

BASES DE LA MEDICINA CLÍNICA

Unidad 14:
REUMATOLOGÍA

Tema 14.10.B:
REUMATISMOS DE PARTES BLANDAS

Dr. Jorge Saavedra



REUMATISMOS DE PARTES BLANDAS

Jorge Saavedra

1. INTRODUCCION

Los reumatismos de partes blandas son cuadros dolorosos originados en las estructuras peri articulares como tendones, bursas, ligamentos y fascias, se incluye también en el grupo, los síndromes de atrapamiento de nervios.

De frecuente presentación en la clínica diaria, presentan un desafío permanente para el medico y obliga a un conocimiento anatómico y semiológico adecuado, habitualmente no son graves, pero si invalidantes para el paciente, el que se ve obligado al reposo por el dolor y la impotencia funcional, provocando gastos personales y al sistema de salud en exámenes, medicamentos y en rehabilitación a veces de larga duración.

2. ETIOPATOGENIA

Las causas de este tipo de reumatismo tienen relación con la actividad física del paciente, ya sea laboral, deportiva, y/o actividades de la vida diaria. Son consecuencia del daño provocado por el uso frecuente e inadecuado de la estructura afectada, al que se le suman varios factores. Un factor importante es la edad del paciente, debido a la pérdida de flexibilidad y de elasticidad de ligamentos y tendones, asociado a la debilidad progresiva del músculo. Esta última provoca una pérdida de la capacidad de absorción de fuerzas, que finalmente se transmiten a los tendones, ligamentos y estructuras anexas provocando su degeneración. Existen también etiologías inflamatorias, como la artritis reumatoidea pero conceptualmente estas causas habitualmente se dejan fuera de los reumatismos de partes blandas por tratarse de patologías específicas y no serán tratadas en este capítulo.

Finalmente es importante precisar que si bien en la práctica clínica se utiliza el término de "tendinitis", es más correcto el término de tendinosis, que implica la degeneración de la estructura y no necesariamente su inflamación.

En resumen, las condiciones ambientales como el sobreuso o el movimiento repetido sobre estructuras previamente deterioradas por la edad u otras condiciones, desencadenan daño en las mismas. Este daño, se manifiesta clínicamente con dolor e impotencia funcional pudiendo invalidar temporal o definitivamente al paciente.

3. CLINICA

Se revisaran los diferentes reumatismos de partes blandas según localización en extremidades superiores e inferiores

EPICONDILITIS (codo de tenista)

Es un síndrome doloroso frecuente, localizado en el epicondilo lateral, sin embargo a pesar de su nombre no lo es tanto en los que practican tenis, el paciente relata una historia de uso frecuente de prono-supinación y flexo-extensión aunque también puede deberse a trauma directo. Al examen existe hipersensibilidad en el epicondilo a la palpación directa o en las maniobras de contra resistencia a la extensión de muñeca, puede además, observarse aumento de volumen en la zona. Habitualmente, no es necesario realizar exámenes complementarios, pero de necesitarse, la ecografía, es el mejor examen a realizar.

El tratamiento es conservador con anti inflamatorios no esteroidales (AINES), modificación de la actividad incluido el reposo, fisioterapia y eventualmente inyección local de corticoides. También pueden utilizarse brazaletes para el codo. Debe realizarse rehabilitación, muy rara vez esta indicada la cirugía.

EPITROCLEITIS O EPICONDILITIS MEDIAL (codo de golfista)

Similar a la epicondilitis, pero menos frecuente, el dolor se localiza en la epitroclea, y se exagera con las maniobras de flexión de muñeca, el tratamiento es también similar.

BURSITIS OLECRANEANA

La bursa olecraniana, localizada en la zona extensora del codo, es vulnerable a los traumas e infecciones pero además puede ser afectada por condiciones inflamatorias, como la artritis reumatoide o bien el depósitos de cristales como en la gota.

Debido a que una de las causas es la infecciosa, es importante lograr un diagnóstico etiológico de la bursitis lo más precoz posible. Existen algunas condiciones predisponentes como la diabetes y la inmunodepresión por fármacos, que deben interrogarse.

Clínicamente, se manifiesta por dolor y aumento de volumen de la zona y no es infrecuente obtener el dato anamnestico de traumatismo.

Debe buscarse eritema y aumento de temperatura local.

Una vez realizado el diagnóstico de bursitis olecraniana, es mandatario realizar una punción de la bursa, para descartar el origen infeccioso, y solicitar el estudio del líquido, que incluya tinción de Gram y cultivo.

El tratamiento de la bursitis olecraneana dependerá de la etiología.

La punción muchas veces sirve además como tratamiento para el dolor al descomprimir la bursa. Además se indica reposo, AINES, y en caso de ser una bursitis infecciosa: antibióticos, cuya duración debe ser entre 10 y 14 días

BURSITIS TROCANTEREA

Cuadro de relativa frecuencia como causa de dolor de cadera. Es más frecuente en mujeres, habitualmente se asocia a sobrepeso y se debe a traumas o a factores mecánicos.

Clínicamente se manifiesta por dolor a veces urente en la zona lateral de cadera irradiado hacia muslo, se relaciona con la actividad pero el paciente

puede referir dolor nocturno relacionado con el decúbito lateral del lado afectado.

El examen físico se caracteriza por dolor a la compresión directa sobre la zona de la bursa y aumenta con la maniobra de abducción de cadera contra resistencia, habitualmente la movilidad de la articulación es conservada.

El examen complementario de elección es la ecografía de partes blandas que mostrara la bursa distendida con líquido.

El tratamiento fundamental es el reposo, asociado a fisioterapia, AINES, y eventualmente la infiltración con corticoides.

BURSITIS PRE ROTULIANA

Es la inflamación de la bursa ubicada superficialmente desde el tercio inferior de la rotula hasta el tercio superior del tendón rotuliano. Sus causas mas frecuentes son la traumática y la infecciosa, frente a esta posibilidad se hace mandatorio puncionar para descartarla. Clínicamente se presenta con dolor y aumento de volumen, habitualmente eritematoso de la zona anterior de la rotula, sin compromiso de la articulación. Para corroborar el diagnostico puede realizarse una ecografía de la zona. El tratamiento consiste en reposo, AINES, punción evacuadora y eventualmente infiltración con corticoides si hay recidiva y se ha descartado la infección.

BURSITIS ANSERINA

A medial de la rodilla se encuentra la bursa de la "pata de ganso", que esta compuesta por los tendones del sartorio, semimembranoso y semitendinoso, en las personas portadoras de osteoartritis y obesos la bursa puede inflamarse y manifestarse con dolor medial de rodilla que aumenta al subir escalas y que se reproduce al palpar la zona. Como tratamiento es indica reposo, AINES e infiltración con corticoides.

TENOSINOVITIS DE DEQUERVAIN

Es el compromiso del primer compartimiento extensor de la muñeca que comprende el abductor pollicis longus (abductor largo del pulgar) y el extensor pollicis brevis (extensor corto del pulgar).

Es mas frecuente en mujeres y tiene relación a movimientos repetidos de la muñeca con flexión del pulgar, lo que produce un trauma de los tendones sobre el estiloides radial. El paciente consulta por dolor a nivel del pulgar, con impotencia funcional de grado variable. Al examen puede observarse aumento de volumen de la zona y positividad del signo de Filkenstein que consiste en provocar dolor al flectar el pulgar sobre la palma de la mano cubitalizando la muñeca.

Un examen de apoyo a solicitar es la ecografía de muñeca, que ayuda además a descartar la artrosis trapeziometacarpiana, que da síntomas similares.

El tratamiento dependerá de la intensidad, pudiendo indicarse, inmovilización, AINES, fisioterapia e infiltración con corticoides de ser necesario.

TENDINITIS DE FLEXORES (NODULAR)

El compromiso de los tendones flexores es un cuadro frecuente, que se manifiesta por dolor en la palma de la mano muchas veces irradiado a las metacarpofalangicas y/o a las interfalangicas. Además se puede presentar el “dedo en gatillo” que consiste en el atrapamiento en flexión del dedo por la inflamación del flexor digitorum superficialis (flexor superficial del dedo) y el flexor digitorum profundus (flexor profundo del dedo), en patologías inflamatorias como la artritis o como respuesta al traumatismo por sobreuso. En el examen se describe dolor e hinchazón del tendón a la palpación, y a veces se puede palpar el nódulo y observar el atrapamiento. El diagnóstico se realiza con ecografía de partes blandas. El tratamiento consiste en la infiltración local con corticoides de depósito y puede ser quirúrgico en los casos recidivantes.

ENFERMEDAD DE DUPUYTREN

Es un engrosamiento y acortamiento de la fascia palmar y se caracteriza por la presencia de un cordón fibroso superficial en la palma. Esto produce como una contractura en flexión de los dedos frecuentemente del segundo, tercero y quinto. No se conoce la causa de esta condición sin embargo es más frecuente en alcohólicos, diabéticos y epilépticos. El tratamiento, si bien puede ser exitoso con infiltraciones y fisioterapia en los estadios iniciales, habitualmente el manejo es quirúrgico.

SINDROMES POR ATRAPAMIENTO

SÍNDROME DEL TUNEL DEL CARPO

Es una condición clínica que traduce el atrapamiento del nervio mediano a nivel del túnel carpiano. Es la manifestación más común de atrapamiento de un nervio y esto se explica en parte por la situación anatómica del nervio que se encuentra dentro del túnel rodeado por 9 estructuras que corresponden a tendones flexores delimitado por los huesos del carpo y el ligamento transversal del carpo.

Las causas del síndrome tienen como factor común el aumento de la presión intra túnel, por lo que cualquier condición que lo aumente provocara la aparición del síndrome, las más comunes son: Diabetes, Hipotiroidismo, Embarazo, Fracturas, Traumas repetidos, Hemodiálisis, Tenosinovitis de cualquier origen, incluida la artritis reumatoide.

Los síntomas se manifiestan en especial de noche y consisten en parestesias e hipoestusias de las áreas inervadas por el mediano, que corresponden a los 3 primeros dedos, más la mitad radial del cuarto por palmar dependiendo del tiempo de evolución puede existir disminución de fuerzas de la mano o sensación de torpeza.

Al examen físico se debe buscar el compromiso neurológico con ciertas maniobras como son el signo de Tinel que consiste en percutir con un martillo

de reflejo sobre el trayecto del nervio a nivel de la muñeca, se considera positivo cuando se reproduce la parestesia en el territorio del mediano, otro signo es el Phalen, que consiste en mantener ambas muñecas en flexión o extensión extrema por un minuto, durante el cual se reproducen las molestias en el territorio del mediano, además debe evaluarse el compromiso motor y observarse si existe hipotrofia de la eminencia tenar.

El examen de confirmación diagnóstica es la electromiografía con velocidad de conducción nerviosa que muestra prolongación de la latencia distal. En los últimos años ha surgido como herramienta diagnóstica la ecografía de la muñeca que muestra el edema del nervio atrapado y el lugar de atrapamiento. El tratamiento dependerá de las causas y el grado de compromiso del nervio, y será conservador si es leve: con férulas antebraquiopalmar de reposo nocturno y uso de AINES aunque estos últimos no son muy efectivos. De ser necesario puede realizarse infiltración con corticoides la que debe ser realizado por profesionales de experiencia por el riesgo de punción del nervio. En casos moderados y/o severos hay que considerar la resolución quirúrgica.

SÍNDROME DEL TUNEL DEL TARSO

Es de una ocurrencia mucho menor que el anterior aunque algunos autores mencionan que esto se debe a que no se piensa en él. Se debe al atrapamiento del nervio tibial posterior a nivel del canal formado por el retinaculo flexor y el maleolo medial. Las causas de esta entidad son diabetes quistes sinoviales o proliferación sinovial por artritis reumatoide. Los síntomas son parestesias de los ортеjos y tobillo que pueden despertar al paciente como sucede en el síndrome del túnel del carpo, y puede tener signo de Tinel, percutiendo la zona.

El diagnóstico se realiza con estudio electrodiagnóstico.

El tratamiento puede ser con infiltración local de corticoides pero se reportan pobres resultados por lo que la opción quirúrgica es más efectiva.

MERALGIA PARESTESICA

El nervio femorocutaneo (L2-L3) pasa por el túnel situado en la inserción del ligamento inguinal sobre la espina iliaca antero superior donde puede atraparse y dar una clínica de dolor en la región antero lateral del muslo con parestesia e incluso hipoestesia de la zona.

Al examinar al paciente se reproducen los síntomas al presionar la espina iliaca antero superior. Este cuadro es mas frecuente de ver en diabéticos obesos y embarazadas, en los cuales es posible que el nervio se comprima.

El tratamiento consiste en reposo, AINES, infiltración con corticoides y en casos rebeldes cirugía.

BIBLIOGRAFIA

1. Klippel John, Stone John, et als. Primer on the Rheumatic Diseases. 13^o ed. Atlanta ,GA: Arthritis Foundation,2008; pp75-84
2. Aris Hernan, Valenzuela Fernando. Reumatología .1era ed Santiago: Fundación de investigación y perfeccionamiento medico,1995; pp 489-496, 548-555
3. Gasic Miguel. Neurortopedia Clinica. 1era ed. Santiago: 2002; pp 212-221
4. Hochberg,Silman,Smolen. Rheumatology. 4ta ed 2007; pp 635-693, 713-723

CASO CLINICO

Mujer de 48 años consulta por dolor de manos desde hace 8 meses, con sensación de aumento de volumen, relata aumento de la sintomatología durante la noche y caída ocasional de objetos de las manos. Al examen destaca palidez de piel y mucosas, voz algo grave, fuerzas disminuidas en manos, mayor a derecha, con hipotrofia de eminencia tenar del mismo lado, Tinel positivo a izquierda solamente

PREGUNTAS:

1. Cual seria el posible diagnostico de esta paciente
 - a.) Neuropatía diabética
 - b.) Distrofia simpático refleja
 - c.) Síndrome del túnel del carpo
 - d.) Meralgia parestesica
 - e.) Artritis reumatoide

2. Que exámenes solicita en el estudio de este paciente
 - a.) Cintigrama óseo
 - b.) Electromiografía , TSH
 - c.) Factor reumatoideo
 - d.) Radiografía de manos, Factor reumatoideo
 - e.) Resonancia magnética

Respuestas 1

Alternativa correcta C.)

Fundamento: Lo más probable es que se trate de un síndrome de túnel carpiano, porque es una paciente con síntomas en manos, de presentación nocturna, con compromiso motor. Este último elemento indica, que se trata de un cuadro evolucionado en el tiempo, con importante compromiso del nervio mediano, y esto puede explicar la ausencia de síntomas parestésicos característicos, y la ausencia del Tinel a derecha.

Alternativa incorrecta a.)

Fundamento: si bien la diabetes es una causa de túnel carpiano, la paciente no presenta el antecedente de diabetes y no presenta compromiso polineuropático como es habitual

Alternativa incorrecta b.)

Fundamento: la distrofia simpática refleja habitualmente tiene el antecedente de un evento causal, la extremidad afectada presenta alteraciones cutáneas particulares que la paciente no presenta.

Alternativa incorrecta d.)

Fundamento: la meralgia parestésica afecta el nervio femorocutáneo y la sintomatología se localiza en extremidad inferior.

Alternativa incorrecta e.)

Fundamento: la paciente no presenta artritis objetivadas por médico no refiere rigidez matinal y presenta hipotrofia de eminencia hipotenar lo que apunta a un problema del nervio mediano y /o de articulación trapeciometacarpiana

Pregunta 2.

Alternativa correcta b.)

Fundamento: el estudio electrofisiológico del nervio, con electromiografía, nos informa de su estado funcional y además la de los músculos inervados por el nervio explorado, en el caso particular de la paciente además en la historia entrega datos que hacen sospechar un hipotiroidismo, una de las causas de síndrome del túnel carpiano, por este motivo se solicita el nivel de TSH.

Alternativa incorrecta a.)

Fundamento: el cintigrama óseo es un examen de imágenes que entrega información sobre la formación de hueso, (actividad osteoblástica) y ninguna sobre los nervios.

Alternativa incorrecta c.)

Fundamento: si bien la artritis reumatoide es una causa del síndrome solicitar el examen no nos ayudara en el diagnostico.

Alternativa incorrecta d.)

Fundamento: las radiografías de manos *standard* no sirven para diagnosticar el síndrome, eventualmente se podría solicitar una radiografía con proyección de túnel que muestra los huesos que lo conforman pero en la practica no se solicita.

Alternativa incorrecta e.)

Fundamento: no aporta datos sobre la funcionalidad del nervio

CURRICULO

Nombre completo. Jorge Saavedra Muñoz
Medico Cirujano
Unidad de Reumatología. Servicio de Medicina. Hospital San Juan de Dios