



**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE LA HABANA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS MIGUEL ENRÍQUEZ**



**Síndrome Inflamatorio Articular
Autor: Yeyson Gioldis Martínez Rojas**

Sumario

- I. Definición de Síndrome inflamatorio articular, principales síntomas, clasificaciones y formas de presentación.**
- II. Tipos de Sacrolumbalgias (Aguda, Crónica y Ciatalgia Vertebral común). Sintomatología**

Objetivo

Explicar las manifestaciones clínicas del Síndrome de inflamación articular, clasificaciones y formas de presentación, apoyándose de la bibliografía básica y complementaria en función de la formación del médico general.

Síndrome de inflamación articular

La inflamación articular es la respuesta defensiva de la membrana sinovial (tejido intraarticular con múltiples terminaciones nerviosas que tapiza internamente la cápsula articular, respetando la línea articular) ante diferentes tipos de agresiones.

Síntomas más habituales de toda inflamación

- ✓ Dolor (más relevante)
- ✓ Tumefacción (aumento de volumen)
- ✓ Rubor (enrojecimiento)
- ✓ Aumento de la temperatura (calor)
- ✓ Impotencia funcional

CLASIFICACIONES

```
graph TD; A[CLASIFICACIONES] --> B[SEGÚN TIEMPO DE EVOLUCIÓN]; A --> C[SEGÚN ARTICULACIONES AFECTADAS]; B --> D[Agudas]; B --> E[Crónicas]; C --> F[Monoarticulares]; C --> G[Oligo-articulares]; C --> H[Poliarticulares];
```

SEGÚN TIEMPO DE EVOLUCIÓN

Agudas

Crónicas

SEGÚN ARTICULACIONES AFECTADAS

Monoarticulares

Oligo-articulares

Poliarticulares

Formas de presentación

Artritis séptica: Afecciones en articulaciones causadas por la presencia de gérmenes (bacterias) que son los responsables de los síntomas inflamatorios de una articulación.

Causas

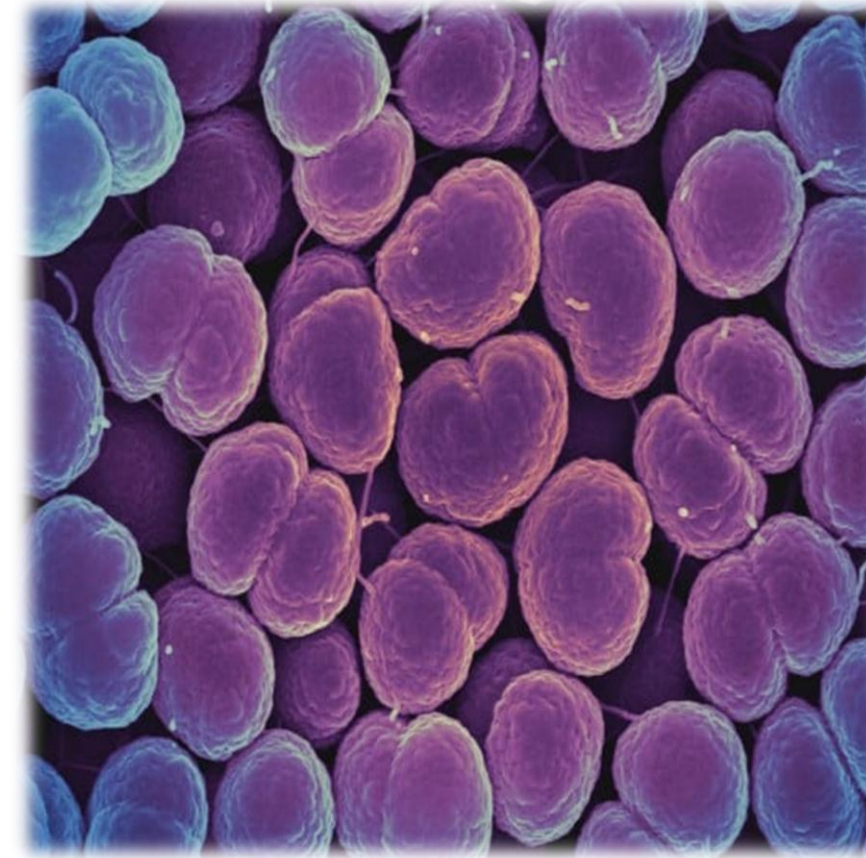
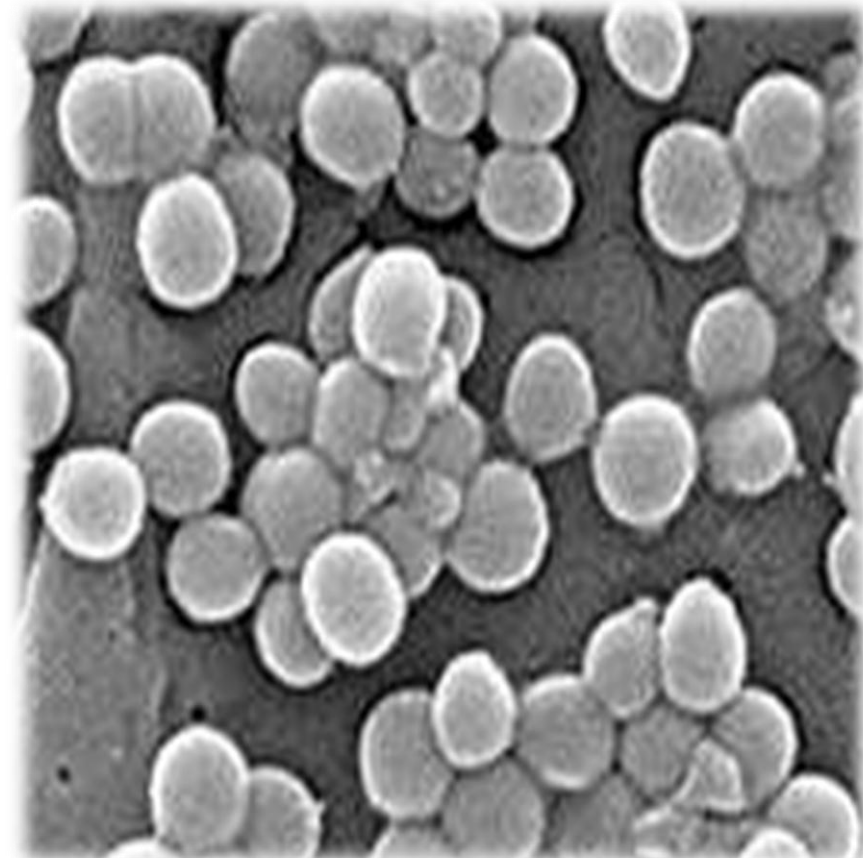
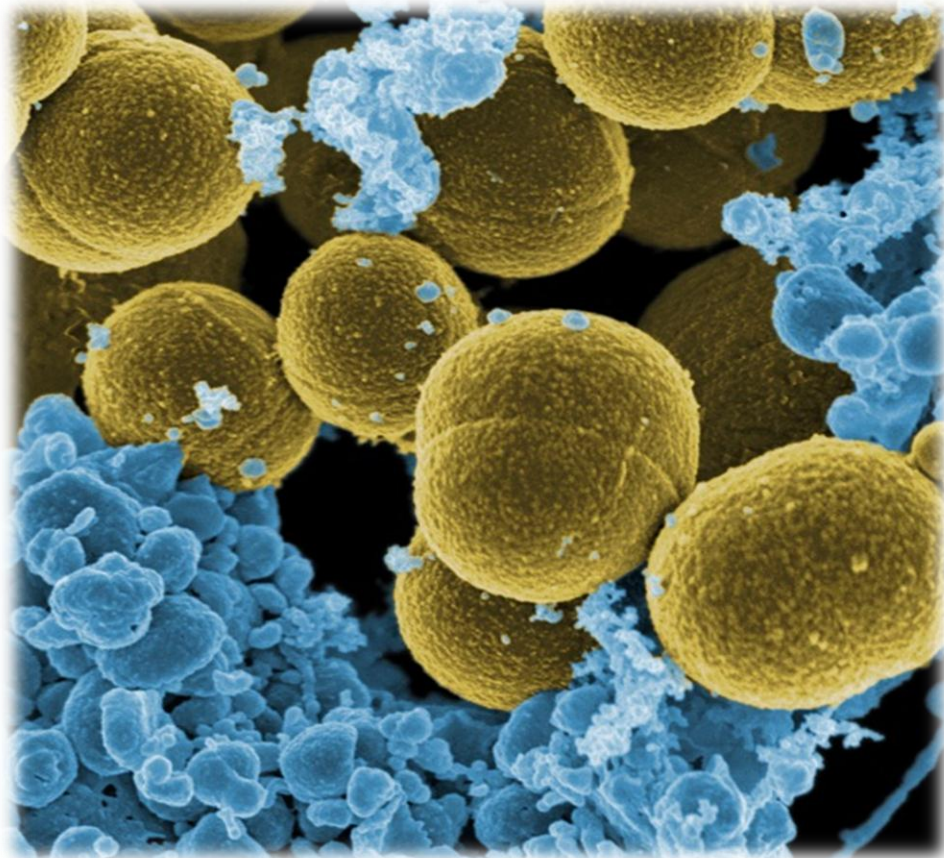
- ✓ Inoculación directa con microorganismos a raíz de procesos quirúrgicos o lesiones
- ✓ Afección a distancia



Gérmenes más frecuentes

- Estafilococo (más frecuente)
- Gonococo
- Otros gérmenes menos frecuentes

Siempre provocando supuración intraauricular, generalmente por inyección intraarticular.



Formas de presentación

Artritis reactiva:

- ✓ Lesiones asépticas.
- ✓ No presencia de gérmenes en la articulación (Antígeno Desencadenante).
- ✓ Aparición de síntomas, días o semanas después de infección (Gastrointestinal o Urogenital)



Formas de presentación

Poliartritis reumatoide:

- ✓ Más frecuente en el sexo femenino.
- ✓ Evoluciona por brotes separados por períodos de remisión.
- ✓ Inflamación poliarticular de carácter autoinmune.
- ✓ Evolución y carácter grave.



Formas de presentación

Fiebre reumática:

- ✓ Secundaria a infección faríngea por estreptococo beta hemolítico del grupo A.
- ✓ Las secuelas en niños y adolescentes pueden llegar a ser permanentes.

Órganos dianas:

- ✓ Tejidos Valvulares (Corazón).
- ✓ Tejidos Articulares.
- ✓ Estructuras del Sistema Nervioso Central (SNC).

Formas de presentación

Conectivopatías:

- ✓ Secundarias a afecciones sistémicas: **Lupus eritematoso sistémico**
Esclerodermia
Polimiositis
- ✓ Artropatías Metabólicas: **Gota**
- ✓ Artropatías Secundarias a enfermedades inflamatorias del intestino.



Formas de presentación

Artritis gotosa: Predilección por la articulación metatarso falángica del dedo gordo del pie.
Asociado a hiperuricemia.



Características

- ✓ Unilaterales o bilaterales.
- ✓ Se afectan varias articulaciones (poli u oligoarticulares).
- ✓ Agudas o crónicas.
- ✓ Si la afectación es 1 articulación específica es monoarticular.
- ✓ Frecuente en traumatismo o infecciones.

Sacrolumbalgia

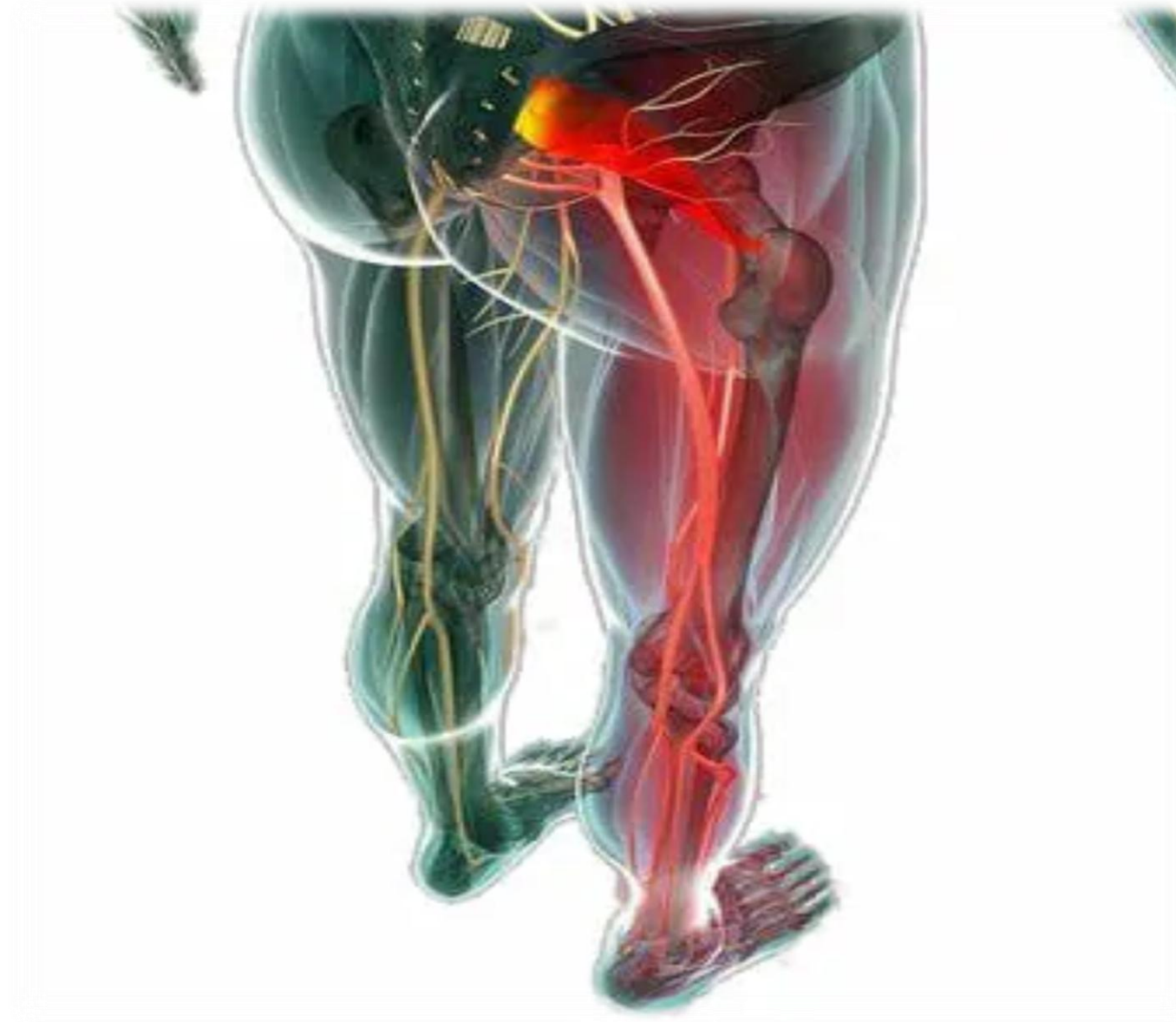
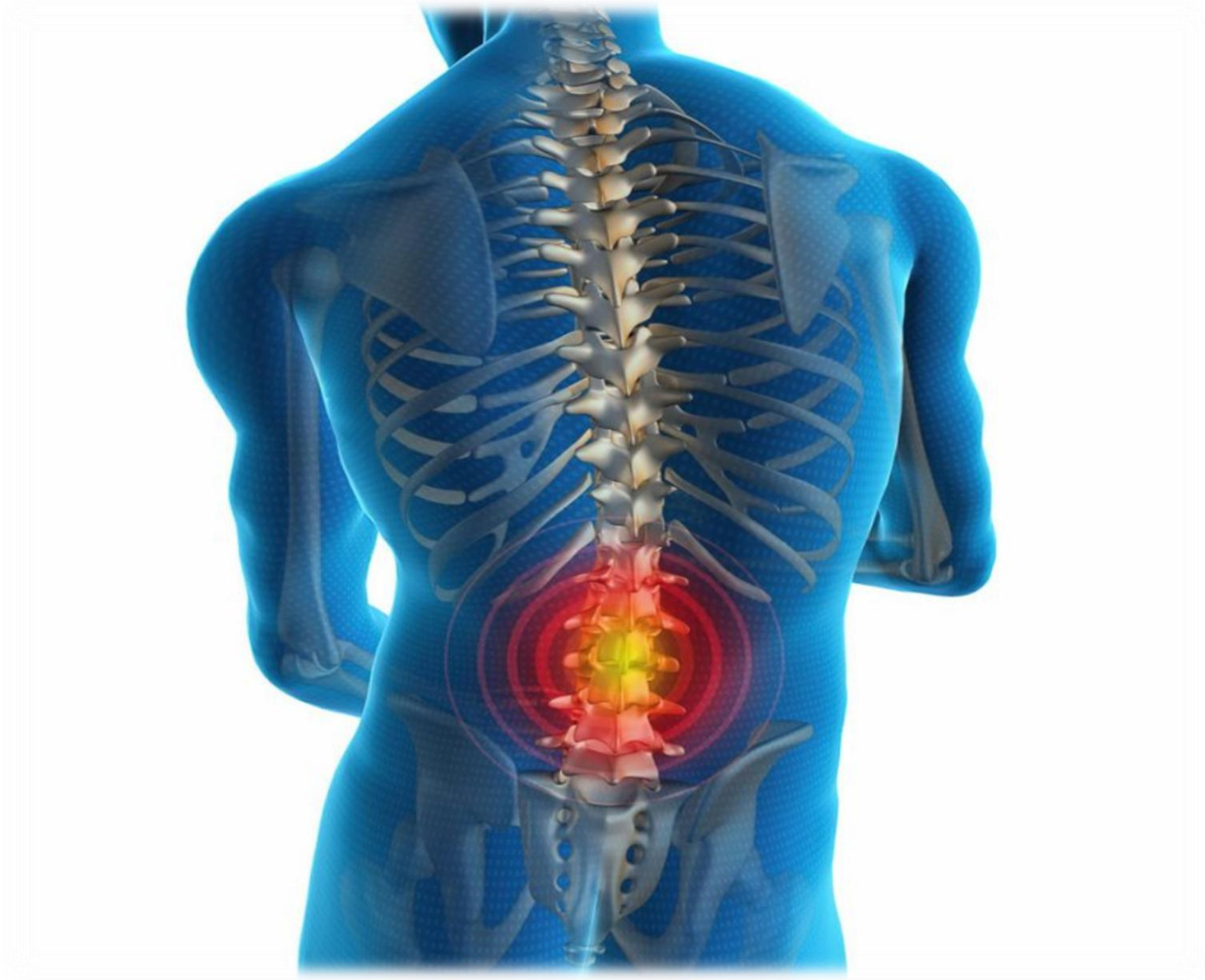
- ✓ Esta afección, constituye un síndrome, es provocada por el deterioro de los discos intervertebrales, generalmente a causa del envejecimiento y en ocasiones por traumatismos.
- ✓ Suele manifestarse a partir de los 30 años, ya que las alteraciones degenerativas del disco son muy precoces.
- ✓ El deterioro discal puede ser no apreciado radiológicamente, aunque con frecuencia se nota cierto grado de aplastamiento óseo con o sin osteofitosis anterolaterales.

Sacrolumbalgia

- ✓ No siempre la presencia de trastornos degenerativos discales, se acompañan de sintomatología, se pueden apreciar radiológicamente sin que el portador señale molestia alguna.
- ✓ La sacrolumbalgia, por lo general, se corresponde con el deterioro de los dos últimos discos lumbares L4 y L5 así como el primer sacro S1 .
- ✓ Las principales lesiones las constituyen la transformación del anillo fibroso y el hundimiento del pulposo.

Tipos

- ✓ Sacrolumbalgia Aguda
- ✓ Sacrolumbalgia Crónica
- ✓ Ciatalgia Vertebral Común



Sacrolumbalgia Aguda

- ✓ Se caracteriza por la compresión del anillo discal y el hundimiento del núcleo pulposo, el que se desplaza hacia la hendidura posterior del anillo dando origen a las manifestaciones clínicas.
- ✓ Este cuadro se instaura bruscamente, por lo general de un esfuerzo de levantamiento pesado o de movimiento de enderezamiento o torsión súbita del torso.

Sintomatología

- ✓ Dolor violento que impide al paciente enderezarse por completo, en ocasiones se desploma y requiere ser levantado y trasladado a la cama.
- ✓ El dolor se localiza en la región lumbosacra aumentando con los esfuerzos: tos, estornudos, defecación, etc; su intensidad es variable, aunque frecuentemente muy alta.
- ✓ De poder deambular lo hace penosamente y con dificultades.
- ✓ La columna lumbar se mantiene rígida, se altera la estática vertebral, pueden desaparecer síntomas de defensa caracterizados por una posición antálgica con aplanamiento de la lordosis lumbar y el paciente llega a tomar una posición opuesta de cifosis lumbar, inclinación del torso y escoliosis. (Esta postura antálgica es irreducible).

Sintomatología

- ✓ El exámen radiológico puede ser negativo, aunque en ocasiones se aprecia un disco lumbosacro aplastado con o sin osteofitosis anterolateral o bien pinzamientos localizados a nivel del disco.
- ✓ La evolución suele durar de 5-6 días; desaparecen paulatinamente los dolores, a veces la molestia dura varias semanas.
- ✓ Aunque la crisis puede producirse una sola vez, lo frecuente es que se reproduzca a intervalos más o menos largos.
- ✓ Pueden aparecer otros trastornos del deterioro discal como la Ciatalgia o la lumbalgia crónica.

Sacrolumbalgia Crónica

- ✓ Es debido al deterioro de los discos lumbosacros.
- ✓ Se produce entre los 30-60 años de edad y habitualmente el paciente señala haber padecido de una o varias crisis agudas, aunque existen casos en que la instauración del cuadro es insidiosa en un sujeto que nunca padeció de sacrolumbalgia aguda o ciatalgia.

Sintomatología

- ✓ El dolor se sitúa a nivel lumbar bajo con radiación al sacro y nalgas.
- ✓ Su intensidad es moderada incrementándose con algunos esfuerzos como el de la carga o movimientos de flexión y extensión del tronco, igualmente lo afectan los estados prolongados de pie o la permanencia por largo tiempo sentado como ocurre en viajes a largas distancias.
- ✓ Aunque el reposo lo alivia, el paciente señala al levantarse en la mañana una sensación de tirantez dolorosa lumbar que desaparece poco a poco, para reaparecer de nuevo con el ejercicio.

Sintomatología

- ✓ La rigidez lumbar es discreta o no puede apreciarse.
- ✓ La presión fuerte en los espacios interespinosos L4-S1 puede ser dolorosa, raramente el síntoma sobrepasa esta altura vertebral.
- ✓ Radiográficamente se aprecian alteraciones discales: aplastamiento, osteofitosis anterolateral, pequeños desplazamientos posteriores de las vertebrae.
- ✓ La alteración puede estar localizada a un segmento o extenderse que es lo más común.
- ✓ Puede dificultar el ejercicio y ciertas actividades que requieren cargar pesos.
- ✓ Generalmente desaparece en un periodo de 5-10 años.

Ciatalgia Vertebral Común

- ✓ Se corresponde con la hernia discal posterolateral lumbosacra.
- ✓ El dolor repercute en el miembro inferior siguiendo el territorio de L5 o S1.
- ✓ Es frecuente después de los 30 años.
- ✓ Puede surgir a partir de un esfuerzo o movimiento brusco, aunque en ocasiones se instaura progresivamente después de un esfuerzo de levantamiento pesado.

Sintomatología

- ✓ El dolor es unilateral y recorre la extremidad inferior en toda su extensión; excepcionalmente es bilateral, aunque en ocasiones tiene predominio sobre uno u otro lado.
- ✓ La sintomatología se corresponde con el nivel de compresión discorradicular. Este puede producirse a nivel de los discos L4-L5 que irritan la raíz L5, o bien L5-S1 en cuyo caso la irritación es sobre la raíz S1, por tanto, el dolor es monorradicular y sus características y topografías distintas.
- ✓ Cuando se trata de una **ciática L5** el dolor es postero-externo en el muslo, externo en la pierna y pasa sobre el maléolo externo para cruzar el dorso del pie y terminar en los dedos gordo y segundo del mismo.

Sintomatología

- ✓ Cuando se trata de una **ciática S1** el dolor es posterior en el muslo y en la pierna pasando por el talón al borde externo del pie para terminar en los tres últimos dedos.
- ✓ En ambos casos el dolor es variable en intensidad, pero existen ocasiones en que resulta insoportable y causa insomnio total (**ciática hiperalgésica**). El reposo en cama lo calma, aunque los primeros días de permanencia en decúbito sean penosos. La elevación del miembro afectado con el paciente acostado calma el dolor rápidamente, debido a la exacerbación del dolor (**signo de Lasegue**)

Sintomatología

- ✓ Cierta grado de rigidez de la columna, con adopción de posiciones antálgicas similares a la sacrolumbalgia aguda. Estas posturas son irreductibles, y cualquier esfuerzo para impedir la causa dolor.
- ✓ La presión en la región supraespinosa de L4-S1 de acuerdo con el tipo de ciática en particular de que se trate, produce irradiación del dolor hacia la extremidad inferior siguiendo el trayecto correspondiente (**signo del timbre Seze**).
- ✓ La radiografía puede ser normal, aunque a veces se observan alteraciones similares a la sacrolumbalgia.
- ✓ La evolución es generalmente rápida y el cuadro desaparece en pocas semanas. En ocasiones es rebelde a todo tratamiento y cuando persiste por tres o más meses se requiere considerar tratamiento quirúrgico.

Conclusiones

- ✓ Los síndromes óseos casi siempre pertenecen al área del ortopédico, aunque es frecuente que consulten con el clínico. En este caso debemos continuar asistiendo al paciente, que de otra forma podría desorientarse y perderse tiempo en el diagnóstico y el tratamiento.
- ✓ Los síndromes propiamente articulares pueden subdividirse en articulares propiamente dichos y de partes blandas (periarticulares). Estos últimos son muy frecuentes en las enfermedades reumáticas.