) utilizado: K y calor local.

En el servicio de reumatología (REUM): 20 días con dolor en hombro derecho con irradiación a brazo y antebrazo-mano del mismo lado, parestesia, dolor en misma articulación a la lateralización del cuello hacia la izquierda. Limitación de arcos de movimiento, disminución de la fuerza muscular del brazo, antebrazo y mano derecha. LC: normal o negativo (N). RX hombro derecho: peritendonitis calcificante. RX de cuello: vestigios de costilla cervical y rectificación de la misma. TX: S, N y P.

RESUMEN CASO 20.

Femenino de 30 años de edad, 3 meses con artralgiás generalizadas (hombros, codos, muñecas, rodillas, tobillos e interfalángicas de manos). Dolor matutino al iniciar movimientos. Sin - RX, LB: N, no se especifica TX.

En REUM: Dolor en nuca (y demás puntos) a la presión, cabello seco y quebradizo, nerviosismo y trastornos del sueño. LB: N sin RX. TX: Levomepromacina (L), amitriptilina (A), K y reposo.

RESUMEN CASO 21.

Masculino de 48 años de edad, obeso, con dolor y limitación funcional acompañada de disminución de la fuerza en codo derecho, crepitación a la movilidad en columna lumbosacra. Sin RX ni LB. TX: K sin buena respuesta.

En REUM: 2 meses con dolor moderado en cara externa de brazos. RX de tórax: N. Biopsia de ganglio linfático escaleno derecho: hiperplasia linforeticulaar. Sin LB. TX: L, K y P.

RESUMEN CASO 24.

Femenino de 29 años de edad, obeso y 14 meses con dolores articulares en hombro y brazo derechos, progresivo que no cede a dinitrona, K, S, F ni a hidroxocobalamina.

En REUM: 2 años con dolor en hombro derecho de intensidad ++ e izquierdo +, y en codos, muñecas, rodillas, región dorsal y posterior cervical. RX y IB: Na. TX: L, K y P.

RESUMEN CASO 46.

Femenino de 38 años de edad, con artralgiás de grandes y pequeñas articulaciones, flogosis ocasional en tobillos. IB: N. -- Sin RX. TX: F, prednisona, K, S y N.

En REUM: varios meses con artralgiás de rodillas, columna lumbosacra y manos. Dolor a la presión en musculatura posterior y al movimiento de la columna cervical. IB: N. RX: N. TX: S, acetaminofén (ACEF), diazepam.

RESUMEN CASO 47.

Femenino de 43 años de edad. 3 años con dolor en grandes articulaciones y en pequeñas, más intenso en cuello y hombro derechos. RX de columna cervical: mínimos cambios degenerativos. RX de codos: N. Sin IB. TX: metocarbamol y N.

En REUM: migrañas en ambas piernas, artralgia en hombro izquierdo a la rotación externa. Tobillo valgo bilateral. TX: L, - birón interno 0.5 cm. en ambos zapatos, IND, ACEF.

RESUMEN CASO 58.

Masculino de 34 años de edad. Dolor en ambos tobillos. Alcohólico con TX irregular sin mejoría. Sin IB ni RX.

En REUM: Entesopatía en tobillos, discreto dolor a la movilidad de los mismos. TX: hospitalización -no se presentó.

Se analizaron también exhaustivamente los 25 expedientes restantes de los 37 previamente seleccionados, de los cuales 11 llamaron la atención, por lo que a continuación se exponen sus resúmenes.

RESUMEN CASO 9.

Masculino de 44 años de edad, 7 años con tratamiento a base de alopurinol por presentar artralgia tibiotalariana, sin mejoría LB: N. Acido úrico: 5.9 (N: 3.4-7.0). Sin RX. TX: alopurinol y N.

En RBUM: Limitación funcional sin completar arco de movimiento en tobillos, se exaloró flogosis y **genu varo**. LB: N. Acido úrico: 7.6. TX: S y alopurinol.

RESUMEN CASO 15.

Masculino de 54 años de edad. Artralgia en primerortejo de ambos pies con aumento de volumen, rubor, calor e inotencia funcional. RX de columna lumbosacra: cambios por artrosis de tipo degenerativo. Sin LB. No se especifica TX.

En RBUM: a la exploración únicamente se encontró hallux valgus bilateral. LC: N. Acido úrico: 7.2. TX: N.

RESUMEN CASO 32.

Femenino de 46 años de edad. Pérdida de peso y energía vital artralgias matutinas inespecíficas, deformidad de terceros falanges de dedos en ambas manos. LB y RX de tórax: N. TX: S. Se envió para complementación diagnóstica y trámite de pensión.

En RBUM: dolor mal sistematizado en dedos y cara anterior de ambos brazos. Se exploraron nódulos de Heberón en ambas manos con movilidad aceptable. RX de manos: osteoporosis generalizada y datos de OA. LB: N. Además deficiente aporte calórico-proteico. TX: S.

RESUMEN CASO 45.

Femenino de 49 años de edad con hiperemia conjuntival bila-

teral, secreción serosa, edema de párpados, problemas para la de-
glución y articulación de palabras. aumento de volumen interfia-
lúngico en ambas manos. LB: N. RX de cráneo y columna dorsal: N.
TX: S, N, zinc con fenilefrina.

En REUM: Deformidad creciente en dedos de ambas manos y dol-
lor al hacer el puño, dolor en rodillas. 6 años con fotofobia. -
Nódulos de Heberden y Bouchard en ambas manos y dolor en arcos -
de movilidad en ambos pies. LG: N. TX: N. Factor reumatoide +++.

RESUMEN CASO 13.

Masculino de 50 años de edad, obeso, con dolor poliarticu-
lar, impotencia funcional discreta. TX: N, K, S.

En REUM: 4 años con poliartralgias de grandes articulacio-
nes y limitación con crepitación de las mismas. RX de rodillas:
osteofitosis marginal derecha; de codos: osteofitosis marginal -
derecha; de hombros: osteoporosis a nivel epifisiario. LG: N. --
TX: K y S.

RESUMEN CASO 16.

Femenino de 45 años de edad, 6 meses con pesantéz en miem-
bros superiores, dolor, artralgias, mialgias y parestesias. Do-
lor en metacarpo izquierdo y dedo medio izquierdo, rigidez y do-
lor matutino al hacer el puño. RX de manos sin interpretar. TX:
K. LB: N.

En REUM: 1 año con artralgias metacarpofalángicas, impoten-
cia funcional de dedo medio izquierdo, nódulos de Heberden bila-
terales. LB: N. TX: K.

RESUMEN CASO 44.

Masculino de 54 años de edad, 20 días con dolor e impotencia
funcional de rodilla izquierda, aumento de volumen ++. RX de rodi-
lla izquierda con cambios compatibles con OA. TX: P y S.

En REUM: rodilla izquierda con flogosis ++. Sin LB. TX: N.

RESUMEN CASO 50.

Femenino de 50 años de edad, obesa, 5 años con artralgia en cadera que limita la función. LG: N. TX: S.

En RUM: 10 años con dolor en articulación sacroiliaca - izquierda que aumenta con el ejercicio y no cede con AINE, nódulos de Heberden y Bouchard bilaterales, hallux valgus bilateral, no candidato a TX quirúrgico por la obesidad. RX de columna: listesis en L4-L5, cambios facetarios severos de artrosis. LG: N. TX: Dieta de reducción, N y S.

RESUMEN CASO 53.

Masculino de 72 años de edad, sufrió contusión en rodilla derecha, dolor e inflamación ++, impotencia funcional a la deambulación. Mejoría parcial con TX: N y S.

En RUM: 10 años con monoartritis (rodilla izquierda), - nódulos de Heberden y Bouchard bilaterales, crepitación en ambas rodillas, hallux valgus bilateral, genu valgo izquierdo. TX: N.

RESUMEN CASO 54.

Masculino de 53 años de edad que cursa varios años con disminución de la fuerza, artralgias, mialgias en miembros inferiores y codos. LG: N. TX: N y tiamina.

En RUM: año y medio con artralgias de miembros inferiores, desviación de pierna izquierda y dolor en codos. Se exploró con epicondilitis bilateral más acentuada en el lado de recho, nódulos de Heberden y Bouchard bilaterales. RX de rodillas con disminución del espacio articular, osteofitos (más en el lado izquierdo), discreta pérdida de la alineación. LG: N. TX: F.

ambos caso 60.

Masculino de 46 años de edad que cursa desde hace 4 años con dolor articular generalizado, edema de miembros inferiores y superiores, además de disminución de movimientos para el trabajo. TX: R.

En RSLK: cuadro clínico a favor de Oa. Sin estudios de laboratorio ni de gabinete. TX: coma dura, ejercicio moderado AINE y relajantes musculares.

R E S U L T A D O S

2) Despues de revisar los 62 casos enviados a RBUM, se diagnosticaron 41 pacientes con OA, lo que correspondió al 66.1%, de los cuales 21 son mujeres y 20 son hombres. Con fines ilustrativos se dividieron en cinco grupos como sigue:

De 40 a 50 años el primer grupo, con 11 personas, de las cuales 5 son mujeres y 6 son hombres.

De 51 a 60 años el segundo grupo, con 16 personas, de las cuales 9 son mujeres y 7 son hombres.

De 61 a 70 años el tercer grupo, con 7 personas, de las cuales 4 son mujeres y 3 son hombres.

De 71 a 80 años de edad el cuarto grupo, con 5 personas, de las cuales 3 son mujeres y 2 son hombres.

El quinto grupo fue de 81 años de edad y más, con 2 personas, ambas son hombres.

El total de envío de la U.N.F. a los niveles de atención segundo y tercero y a sus diversas especialidades fue de 5,372, donde el servicio de reumatología ocupó el lugar número 23 con un total de 62 casos (1.05%) (VER TABLA 2.1) y en el mes de enero el lugar 22 con 6 casos de 702 enviados (0.8%) en febrero el lugar 16 con 14 casos de 759 (1.8%), en marzo el 21 con 12 casos de 888 (1.3%), en abril el 23 con 6 de 728 (0.8%), en mayo el lugar 22 con 10 casos de 849 (1.1%), en junio el lugar 25 con 7 casos de 902 (0.7%) y en julio ocupó el lugar número 21 con 7 casos de 1,044 enviados (0.6%) (VER CUADRO 2.2).

ENVIOS POR SERVICIO DE LA U. N. F. No. 1 AL 1er. y 2do. NIVEL
DE ATENCION DE ENERO A JULIO DE 1984.

	ene.	feb.	mar.	abr.	may.	jun.	jul.	TOT.	\$
OPHTALMOLOGIA	143	106	135	134	169	179	200	1066	18.15
URGENCIAS	80	89	104	89	87	105	113	667	11.35
ORTOPEDIA	61	72	82	74	97	110	120	616	10.49
GINECO OBSTETRICIA	87	92	91	98	40	33	119	560	9.53
OTORRINOLARINGOLOGIA	47	59	71	51	88	75	81	472	8.03
DERMATOLOGIA	46	45	45	36	45	41	56	314	5.34
CIRUGIA GENERAL	27	34	38	30	34	43	39	245	4.17
BUCODENTAL	16	22	16	16	32	44	41	187	3.18
CARDIOLOGIA	23	22	36	18	24	29	33	185	3.15
NEUROLOGIA	30	21	33	26	24	17	30	181	3.08
ONCOLOGIA	17	33	37	16	21	25	14	163	2.77
GASTROENTEROLOGIA	13	17	27	15	23	27	23	145	2.46
FISIATRIA	17	15	15	12	17	22	16	114	1.94
ENDOCRINOLOGIA	8	6	16	10	20	14	32	106	1.80
PSIQUIATRIA	8	18	15	14	15	19	15	104	1.77
ANGIOLOGIA	8	14	21	6	16	8	22	95	1.61
CLINICA HIPERTENSION	20	17	11	13	16	0	9	86	1.46
PEDIATRIA	11	15	10	8	13	13	12	82	1.39
CIRUGIA P.P.F.V.	12	4	12	9	11	20	12	80	1.36
PROCTOLOGIA	9	6	13	7	12	11	9	67	1.14
ALERGOLOGIA	7	10	5	10	6	10	15	63	1.07
CIRUGIA PEDIATRICA	7	5	13	7	12	12	7	63	1.07
REUMATOLOGIA	6	14	12	6	10	7	7	62	1.05
CIR. RECONSTRUCTIVA	3	5	6	8	2	11	7	42	.71
NEUROLOGIA	0	0	12	8	7	7	5	39	.66
NEFROLOGIA	3	2	2	2	3	8	5	25	.42
MEDICINA INTERNA	2	1	2	2	2	9	0	18	.30
NEUROCIRUGIA	0	4	2	3	0	2	1	12	.20
INFECTOLOGIA	1	1	4	0	3	1	0	10	.17
HEMATOLOGIA	0	0	2	0	0	0	1	3	.05
T O T A L E S	702	759	888	728	849	902	1044	5872	100 %

FUENTE: Encuesta Especifica.

TABLA 2.1

LUGAR Y PORCENTAJE DE ENVIOS AL SERVICIO DE REUMATOLOGIA, POR MES.

	ene.	feb.	mar.	abr.	may.	jun.	jul.
TOTAL DE ENVIOS	702	759	888	728	849	902	1044
REUMATOLOGIA %	0.8	1.8	1.3	0.8	1.1	0.7	0.6
REUMATOLOGIA LUGAR	22	16	21	23	22	25	21

FUENTE: Encuesta Especifica.

CUADRO 2.2

3) El promedio de días desde el envío a la primera consulta en reumatología fue de 3.9 días por caso en los 41 estudiados.

Unicamente 28 de los 41 casos han sido dados de alta por el servicio de reumatología hasta el momento de cerrar la encuesta, lo cual nos da un promedio de 33.9 días por caso en control por el especialista.

De los 37 casos tomados inicialmente como OA, solamente 18 mencionaron proceso degenerativo, el resto no tenía connotación específica, usandose "artritis crónica" en 1 paciente, "artritis reumática" en 1, "artritis deformante generalizada" en 2, "artr de formante" en 1, "artr generalizada" en 1, "artritis degenerativa" y OA en 18 y el término "reumatismo" en 1 caso, total: 37.

El cuadro 3.1 describe los diagnósticos iniciales (de envío) y al final los hechos por el especialista un mes después de la primera consulta cuando ya se contó con exámenes de laboratorio y gabinete que se proyectó solicitar en dicho servicio para mayor significancia del estudio.

CUADRO 3.1 ENVIOS TOMADOS COMO OA - DIAGNOSTICO FINAL. 7 CASOS.

1.- Artritis hombro derecho.	Periartritis hombro derecho.
2.- OA.	Fibromialgia grado V.
3.- Artritis.	Fibromialgia grado III.
4.- Artritis hombro derecho.	Fibromialgia.
5.- OA.	Fibromialgia.
6.- Artropatía degenerativa.	Fibromialgia primaria.
7.- Artritis pie izquierdo.	Hiperuricemia.

FUENTE: Encuesta específica.

Por lo anterior se obtiene que de 7 casos con diagnóstico diverso crónico, 5 correspondieron a fibromialgia en varios grados, 1 a periartritis del hombro derecho y otro a hiperuricemia.

De los 11 casos incluídos en el estudio de inicio de corroborarse como OA, 2 tenían diagnósticos de gota en su envío, 1 se mandó para descartar fibrositis y 10 se enviaron como AR (Ver Cuadro 3.2), quedó solo 1 caso como AR más OA.

CUADRO 3.2 11 CASOS DE OA QUE LO LA DEMOSTRAN EN SU ENVÍO.

1.- Artritis gotosa (9).	OA, gonartrosis incipiente.
2.- artritis gotosa (13).	OA.
3.- Descartar fibrositis (32).	OA, osteoporosis generalizada.
4.- AR, síndrome de Sjogren (45).	OA, síndrome de Sjogren.
5.- AR (13).	OA, gonartrosis.
6.- AR (16).	OA.
7.- AR (44).	OA, gonartrosis.
8.- AR (50).	OA, obesidad.
9.- AR (53).	OA.
10.- AR (54).	OA.
11.- AR (60).	OA, fibromialgia.

FUENTE: Encuesta específica.

Para una mejor ilustración de los diagnósticos de envío de los 41 casos seleccionados como OA al final de su valoración, en la tabla 3.3 se menciona cada uno de ellos, sin mencionar el número de caso que representó en principio y en orden en el grupo final.

TABLA 3.3 GRUPO DE 41 PACIENTES CON DIAGNOSTICO INICIAL DIVERSO Y FINAL DE OA EN REUMATOLOGIA, I.F.S.S., PUEBLA.

1. artropatía deformante generalizada.	OA, gota.
2. OA, AR.	OA.
3. Artritis crónica.	OA.
4. OA rodilla izquierda.	OA.
5. OA.	OA.
6. Artritis gotosa.	OA, gonartrosis, hiper-

7. AR generalizada.	OA.
8. OA hombro izquierdo.	OA, hombro congelado.
9. AR.	OA, gonartrosis.
10. Artritis gotosa.	OA.
11. AR.	OA.
12. Artropatía degenerativa.	OA.
13. Artritis deformante.	OA, gonartrosis.
14. artropatía reumática.	OA.
15. Reumatismo.	OA.
16. AR deformante.	OA.
17. artropatía coxofemoral.	OA.
18. Artritis.	OA.
19. Descartar fibrositis.	OA.
20. Artritis hombro derecho.	OA.
21. artropatía degenerativa.	OA.
22. OA.	OA acromioclavicular.
23. Artropatía degenerativa.	OA.
24. artropatía degenerativa.	OA, coxartrosis.
25. OA.	OA.
26. OA.	OA, fascitis plantar.
27. AR, OA.	OA, obesidad.
28. OA.	OA, tendonitis.
29. AR.	OA.
30. AR, síndrome de Sjogren.	OA, síndrome de Sjogren.
31. Artropatía degenerativa (rodillas)	OA incipiente.
32. OA.	OA.
33. AR.	OA.
34. AR.	OA.
35. AR.	OA.
36. artropatía de rodilla.	OA, gonartrosis.

37. Artritis rodilla izquierda.	Oa, gonartrosis.
38. Oa contra AR.	Oa.
39. AR.	Oa.
40. Artropatía degenerativa.	Oa.
41. Oa.	Oa.

FUENTE: Encuesta específica.

4) De los 62 envíos hubo casos sin laboratorio clínico ni estudio radiológico, también casos que solo contaban con laboratorio pero sin estudios radiológicos, y viceversa; encontrándose otros con ambos (RX y LB o IC) (VER CUADRO 4.1).

El mismo suceso se presentó en los 37 casos agrupados en principio, de ellos solo 5 no contaron con ambos estudios en REUM (4 ya eran conocidos como Oa y 1 fue descartado de serlo) - (VER CUADRO 4.2).

De los 41 casos encontrados como Oa solo 7 no contaron con estudio alguno, de los cuales 4 ya eran conocidos y 3 tenían cuadro clínico muy característico de OA (VER CUADRO 4.3).

Todos los análisis de laboratorio fueron normales o negativos en los 41 casos a excepción de 2 casos positivos en el factor reumatoide que correspondieron a AR más Oa (VER CUADRO 4.4).

De los 41 casos, 8 fueron enviados con laboratorio completo y 7 solo con laboratorio básico. En REUM 19 contaron con laboratorio completo y 7 solo con laboratorio básico.

De los 62 envíos, solo 19 contaron con estudio radiológico; en REUM 32 casos se revisaron con dicho estudio. En 13 se efectuó cuantificación de ácido úrico a su envío (solo 1 fue mayor de 7 = 7.5), que se corroboró en REUM en 11 (4 fueron mayores de 7 = 7.2, 7.3, 7.6 y 8.4); los 13 se encontraron en el grupo de 41 con Oa.

CUADRO 4.1 LABORATORIO Y GABINETE EN 62 SERVICIOS.

	U.M.F.1'	REUM''
Solo con laboratorio.	17	10
Solo con radiografías.	11	8
Con laboratorio y RX.	10	34
Solo sin laboratorio.	11	8
Solo sin radiografías.	17	10
Sin laboratorio ni RX.	24	10

FUENTE: Encuesta específica.

CUADRO 4.2 LABORATORIO Y GABINETE EN 37 CASOS DE OA PROBABLE.

	U.M.F.1	REUM
Solo con laboratorio.	9	3
Solo con radiografías.	8	6
Con laboratorio y RX.	5	23
Solo sin laboratorio.	8	6
Solo sin radiografías.	9	3
Solo sin laboratorio ni RX.	15	5 (4 conocidos 1 sin OA)

FUENTE: Encuesta específica.

CUADRO 4.3 LABORATORIO Y GABINETE EN 41 CASOS DE OA EN REUM.

Contaron con laboratorio únicamente.	2
Contaron con radiografías únicamente.	5
Contaron con radiografías y laboratorio.	27
Solo no se les realizó laboratorio.	5
Solo no se les realizó estudio de RX.	2
No se les realizó laboratorio ni RX.	7 (4 conocidos 3 OA clínica)

FUENTE: Encuesta específica.

U.M.F.1' = Unidad Médico Familiar No. 1.

REUM'' = Servicio de reumatología.

OA. = Osteoartritis.

CUADRO 4.4. EXAMEN DE RADIOGRAFÍAS DE 62 LEVIOS A RHEUMATOLOGIA.

LEVIOS	U.M.F.1	RHEUM	ES	OS	FOR	VEL	COL.	12	11	9	7	3"	3	1	1	1
U.M.F.1	19	13	13	12	11	9	7	3"	3	1	1	1				
RHEUM	28	13	28	32	28	14	5	6:	2	5	10	1	5	3		

'= 3 (+), "= 2 (+), " = Todos (-), := Todos (-).

FUENTE: Encuesta específica.

5) En todos los 41 pacientes diagnosticados como Oa en RHEUM se encontró el dolor articular, el movimiento en 34 = 82.92% (en la U.M.F.1 en 37 casos) y aún en reposo en 7 = 17.07% (4 en la U.M.F.1); el espacio se presentó en 6 = 14.63% del total de casos - (2 en la U.M.F.1); la rigidez matutina precoz en 5 = 12.19% (4 en la U.M.F.1); y contractura en flexión en 3 = 7.31% (0 en la U.M.F.1) (VER CUADRO 5.1).

En los 41 casos de Oa el signo más frecuente es aumento de volumen sin derrame, encontrado en 15 = 36.58% (10 en la U.M.F.1); no se presentó aumento de volumen con derrame; se encontraron nódulos de Heberden en 14 = 34.4% (4 en la U.M.F.1); los nódulos de Bouchard se presentaron en 9 = 21.95% (0 en la U.M.F.1); hallux - valgus en 9 = 21.95% (2 en la U.M.F.1); deformidades en otras articulaciones en 6 = 14.63 (7 en la U.M.F.1); crepitación en 5 = 12.19% (0 en la U.M.F.1); e hipercensibilidad a la presión en 4 = 9.75% (2 en la U.M.F.1) (VER CUADRO 5.2).

El hallazgo radiológico más frecuente en estos pacientes fue la disminución del espacio, presente en 28 pacientes = 68.29% (9 en la U.M.F.1 pero no fueron mencionados en la nota de envío, por lo que en esta evaluación solo se tomaron en cuenta los hallazgos encontrados en RHEUM) seguido de huesos de neoformación distales - en 14 = 34.4% y proximales en 9 casos = 21.95%; la esclerosis sub condral en 11 = 26.8%; osteofitos en 6 = 14.63% y quistes en care des escleróticas en 3 = 7.31% (VER CUADRO 5.3).

CUADRO 5.1 FRECUENCIA DE SINTOMAS EN 41 PACIENTES CON OA.

Síntoma	U.M.F.1	REUM	PORCIENTO
1.- Dolor articular:	41	41	100%
- al movimiento	37	34	82.92%
- en reposo	4	7	17.07%
2.- Espasmo.	2	6	14.63%
3.- Rigidez matutina precinética.	4	5	12.19%
4.- Contractura en flexión.	0	3	7.31%

FUENTE: Encuesta específica.

CUADRO 5.2 FRECUENCIA DE SIGNOS EN 41 PACIENTES CON OA.

Signo	U.M.F.1	REUM	PORCIENTO
1.- Aumento de volumen sin derrame.	10	15	36.58%
2.- Proliferación osteofítica:			
Interfalángica distal (Heberden).	4	14	34.14%
Interfalángica proxima (Bouchard).	0	9	21.95%
en pies (hallux valgus).	2	9	21.95%
en otras articulaciones.	7	6	14.63%
3.- Urcitución.	0	5	12.19%
4.- Hipersensibilidad a la presión.	2	4	9.75%

FUENTE: Encuesta específica.

CUADRO 5.3 HALLAZGOS RADIOLOGICOS EN 32 ESTUDIOS (DE 41 CON OA).

Hallazgos	REUM	PORCIENTO
1.- Disminución del espacio articular.	28	68.29%
2.- Huesos de neoformación: distales.	14	34.14%
proximales.	9	21.95%
en pies.	9	21.95%
3.- Esclerosis subcondral.	11	26.82%
4.- Formación de osteofitos.	6	14.63%
5.- Areas quísticas con paredes escleróticas.	3	7.31%

FUENTE: Encuesta específica.

De los 32 estudios radiológicos revisados en el servicio de reumatología, en base a los criterios radiológicos de Kell Gren, ya mencionados, se encontró que 12 pacientes cursan con OA dudosa, lo que corresponde al 37.5%; 11 pacientes tienen OA mínima, lo que corresponde al 34.3%; 8 pacientes tienen OA moderada, lo que corresponde al 25% y solo 1 persona tiene OA severa, que corresponde al 3.1%. La tabla 5.4 agrupa a los pacientes de acuerdo al grado de osteoartritis, menciona el número de caso y los criterios encontrados en cada uno de ellos.

TABLA 5.4 GRADO DE OA EN 32 ESTUDIOS RADIOLOGICOS DE PACIENTES ADSCRITOS A LA U.M.F. No. 1, SEGUN CRITERIOS DE KELL GREN.

OA DUDOSA	OA MINIMA	OA MODERADA	OA SEVERA
CASO - CRITERIO	CASO - CRITERIOS	CASO - CRITERIOS	CASO CRIT.
2.- 3	4.- 2, 3	6.- 1, 2, 3	9.- 1,2,3
3.- 2	5.- 1, 2	8.- 3, 4, 5	y 4
16.- 3	11.- 1, 2	10.- 3, 4, 5	
17.- 3	13.- 2, 3	12.- 1, 2, 3	
19.- 3	14.- 2, 3	18.- 3, 4, 5	
20.- 3	15.- 2, 3	28.- 2, 3, 4	
21.- 3	25.- 3, 4	30.- 1, 2, 3	
22.- 3	26.- 3, 4	33.- 2, 3, 4	
29.- 3	31.- 3, 4		
37.- 3	35.- 2, 3		
40.- 3	36.- 3, 4		
41.- 4			

FUENTE: Encuesta específica.

6) En los 41 casos encontrados como OA hubo afectación de varias articulaciones o de una sola articulación, se encontró -- que las más afectadas son las rodillas y las menos afectadas son las de la columna y codos (VER CUADRO 6.1).

CUADRO 6.1 NÚMERO DE ARTICULACIONES AFECTADAS EN 41 CASOS DE OA

	U.M.F. 1	REUMATOLOGIA
Rodillas	12	17
Manos	15	15
Pies	11	15
Hombros	4	12
Cadera	4	5
Codos	6	5
Columna	0	7

FUENTE: Encuesta específica.

7) El manejo en los 41 pacientes fue variado en ambos servicios (U.M.F. 1 y REUM). Se utilizaron analgésicos, ANNE, uricosu- rícos y relajantes musculares. En ningún caso se utilizaron corticoides de depósito y ningún paciente se sometió a tratamiento quirúrgico hasta el momento de cerrar la encuesta de este estudio. A 2 pacientes se les recomendó ejercicio moderado en REUM -- (a ninguno en la U.M.F. 1), a 3 se les recomendó el uso de bas- -- tón en REUM (a 1 en la U.M.F. 1) y a 6 baños de contraste (a nin- -- guo en la U.M.F. 1). La tabla 7.1 muestra la relación de medica- -- mentos utilizados en los 41 pacientes diagnosticados con OA.

TABLA 7.1 RELACION DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN 41 PACIENTES CON OA.

	U.M.F. 1	REUMATOLOGIA
1.- Salicilatos.	14	17
2.- Naproxén.	24	13
3.- Ketoprofén.	12	9
4.- Indometacina.	0	8
5.- Propoxifeno.	3	6
6.- Fenilbutazona.	10	3
7.- Acetaminofen.	0	3
8.- Alopurinol.	3	2
9.- Dipirona.	5	0
10.- Tiamina.	2	0

FUENTE: encuesta específica.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

DISCUSIÓN

La clasificación adecuada de las enfermedades reumáticas y la definición de osteoartritis constituyen aspectos de importancia básica para elaborar un estudio sobre OA, ya que solo así podrán establecerse los límites conceptuales de este tipo (VII) de enfermedad reumática y derivar conclusiones que puedan ser comparables a otras revisiones.

El total de envíos al servicio de reumatología en 7 meses (solo de la U.I.F. 1) fue de 62. Aunque 37 fueron tomados como OA, solo 30 cumplieron los criterios clínicos y radiológicos de OA. Además, 11 pacientes enviados con otros DXs (AR en 3, gota en 2 y fibrositis en 1) cumplieron los criterios mencionados, con los que se formó un grupo de 41 pacientes, lo que permitió obtener datos más confiables, dentro de las limitaciones impuestas por el corto número estudiado y el tiempo promedio de seguimiento de mes y medio.

De nuestros resultados destaca el sexo y la edad de los pacientes. La OA se presentó a partir de la cuarta década y es más frecuente en la década de los 50s, se presentó en relación 1:1.01 hombre-mujer; lo que está de acuerdo con lo que señalan otros autores.

Los síntomas, signos y hallazgos radiológicos que presentaron estos pacientes concuerdan también con lo publicado.

De los 7 pacientes enviados con DX tomado como OA que fueron equivocados, 3 correspondieron a fibromialgia: engloba las manifestaciones de dolor, espasmo y rigidez, cuyo asiento primordial son los músculos, ligamentos, aponeurosis y fascia muscular sin que medien ni inflamación muscular (miositis) ni trastornos degenerativos del músculo (distrofia); el término

gánico causa problemas reumáticos extraarticulares (generalizados o localizados), a menudo se acompaña de tendinitis, -
microcistis, bursitis o epicondilitis como consecuencia o cau-
sa del mismo muscular; afecta hombros, cuello (compresión
radicular), brazos, región lumbal y miembros inferiores; se -
ca en estados de tensión emocional y no afecta a las articula-
ciones ni a las márgenes óseas articulares, por lo que se di-
ferencia de la OA. Un caso correspondió a seriartritis del --
hombro, que generalmente es resultado de algún otro padeci-
miento del hombro, produce dolor y limitación funcional; es -
consecuencia de AR, OA o TB y traumatismo; por lo que a falta
de datos de OA en manos, rodillas, pies o columna fácilmente
se descarta. Un caso correspondió a hiperuricemia, error innu-
to del metabolismo de las purinas, caracterizado por ataques
recurrentes de una variedad especial de artritis aguda y depo-
sito de cristales de urato monosódico en las articulaciones,
tejido subcutáneo y parénquima renal; afecta a hombres de más
de 30 años de edad, de inicio súbito (generalmente en las no-
ches) y que dura 3, 11 o más días; hay cambios en la piel en
el pie (podagra) e hipersensibilidad intensa; en etapas avan-
zadas los pacientes no tratados desarrollan tofos, acortando-
se el tiempo de presentación del dolor; puede haber afectación
renal, lo que aumenta los tofos; la prueba terapéutica uigós-
tica se hace con colchicina, por lo que el DX diferencial en-
tre OA y gota es fácil. De esta manera, en base a los resúme-
nes exuestos en el material y método, identificamos clínica
y radiológicamente a los 30 pacientes con OA. Así mismo, de -
los 3 casos enviados como AR y que finalmente fueron OA, se -
les diferencié porque en la AR hay rigidez matutina de más de

30 minutos, dolor al movimiento por lo menos en una articulación, flogosis por lo menos en 1 articulación en forma continua por lo menos durante 6 semanas y de una segunda articulación en menos de 3 meses, flogosis simétrica con excepción de interfalángicas distales, hay nódulos subcutáneos sobre prominencias óseas, es superficies extensoras o en regiones yuxta-articulares, osteoporosis a los RX cerca de la articulación afectada y factor reumatoide positivo, con lo que de algún modo, fácilmente se hace el diagnóstico diferencial.

De los 41 pacientes, 7 no contaron con estudios (4 ya -- eran conocidos como OA y 3 tenían cuadro característico de dicho padecimiento). El laboratorio fue normal o negativo en todos los 15 casos que contaron con él, solo el factor reumatoide fue positivo en el mismo número de pacientes que cursaron con OA y AR simultáneamente. En el servicio de reumatología -- se encontraron 11 casos más con laboratorio (todos normales, únicamente 4 determinaciones de ácido úrico fueron mayores a 7 y una de ellas mayor de 8).

En todos los casos se presentó dolor articular, espasmo en 14.63%, rigidez matutina precinética en 12.19% y contractura en flexión en un 7.31%. El espasmo y la rigidez fueron detectados 3 veces más por el especialista.

El aumento de volumen sin derrame fue el signo más frecuente (15 pacientes) seguido de deformación articular de cualquier tipo de las ya descritas para OA (38 tipos en 35 pacientes, crepitación (5 pacientes) e hipersensibilidad a la presión (4 pacientes); su detección fue 1:4 U.M.F. 1-REUM.

En 28 pacientes se encontró disminución del espacio articular en los RX (de 32 que contaron con dicho estudio), hue--

nos de neoformación en 23 casos, esclerosis subcortical en 11 osteofitos en 6 y quistes con paredes escleróticas en 3; lo que nos llevó a un diagnóstico radiológico (según Keith Green) de OA en la U.M.F. 1 aguda en 12 casos, OA mínima en 11, OA moderada en 3 y 1 caso con OA severa.

Las articulaciones más afectadas son las rodillas (17), manos (15), pies (15), hombros (12), caderas (5), codos (5), y columna. En el servicio de reumatología se encontró una tercera parte más de la afectación encontrada en la U.M.F. 1.

El medicamento más utilizado para el tratamiento de este tipo de pacientes en la U.M.F. 1 es el naproxén, seguido de los salicilatos y el ketoprofén; en reumatología solo se inyectan los 2 primeros y se agrega indometacina, lo que muestra en cierta forma que los pacientes son tratados, contradictoriamente a su diagnóstico erróneo, de forma en general aceptable.

La diferencia en la detección de los síntomas y signos en uno y otro servicio es más marcada que los parámetros antes mencionados. En base a que no pudieron variar en forma importante durante el promedio de tiempo del envío y la primera consulta con el especialista, lo que expresa una exploración e interrogatorio deficientes.

Las medidas generales recomendadas a 11 pacientes en el servicio de reumatología son ejercicio moderado, uso de bastón (a 1 en la U.M.F. 1) y baños de contraste.

El criterio empleado en la selección de nuestros casos confiere un alto índice de probabilidad en la detección de la osteoartritis en las Unidades Médico Familiares.

C O M E N T A R I O

Al parecer el hombre tiende a ocuparse menos de aquello que más le afecta, o tal vez existen muchas cosas que le afectan. Se sabe que las enfermedades reumáticas acompañan al hombre desde la prehistoria y actualmente son los padecimientos más frecuentes.

El médico familiar es quien ve la mayor parte de este tipo de pacientes de primera instancia y de él depende parte de su futuro; además cuenta con la posibilidad del recurso de la laboratorios básico y de gabinete, por lo que la Oa debe ser diagnosticada en ese primer nivel de atención, lo cual reduciría de manera importante los costos de salud pública y beneficiaría en gran parte a los pacientes con esta enfermedad, ya que todos pasaremos por la vejez y somos portadores potenciales de la misma.

CONCLUSIONES

1. Es necesario utilizar terminología genérica específica al referirse a cualquier tipo de enfermedad reumática.
2. Resulta evidente que algunos enfermos con osteoartritis tienen diagnóstico equivocado, por lo que se le confunde con otras enfermedades reumáticas.
3. Es necesario definir y difundir los criterios de diagnóstico de la osteoartritis para poder establecer relaciones válidas con estudios similares.
4. Si bien es posible diagnosticar a la osteoartritis en las unidades médico familiares mediante el cuadro clínico y radiológico, también es frecuente el número de envíos al especialista, y únicamente deben ser por respuesta deficiente al tratamiento.
5. El grado más frecuente de osteoartritis en la Unidad Médico Familiar No. 1 es: dudosa, mínima, moderada y (en un solo paciente) severa.
6. Los medicamentos utilizados más frecuentemente son los salicilatos y el naproxén, y solo en casos extremos de osteoartritis se utiliza propoxifeno e indometacina con resultados satisfactorios.
7. No son de vital importancia otros estudios para realizar el diagnóstico de osteoartritis.
8. Se hace indispensable incluir la materia: reumatología en las escuelas de medicina y en programas de especialización de médicos de primer contacto.

R E S U M E N

Se estudian 41 pacientes con comprobación clínica y/o radiológica de osteoartritis (OA) en el servicio de reumatología, enviados de la Unidad Médico Familiar No. 1 (U.M.F. 1) del Seguro Social en la Ciudad de Puebla, en el lapso enero-julio de 1984. Se buscó el grado de certeza del diagnóstico (DX) de envío, los síntomas, signos, hallazgos en radiografías (RX) y el grado de OA en cada paciente. Los resultados se obtuvieron de notas de envío y expedientes clínico-radiológicos en ambos servicios.

Se encontró un 79.1% de certeza en el DX. Del 26.9% de error 8 casos se enviaron como artritis reumatoide (AR), 2 como gota y 1 como fibrositis

En todos se encontró dolor articular, espasmo en 14.63%, rigidéz matutina -precinética en 12.19% y contractura en flexión - en 7.31%. En 36.58% hubo aumento de volumen, se encontraron nódulos de Heberden en 34.14% y de Bouchard en 21.95%, hallux valgus en 21.95%, deformación de otras articulaciones en 14.63, crepitación en 12.19% e hipersensibilidad a la presión en 9.75%. Contaron con exámenes de laboratorio solo 36 casos, el factor reumatoide fue positivo en 2, que cursan con AR y OA simultaneamente, los demás estudios son normales. Contaron con RX 32 pacientes, - 37.5% cursa con OA dudosa, 34.3% tiene OA mínima, 25% tiene OA - moderada y 3.1% cursa con OA severa. En 41.4% se usaron salicilatatos, naproxén en 31.7%, ketoprofén en 21.95% e indometacina en - 19.5% de casos con buenos resultados.

Se concluye que puede y debe hacerse el DX de OA en la Unidad de Medicina Familiar mediante la clínica y apoyo de RX, y enviar al servicio de reumatología únicamente los casos difíciles en cuanto a su manejo.

REFERENCIAS

- 1 ALARCON DS. Introducción a la reumatología. Edit. Scheramex, Méx. 1977. 1, 170 y 173.
- 2 BLAND JH. The reversibility of osteoarthritis. A review. The Am. Jor. of Med. Aspirin Symposium. 1983. 14: 16.
- 3 BUNI A, ENDERLIN M, GROSS D, ET AL. Vademecum de las enfermedades reumáticas. Edit. Serv. Fed. Suizo de Higiene Pública. 31. 1966.
- 4 CARBAJAL NO. Enfermedad articular degenerativa. Anuario de actualización en medicina. Fasc. 21, 7: 279. 1975.
- 5 COLOMBO C, BUTLER M, ET AL. A new model of osteoarthritis in rabbits. Arth. and Rheum. 1983. 26, 7: 875.
- 6 FRAGA A, LAVALLE G, GUDINO J. Artritis reumatoide. Anuario de actualización en medicina. Fasc. 21, 7: 79. 1975.
- 7 KATONA G, BURGOS R, CLARK P, ET AL. Osteoarthritis, conceptos nuevos de una enfermedad antigua. Rev. Med. UNAM. Méx. XXV. 1982. 7: 280.
- 8 MEDSGER TA. Osteoarthritis. Rev. Rheum. 1983. 26, 3: 278.
- 9 MELTON LJ, STAUFFER RN, CHAO KY, ET AL. Rates of total hip - arthroplasty. A population-based study. New Engl. Jour. Med. 1982. 307, 20: 1242.
- 10 MINTZ G. El reto social de las enfermedades reumáticas. Rev. Med. IMSS. 1981. 19, 3: 331.
- 11 MINTZ G. Estudio clínico y diagnóstico diferencial del paciente reumático. Rev. Med. UNAM. Méx. XXII. 1979. 9: 30.
- 12 MINTZ G. Importancia social y económica de las enfermedades reumáticas. Anuario de actualización en medicina. Fasc. 21. 7: 11. 1975.
- 13 PELLETIER JP, MARTEL-PELLETIER J, ET AL. Actividad colagenolítica, ruptura baja de la matriz de la colágena del cartilago articular en el modelo de osteoarthritis del perro *pund nu* ki. Arth. and Rheum. 1983. 26, 7: 866.
- 14 SIDNEY J. Osteoarthritis, presentación de un caso. Rev. Med. de Postgr. Monografía 34. 1976.
- 15 TANUR B, EXAIRE JE, KUMATE J, ET AL. Historia natural de las enfermedades reumáticas. Rev. Med. UNAM. Méx. XVII. 1979. 5: 4.