

BASES DE LA MEDICINA CLÍNICA

Unidad 14:
REUMATOLOGÍA

Tema 14.1:
INTRODUCCIÓN A REUMATOLOGÍA

Dr. Daniel Pacheco Rodríguez



INTRODUCCION A LA REUMATOLOGIA.

Dr. Daniel Pacheco Rodríguez

La reumatología es la subespecialidad de la medicina interna que se ocupa de las enfermedades del sistema músculo esquelético y las enfermedades del tejido conectivo (ETC) (Tabla 1)

Las enfermedades reumatológicas (E REUMA) pueden ser provocadas por diferentes causas, como por ejemplo etiología: auto inmune, inflamatorio, degenerativo, mecánico, metabólico, infeccioso, genético y tumoral, entre otras.

En Chile, cerca de un 20% de las consultas espontáneas, en un policlínico de atención primaria es de causa reumatológica y habitualmente el diagnóstico definitivo se realiza en forma tardía.

El impacto de estas enfermedades es múltiple. En el aspecto físico producen dolor crónico, limitaciones e invalidez; en el psicológico disminución de la auto-estima y depresión. A nivel social produce disminución de la calidad de vida y dificultades en la inserción laboral. En lo económico tienen importantes costos directos e indirectos al paciente y a la sociedad.

Dado la importancia y frecuencia de las enfermedades reumatológicas es necesario alcanzar los conocimientos y destrezas que permitan un adecuado enfrentamiento a ellas.

¿Cuales son las molestias más frecuentes de las E REUMA?

Los motivos más frecuentes de consulta son el dolor músculo-esquelético, el aumento de volumen articular o peri-articular, la debilidad muscular, las parestesias, los síntomas constitucionales y una gran diversidad de síntomas y signos generales y de sistemas distintos al músculo esquelético, que pueden estar comprometidos.

¿Cuál es la dificultad más importante para el médico clínico?

La mayor dificultad es aprender a diferenciar entre enfermedades de alta prevalencia pero de buen pronóstico de otras menos frecuentes pero potencialmente graves y que requieren un diagnóstico precoz; y que se presentan con molestias similares.

¿Cómo nos podemos orientar hacia el diagnóstico de un paciente con E REUMA?

La orientación inicial es con el examen clínico, es decir con la historia y examen físico reumatológico. Siempre serán importantes los datos demográficos: edad, sexo, lugar de origen, hábitos, actividad física, ocupación, nivel socio económico y educacional, antecedentes previos de enfermedades similares o distintas a la actual, propias o familiares.

Preguntas iniciales ante un paciente que consulta por dolor músculo esquelético:

¿Qué le duele al paciente?

¿El dolor es localizado o generalizado, simétrico o asimétrico, periférico o central?

¿Es un dolor agudo o crónico; auto limitado o progresivo?

¿Las molestias sugieren un cuadro inflamatorio o no inflamatorio?

¿Hay evidencias de un proceso sistémico; existen manifestaciones extra-articulares?

¿Se han producido secuelas, limitaciones físicas o incapacidad?
¿QUE LE DUELE AL PACIENTE?

CONCEPTO DE DOLOR ARTICULAR O NO ARTICULAR (Figura 1)

Normalmente el paciente refiere dolor en una zona determinada: manos, codos, hombros, rodillas o pies y el médico puede asumir que se trata de un dolor articular (intra-articular o artralgia) pero no siempre es así. Existen otras fuentes de dolor músculo esquelético, como estructuras periarticulares, tendones, ligamentos, bursas. El dolor puede nacer en el del hueso o músculos adyacentes; puede originarse en los nervios o vasos y manifestarse a nivel músculo esquelético; o puede ser un dolor referido (páncreas, riñón, colon pueden dar dolor a nivel lumbar)

El clínico debe distinguir si el dolor es articular o no articular. Se requieren destrezas para hacerlo. En la artralgia, el dolor nace en las estructuras intra-articulares como sinovial o hueso subcondral, el dolor al movimiento o a la presión compromete toda la articulación. Si aparece dolor o sensibilidad solo con un movimiento articular, o si el dolor espontáneo o a la palpación es solo a un lado de la articulación, entonces la primera posibilidad es que se trate de un problema periarticular o extra-articular.

A. DOLOR NO ARTICULAR.

Si el examen nos lleva a pensar que la causa del dolor es no articular o extra articular, se abren dos grandes caminos: se trata de un dolor no articular localizado alrededor de una articulación o de un dolor general con múltiples sitios de dolor.

1. Dolor no articular, localizado.

Se refiere especialmente a los reumatismos de partes blandas (RPB) o reumatismos extra-articulares. Estos cuadros se producen por daño de origen degenerativo o inflamatorio local en tendones o bursas periarticulares o por atrapamiento de nervios periféricos. En el último caso, el dolor se acompaña de parestesias y compromete una región anatómica como por ejemplo mano y antebrazo en el síndrome del túnel carpiano o cadera y muslo en la meralgia parestésica.

Existen otros cuadros reumatológicos que pueden presentarse con dolor localizado: la arteritis de células gigantes (temporal) puede dar dolor mandibular, la enfermedad de Paget, la osteomielitis, las celulitis y los tumores pueden presentarse también con dolor localizado según donde se encuentre el problema.

El dolor no articular localizado debe diferenciarse siempre del dolor monoarticular verdadero. Como por ejemplo, el de una monoartritis.

2. Dolor no articular, generalizado.

En este caso el paciente consulta por dolor en más de una región y a veces “en todo el cuerpo”

Si el clínico está ante un paciente de este tipo tiene que preguntarse si el problema es de tipo *no inflamatorio* o *inflamatorio*.

Lo más frecuente es la causa **no inflamatoria**, como la fibromialgia, que se acompaña de trastornos del sueño y por la presencia de puntos dolorosos clásicos.

También debemos pensar en los problemas ocasionados por contracturas musculares secundarios a “tensión” o depresión; en la hiperlaxitud con hipermotilidad articular que ocasiona dolor por traumatismos con actividades de la vida diaria; en una polineuropatía o una mononeuritis múltiple que se ven en la diabetes mellitas y en las vasculitis sistémicas.

Menos frecuentemente el dolor no articular generalizado se debe a una enfermedad inflamatoria. En estos casos el paciente tiene compromiso general y sistémico. Entre estos cuadros podemos mencionar a la polimiositis/dermatomiositis (PM/DM) y la polimialgia reumática (PMR)

B. DOLOR ARTICULAR (Figura 2)

Hay una serie de elementos clínicos que debemos investigar al inicio del estudio de una artropatía y que nos pueden ayudar a encontrar el diagnóstico. (Tabla 2)

Una vez definido clínicamente bien que el cuadro es articular debemos preguntarnos:

¿Es el dolor articular inflamatorio o no inflamatorio?

La artralgia inflamatoria o –artritis- persiste pese al reposo y en la noche provoca insomnio. Se acompaña de rigidez articular matinal o *post* reposo, prolongada, que se manifiesta por "envaramiento o entumecimiento" o dificultad para hacer movimientos de la articulación, persiste más de una hora, a veces todo el día.

Al examen físico la articulación puede estar hinchada por sinovitis o derrame, tener eritema y aumento de temperatura local; aunque en las enfermedades crónicas como la artritis reumatoidea, esto no es tan evidente. En cambio, una artropatía no inflamatoria puede tener rigidez leve y de corta duración y si tiene aumento de volumen éste es producido por crecimiento de estructuras óseas, como los nódulos de Heberden o Bouchard o por un derrame articular no inflamatorio (Tabla 3)

Artropatías no inflamatorias.

¿Cuáles son las principales causas de artropatías no inflamatorias? (Tabla 4)

La enfermedad más común de este grupo es la artrosis. Aunque se ha demostrado que en ella puede existir algún grado de inflamación local nunca hay inflamación sistémica. Habitualmente la artrosis se presenta como una óligo o poliartralgia de inicio insidioso.

Artropatías inflamatorias.

Una artropatía inflamatoria puede ser de las articulaciones periféricas como la artritis reumatoidea (AR) las artritis virales o cualquier artritis de las ETC o tener compromiso axial. El compromiso axial incluye enfermedad en caderas, hombros, articulaciones sacro ilíacas y de columna vertebral.

Si hay compromiso axial nos orientamos hacia las pelviespondilopatías o espondiloartropatías como las artritis reactivas, espondiloartritis anquilosante (EAA) artritis asociadas a enfermedades inflamatorias intestinales y artritis psoriática.

En estos casos es muy importante buscar dolor en la zona de unión del tendón al hueso (entesopatía) compromiso de tendones y dactilitis (inflamación de estructuras tendinosas y ligamentosas que producen aumento de volumen de dedos u orтеjos)

Monoartritis: Artritis de una articulación.

Oligoartritis: Artritis de menos de 4 articulaciones.

Poliartritis. Artritis de 4 o más articulaciones.

Monoartritis.

La monoartritis es un desafío diagnóstico ya que cualquier artritis puede presentarse como tal y frecuentemente el paciente queda sin diagnóstico después de la primera evaluación.

El primer desafío es identificar aquellos pacientes que requieren un estudio o tratamiento vigoroso y urgente.

Una de las enfermedades que se presentan como monoartritis y que puede comprometer gravemente al paciente es la artritis infecciosa.

Los tres diagnósticos más frecuentes a considerar son artritis infecciosa, gota (artritis por cristales de urato monosódico) y pseudogota (artritis por cristales de pirofosfato de calcio)

Antes una monoartritis siempre se debe hacer un estudio del líquido articular como primera aproximación diagnóstica.

Oligo y poliartritis.

Una historia clínica y un examen físico cuidadosos son fundamentales para evaluar una poliartritis. Se debe preguntar por la historia familiar de dolor articular o lumbar y por la presencia de episodios previos de artritis. Se debe definir si el compromiso es de pequeñas y/o grandes articulaciones, si es simétrico o asimétrico, de comienzo agudo o insidioso y si el compromiso articular es aditivo o migratorio (aparece primero en una articulación y después en otra disminuyendo en la primera)

Sin embargo no todos los pacientes cumplen con el perfil esperado presentándose con cierta frecuencia perfiles atípicos. Por ejemplo, la AR habitualmente es de comienzo insidioso o sub agudo con compromiso múltiple y simétrico de articulaciones pequeñas y algunas articulaciones grandes; pero a veces se presenta en forma aguda mono u oligo articular.

Oligoartritis o poliartritis aguda

Los pacientes que inician un cuadro de poliartritis aguda frecuentemente tienen algún grado de fiebre.

Enfermedad reumática.

Es la enfermedad prototipo de este grupo, poco frecuente en Chile en la actualidad, ocurre especialmente en niños o jóvenes presentándose como una artritis migratoria que compromete las articulaciones por unos pocos días, a veces en forma simultánea, para después comprometer otras articulaciones atenuándose o desapareciendo el compromiso de las primeras.

Artritis séptica.

Normalmente se presente como una mono-artritis, pero en algunos pacientes inmuno-deprimidos, con antecedentes de abuso de drogas o con AR preexistente puede iniciarse con compromiso de dos o mas articulaciones. La artritis gonocócica o meningocócica frecuentemente es oligo o poliarticular migratoria y se acompañan de tendosinovitis en muñecas o tobillos o lesiones vesículo pustulosas en la piel (gonococcemia)

Artritis reactivas.

Se producen después de algunas infecciones genitourinarias o entéricas, en individuos HLA B27 positivos. Es una oligoartritis post infecciosa con articulaciones estériles. Se acompaña de diarrea, uretritis y conjuntivitis.

Endocarditis infecciosa.

Hay que tenerla presente como diagnóstico diferencial de una oligoartritis aunque

mas frecuentemente se presente con poliartralgias, fiebre y dolor lumbar. En todo paciente con óligo o poliartritis aguda se debe examinar el corazón buscando soplos característicos.

Artritis viral.

El parvovirus B19 y la rubéola pueden presentarse de esta forma especialmente en mujeres jóvenes. Inicialmente pueden confundirse con AR de inicio agudo, incluso con factor reumatoideo positivo, pero son autolimitadas y con frecuencia presentan un exantema típico.

Una artritis similar puede preceder los síntomas de una Hepatitis B. La Hepatitis e puede dar una artritis de evolución algo mas crónica con vasculitis y crioglobulinemia. Varios tipos de artritis, incluyendo la óligo o poliarticular primarias o secundaria a infecciones puede presentarse en la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

Otras enfermedades que menos frecuentemente pueden presentarse como poliartritis aguda son las artritis por cristales, la leucemia aguda, el reumatismo palindrómico y la sarcoidosis.

Poliartritis crónica.

Artritis reumatoide (AR). Es la enfermedad característica de este grupo; habitualmente afecta articulaciones pequeñas como metacarpo-falángicas, inter-falángica proximales y articulaciones del antepié. También compromete con frecuencia las muñecas tobillos y rodillas. Puede comenzar inmediatamente como poliarticular o en forma aditiva con comienzo óligo o monoarticular. Menos de la mitad de los pacientes tienen nódulos subcutáneos y cerca del 75% son con FR positivo.

Espondilo artritis anquilosante (EAA). Puede presentarse con compromiso periférico, pero es habitual su comienzo axial, es decir sacroilíacas, caderas, hombros y columna. Se acompañan de dolor lumbar. Al igual que en la AR el dolor y la rigidez se atenúan con los movimientos.

Artritis psoriática (AP). Tiene varias presentaciones pero típicamente es oligoarticular con compromiso de interfalángicas distales (diagnóstico diferencial con artrosis). El compromiso de la piel o uñas es característico pero a veces no es evidente en un examen superficial.

Artritis crónica juvenil sistémica (enfermedad de Still). Se presenta como una poliartritis acompañada de signos sistémicos que asemejan una enfermedad infecciosa con fiebre en espículas y leucocitosis. Puede haber dolor faríngeo, visceromegalias y un eritema evanescente. En muchos casos se desarrolla una artritis persistente y crónica. Se puede presentar en el adulto. (enfermedad de Still del adulto).

Lupus eritematoso sistémico (LES).

Puede ser difícil diferenciar de AR antes que se evidencien las manifestaciones no articulares típicas del LES.

Otras enfermedades reumatológicas sistémicas. Cualquier ETC puede presentarse como una poliartritis y serán las manifestaciones no articulares las que nos darán la pista del diagnóstico.

C. MANIFESTACIONES EXTRAARTICULARES QUE ORIENTAN A UNA ENFERMEDAD SISTEMICA DEL TEJIDO CONECTIVO.

Siempre. Además de un buen examen clínico respecto al compromiso articular en cualquier enfermedad del aparato locomotor, especialmente si se trata de una poliartritis, se debe indagar respecto a compromiso del estado general como fiebre, baja de peso, astenia, adinamia, anorexia y respecto a evidencias de una enfermedad sistémica o de ETC.

Las ETC corresponden a un grupo de síndromes reumáticos sistémicos que aparecen a consecuencia de un proceso inflamatorio difuso y que comparten manifestaciones clínicas y patológicas. Están asociadas a la presencia de anticuerpos antinucleares y a la producción de daño tisular inmuno-mediado, también se las denomina reumatismos auto-inmunes. Comparten un defecto del sistema inmune caracterizado por pérdida de la tolerancia a auto-antígenos que se traduce en el desarrollo de anticuerpos dirigidos contra los ácidos nucleicos y otras proteínas intracelulares. La causa básica del defecto de la inmunidad de estas enfermedades es incierto, probablemente multifactorial. Presumiblemente incluye una interacción entre factores genéticos y ambientales, todavía no identificados.

ETC más frecuentes: Artritis reumatoidea, artritis crónica juvenil, lupus eritematoso sistémico, enfermedad de Still del adulto, esclerosis sistémica progresiva, polimiositis/dermatomiositis, síndromes de sobre-posición, síndrome de Sjögren, vasculitis sistémicas, policondritis recidivante, fascitis eosinofílica, Otras.

Las manifestaciones clínicas que hacen sospechar una ETC son variadas y dependen del sistema comprometido (Tabla 5)

Tabla 1.

CLASIFICACION DE LAS ENFERMEDADES REUMATOLOGICAS SEGUN ACR. (American Collage of Rheumatology)

I ENFERMEDADES DIFUSAS DEL TEJIDO CONECTIVO:

- a) Artritis reumatoidea
- b) Artritis reumatoidea juvenil
- c) Lupus eritematoso sistémico
- d) Esclerosis sistémica progresiva
- e) Polimiositis / Dermatomiositis
- f) Vasculitis necrotizante
- g) Síndrome de Sjögren
- h) Síndromes de sobreposición
- i) Otros. (Polimialgia reumática, enfermedad de Still del adulto, eritema nodoso, policondritis recidivante)

II ARTRITIS ASOCIADAS A ESPONDILITIS

- a) Espóndilo Artritis Anquilosante
- b) Artritis Reactivas (Síndrome de Reiter)
- c) Artritis Psoriática

d) Artritis Asociadas a Enfermedades Intestinales Crónicas

III ENFERMEDADES ARTICULARES DEGENERATIVAS

- a) Artrosis primaria
- b) Artrosis secundarias

IV ARTRITIS, TENDOSINOVITIS, BURSITIS, ASOCIADAS A AGENTES INFECCIOSOS.

- a) Directo
- b) Indirecto

V ENFERMEDADES METABOLICAS Y ENDOCRINAS ASOCIADAS CON ESTADOS REUMATOLOGICOS.

- a) Cristales: gota, pseudo gota, apatita, oxalato
- b) Enfermedades bioquímicas: amiloidosis, alteraciones del tejido conjuntivo
- c) Enfermedades endocrinas: diabetes Mellitus, acromegalia, tiroides, para tiroides
- d) Inmunodeficiencias: primaria, secundaria
- e) Otros desordenes hereditarios

VI NEOPLASICAS

- a) Primarias (sinovioma, sinovio sarcoma)
- b) Metastásicas
- c) Mieloma múltiple
- d) Leucemia, linfoma
- e) Sinovitis villonodular
- f) Osteocondromatosis
- g) Otros

VII ALTERACIONES NEUROPATICAS

- a) Enfermedad de Charcot
- b) Neuropatías por compresión
- c) Distrofia simpática refleja

VIII ENFERMEDADES ÓSEAS, PERIOSTIALES Y CARTILAGINOSAS ASOCIADAS A MANIFESTACIONES ARTICULARES

- a) Osteoporosis
- b) Osteomalacia
- c) Hiperostosis esquelética idiopática difusa (DISH)
- d) Osteítis : generalizada (Enfermedad de Paget, localizada)
- e) Osteonecrosis
- f) Osteocondritis
- g) Otras

IX REUMATISMOS NO ARTICULARES

- a) Reumatismos de partes blandas: generalizados (Fibromialgia), localizados
- b) Lumbago
- c) Tendinitis y/o bursitis
- d) Quistes ganglionares
- f) Fascitis

- g) Desgarros crónicos
- h) Enfermedades vasomotoras (Síndrome de Raynaud, Acrocianosis)
- i) Misceláneos (Reumatismo psicógeno)

X MISCELANEOS

Tabla 2.

CARACTERISTICAS CLINICAS DE ARTRALGIAS O ARTRITIS.

Forma de comienzo	súbito, agudo, progresivo.
Número de articulaciones	mono, óligo, poliarticular.
Tipo de articulaciones	pequeñas, grandes, axiales.
Simetría	simétrica, asimétrica.
Evolución	aditiva, migratoria.

Tabla 3.

DIFERENCIAS DE ARTRALGIAS INFLAMATORIA O NO INFLAMATORIA.

	Inflamatorio	No inflamatorio
Duración rigidez matinal	horas	minutos
Dolor	reposo y noche	actividad
Debilidad	general	local
Sensibilidad	siempre	ocasional
Aumento de volumen	sinovitis o derrame	óseo o derrame
Eritema o calor local	usual	inusual
Derrame	inflamatorio	no inflamatoria

Tabla 4.

ARTROPATIAS NO INFLAMATORIAS CON O SIN DERRAME ARTICULAR

Artrosis
 Artritis traumática
 Alteraciones mecánicas intra-articulares (meniscos, síndrome de plica)
 Necrosis ósea aséptica
 Osteocondritis disecante
 Neuro-artropatía
 Displasia articular
 LES, PM/DM, AR inicial.

Tabla 5.

MANIFESTACIONES GENERALES Y SISTEMICAS SUGERENTES DE ETC

Manifestación

Orientación

Compromiso de piel

Fotosensibilidad, eritema malar (alas de mariposa)
 eritema en manos (palma lúpica).
 Eritema heliotropo, eritema de Gottron (manos).
 Púrpura palpable, equímosis, livedo reticulatris.
 Esclerodactilia, engrosamiento piel, hipo-hiperpigmentación

LES

PM/DM
 Vasculitis
 ESP

Paniculitis

Eritema nodoso

Compromiso de mucosas

Úlceras orales, nasales
 Úlceras genitales.
 Xeroftalmía, xerostomía

LES, E Behcet, GW
 E Behcet.
 S Sjögren

Compromiso de origen vascular

Fenómeno de Raynaud
 Isquemia o necrosis dista
 Ausencia de pulsos
 Trombosis, embolías, AVE.
 Hipertensión arteria

ESP, LES
 Vasculitis
 Vasculitis
 SAF, vasculitis
 Poliarteritis nodosa

Compromiso de origen neurológico

Parestesias, paresias, debilidad muscular
 Polineuropatías, mononeuritis múltiple.

Atrapamiento
 Vasculitis

Compromiso muscular

Dolor y/ debilidad muscular

PM/DM, PMR

Compromiso ocular

Uveitis, iridociclitis

Sarcoidosis, AR
 ACJ
 LES

Retina

Compromiso pleuropulmonar

Derrame pleural
 Condensación pulmonar, nódulos
 Hemorragia pulmonar
 Fibrosis pulmonar

LES, AR, ETC
 LES, GW, AR
 LES, PAM
 ESP, PM/DM, AR

Compromiso renal

Alteraciones del sedimento urinario o función renal

LES, vasculitis

Compromiso gastrointestinal

Diarrea
 Isquemia intestinal
 Hemorragia digestiva

Artritis reactivas, EII
 Vasculitis

Compromiso genitourinario

Balanitis, uretritis, vaginitis

Artritis gonocócica
Artritis reactivas.

ACJ: artritis crónica juvenil. AR: artritis reumatoidea. ARe: artritis reactivas. EII: enfermedad inflamatoria intestinal. ESP: esclerosis sistémica progresiva. ETC: enfermedad del tejido conectivo. GW: granulomatosis de Wegener. LES: lupus eritematoso sistémico. PM/DM: polimiositis/dermatomiositis.

Figura 1.

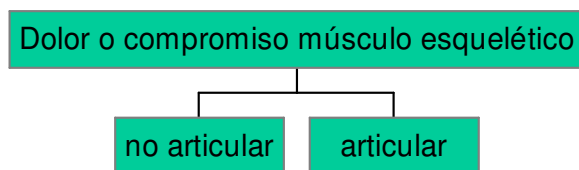
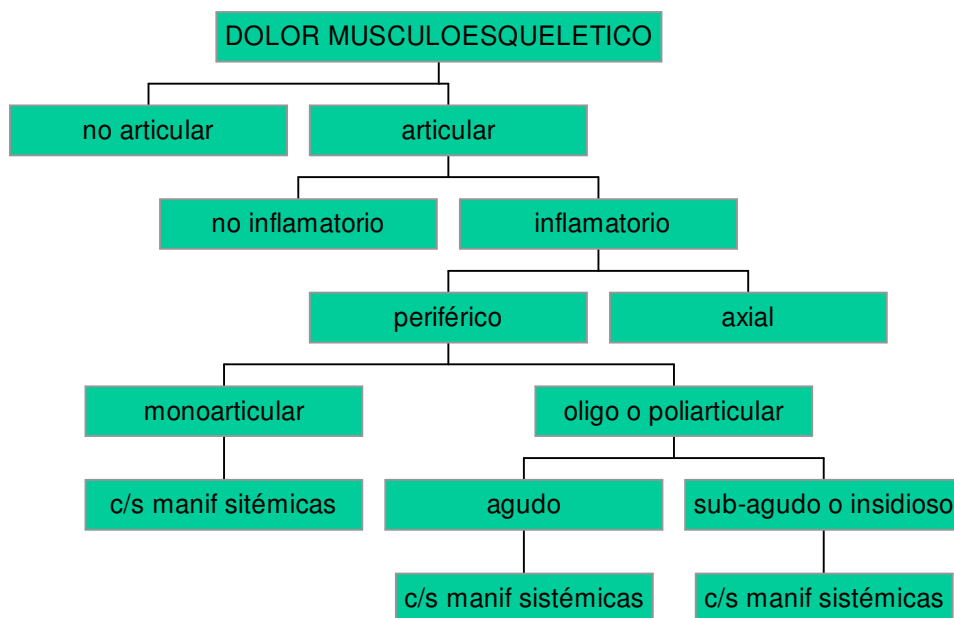


Figura 2.



LECTURA SUGERIDA

Primer on Rheumatic Diseases. 12 Edition. Klippel, Editor. Pags 133-140

JOHN KLIPPEL, Paul Dieppe. *Evaluation of musculoskeletal symptoms*. En Rheumatology. Section 2: 1-11

Textbook of Rheumatology. 5° Edition. Chapter 22-25.
Examination of the Joints. 353-370.

DANIEL P ACHECO. *Bases para el diagnóstico de enfermedades reumatológicas*. En REUMA, Tangram Ediciones 2002. Sección 1: 13-26.

OSCAR NEIRA. *Anatomía aplicada y destrezas clínicas*. En REUMA, Tangram Ediciones 2002. Sección 11: 27-36.

Caso Clínico:

Mujer de 45 años, profesora de enseñanza básica, que consulta por presentar dolor en manos, brazos, hombros, cervical posterior, rodillas, piernas y zona lumbar; su cuadro comenzó hace 6-8 meses. Refiere que duerme bien, incluso más que antes, sin embargo amanece cansada y muy adolorida, a veces apaleada. Refiere rigidez matinal intensa, que cede a los pocos minutos de levantarse, pero que en ocasiones persiste por horas. Durante el día se siente cansada y fatigada. Apetito conservado, sin baja de peso. Al examen físico músculo esquelético destacan dolor a la presión de borde lateral de codos, en cuello en puntos localizados en cara anterior y posterior bilateral, en borde externo de caderas e interno de rodillas y en zona lumbar. La movilidad articular es normal e indolora. Ha visto varios médicos que le han indicado AINEs sin éxito; trae un Hematocrito de 37.5% GB 4800, VHS 28 mm/hr y Factor Reumatoide con técnica de laáex 20 UI.

Pregunta

¿Cuál sería el diagnóstico sindromático de esta paciente?

- A. Síndrome de poliartralgias
- B. Síndrome de poliartritis
- C. Síndrome de polimialgias
- D. Síndrome de dolor no-articular difuso**
- E. Síndrome de polimiositis.

Respuesta correcta D.

Fundamento: Esta paciente tiene probablemente una fibromialgia ya que presenta dolores músculo esqueléticos difusos de varios meses de evolución y el examen físico muestra sensibilidad a la presión localizada en bordes articulares, sin comprometer toda la articulación y con movilidad articular normal, además presenta dolor en zonas no articulares como cuello y zona lumbar. No es una poliartralgia porque el dolor no se ubica en las articulaciones, tampoco es una poliartritis porque no hay dolor, aumento de volumen, ni signos inflamatorios articulares. No es una polimialgia ni una polimiositis ya que el dolor no es muscular si no periarticular y no se acompaña de debilidad muscular como ocurre en estos casos.