

Estudio clínico y diagnóstico diferencial del paciente reumático

Dr. Gregorio Mintz S.
Jefe del Servicio de Reumatología,
Hospital General del Centro Médico
Nacional, IMSS.

Introducción

Las enfermedades reumáticas se reconocieron desde el siglo V antes de nuestra era con el apelativo genérico de artritis. El término "reumatismo" lo usó por primera vez Galeno en la Edad Media, para designar el dolor que él consideraba producido por alguno de los cuatro humores de que consistía el cuerpo humano al perder el equilibrio que guardaba con los otros tres; este humor era eliminado hacia las múltiples cavidades del cuerpo, incluyendo las articulaciones.

Algunas enfermedades reumáticas ya se definieron desde hace mucho tiempo; Hipócrates reconoció la fiebre reumática como una enfermedad febril con "dolor severo que se localiza en una articulación, luego en otra, de corta duración, de principio brusco, no fatal, y que afecta más al joven que al viejo". En los escritos de Hipócrates también se describe la gota con el nombre de podagra como la más "violenta, tenaz y dolorosa de las enfermedades reumáticas", además de reconocer la influencia del factor hereditario y el hecho de que no es fatal.

Sin embargo, sólo es hasta los últimos 150 años que las enfermedades reumáticas realmente se han identificado y distinguido claramente entre sí, esto último sobre todo desde hace 50 años, periodo en que el avance de las ciencias médicas y la investigación enfocada a la patogenia y a la etiología de estos procesos ya permiten actualmente reconocer más de cien distintas enfermedades reumáticas.

Es importante señalar también que la nomenclatura de los padecimientos reumáticos se ha uniformado, que el término

reumatismo ya sólo indica dolor en alguna articulación o su vecindad, que al hablar de *artritis* únicamente se indica inflamación de alguna articulación, y que los términos reumatismo crónico, reumatismo agudo, reumatismo deformante, reumatismo generalizado, y muchos otros similares, no deben utilizarse en el lenguaje médico puesto que no tiene conotación de síntoma ni de enfermedad.

En la actualidad, llamamos enfermedades reumáticas aquéllas que afectan el aparato locomotor y producen dolor y/o rigidez de las estructuras articulares o pararticulares. Se han propuesto múltiples clasificaciones de estos padecimientos reumáticos, y solamente con el fin de orientar al lector se incluye una de ellas, la de Shulman y Bunim modificada, que se considera la más didáctica, dado que la agrupación de las diversas enfermedades está orientada por las consideraciones etiológicas. La nomenclatura que se expone es la que actualmente se acepta para las enfermedades reumáticas.

Tanto del punto de vista médico como del socioeconómico, las enfermedades reumáticas revisten particular importancia. Al analizar datos provenientes de múltiples fuentes estadísticas del Instituto Mexicano del Seguro Social, se encuentra que del 5.3 al 8 por ciento de las consultas de Medicina General de adultos tienen como síntoma o enfermedad principal algún padecimiento reumático. Esto quiere decir que la demanda de consulta médica de primer contacto por enfermedades reumáticas es grande, superada sólo por las consultas originadas por enfermedades infecciosas agudas banales y por la atención prenatal y control de fertilidad. Esta es la razón por la cual el médico general debe tener conocimientos suficientes de la patología del aparato musculoesquelético para poder diagnosticar y tratar adecua-

Tabla I. Clasificación de las enfermedades reumáticas

I. Artritis producida por infección específica	a) Generalizada
a) Piógenas	b) Formas localizadas
b) Brucela	VIII. Artritis por traumatismo
c) Tuberculosis	a) Directo
d) Sífilis	b) Desarreglo mecánico interno de la articulación
e) Hongos	IX. Artropatía neurogénica
f) Virus	a) Tabes dorsal
II. Artritis como secuela de infección específica	b) Neuropatía diabética
a) Fiebre reumática	c) Lepra
III. Artritis por reacción inmune a sustancias heterólogas	d) Lesión de nervio periférico
a) Reacciones a medicamentos	e) Siringomielia
b) Enfermedad del suero	X. Artritis causada por hemorragia articular
c) Picadura de insectos	a) Trauma directo
d) Sarcoidosis (?)	b) Trastornos de coagulación (hemofilia)
IV. Artritis de las enfermedades del tejido conectivo, de etiología desconocida.	c) Tumores
a) Artritis reumatoide (del adulto y juvenil)	XI. Neoplasias articulares
b) Lupus eritematoso sistémico	a) Benignas (quiste, lipoma, hemangioma, sinovioma)
c) Poliarteritis (clásica y variantes)	b) Maligno (tumor de células gigantes)
d) Esclerosis sistémica progresiva	XII. Artritis secundaria a lesiones óseas
e) Dermatomiositis y polimiositis	a) Necrosis aséptica
f) Síndrome de Sjögren	b) Neoplasias óseas
V. Artritis y espondiloartritis inflamatorias asociadas a factores genéticos y/o infecciosos.	c) Osteocondromatosis
a) Espondilitis aquilosa	d) Osteopatías metabólicas y endocrinas
b) Síndrome de Reiter	XIII. Osteoartropatía hipertrófica
c) Enfermedad de Whipple	XIV. Diversas
d) Síndrome de Behçet	a) Síndrome hombro-mano
e) Asociada a colitis ulcerosa y ileítis regional	b) Reumatismo palindrómico
f) Psoriasis	c) Hidrartrosis intermitente
VI. Artritis producida por trastorno endócrino o metabólico	d) Síntomas psicósomáticos dolorosos de aparato musculoesquelético
a) Gota	XV. Enfermedades y síndromes para-articulares
b) Ocronosis	a) Fibrositis
c) Acromegalia	b) Tendovaginitis
d) Condrocálcinosis	c) Bursitis
VII. Enfermedad articular degenerativa.	d) Quistes de vainas tendinosas
	e) Miositis
	f) Paniculitis

damente una porción importante de la patología de sus pacientes.

Desde el punto de vista socioeconómico la importancia de las enfermedades reumáticas reside en la proporción tan alta de invalidez, temporal y permanente, que producen. Esto es fácil de comprender cuando se toma en cuenta que el aparato musculoesquelético es nuestro mecanismo de relación con el medio exterior más importante para el trabajo. La patología de miembros inferiores y de columna vertebral dificulta o impide el desplazamiento del individuo; y la patología de miembro superior afectará la capacidad de efectuar labores manuales que, a fin de cuentas, es como se realiza la mayor parte del trabajo humano.

Las estadísticas del Departamento de Invalidez del Instituto Mexicano del Seguro Social muestran que, en los últimos 25 años, las enfermedades reumáticas han sido las causantes del 25.7 por ciento de todas las pensiones por invalidez permanente que se han otorgado a los trabajadores afiliados al sistema. Le siguen la patología del aparato respiratorio con 16.1 por ciento, las enfermedades cardiovasculares con 14.7 por ciento, las secuelas post traumáticas 14.6 por ciento, todos los órganos de los sentidos 13 por ciento, y el resto en una proporción mucho menor.

Estas mismas fuentes de información permiten calcular la tasa de invalidez en México en 75.86 inválidos por cada 10,000 adultos y la tasa de 19.5 inválidos reumáticos por cada 10,000 adultos. Esto significa que por cada 1000 personas mayores de 20 años se encuentran dos inválidos permanentes por enfermedad reumática.

Al aplicar estas cifras a la población de 60 millones de cuales 30 millones son adultos, se encuentra que en el país hay 227,580 inválidos, y 58,470 de ellos, la invalidez se debe a enfermedad reumática. Los costos que esto representa para la comunidad son estratosféricos si se toma en cuenta lo que cuesta su atención médica, farmacéutica, hospitalaria, quirúrgica, de rehabilitación, el monto de la pensión, la pérdida de produc-

tividad, etc., además de lo que representa el sufrimiento humano del paciente y la desorganización de su familia, que no tiene valor económico medible.

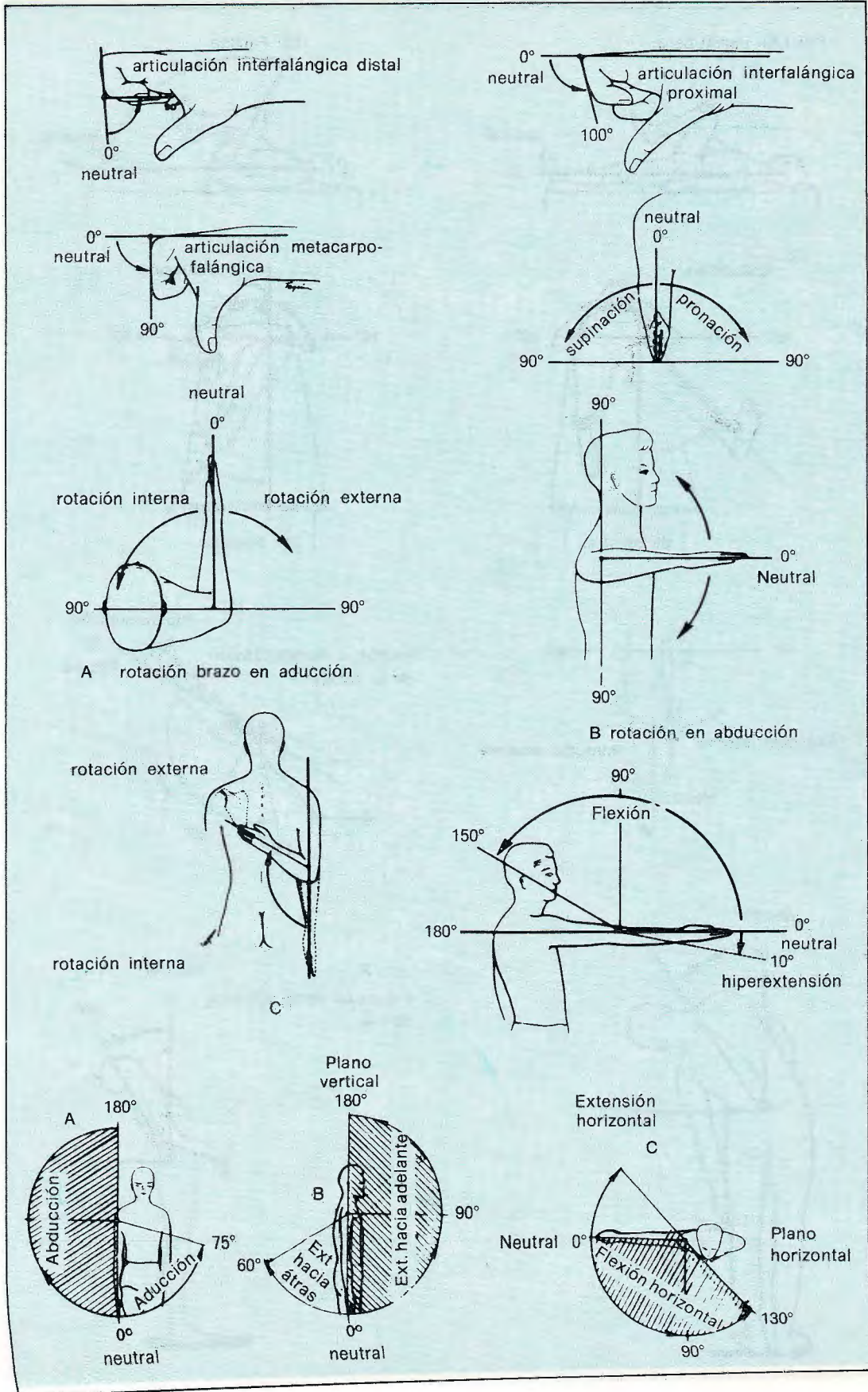
Es por todo lo anterior que el médico debe estar capacitado para hacer el diagnóstico temprano e iniciar la terapéutica apropiada en estos pacientes, y también estar consciente de la historia natural de las enfermedades reumáticas, la tendencia de algunas de ellas a la invalidez, la posibilidad de curación en otras, y de control satisfactorio en prácticamente todas las restantes.

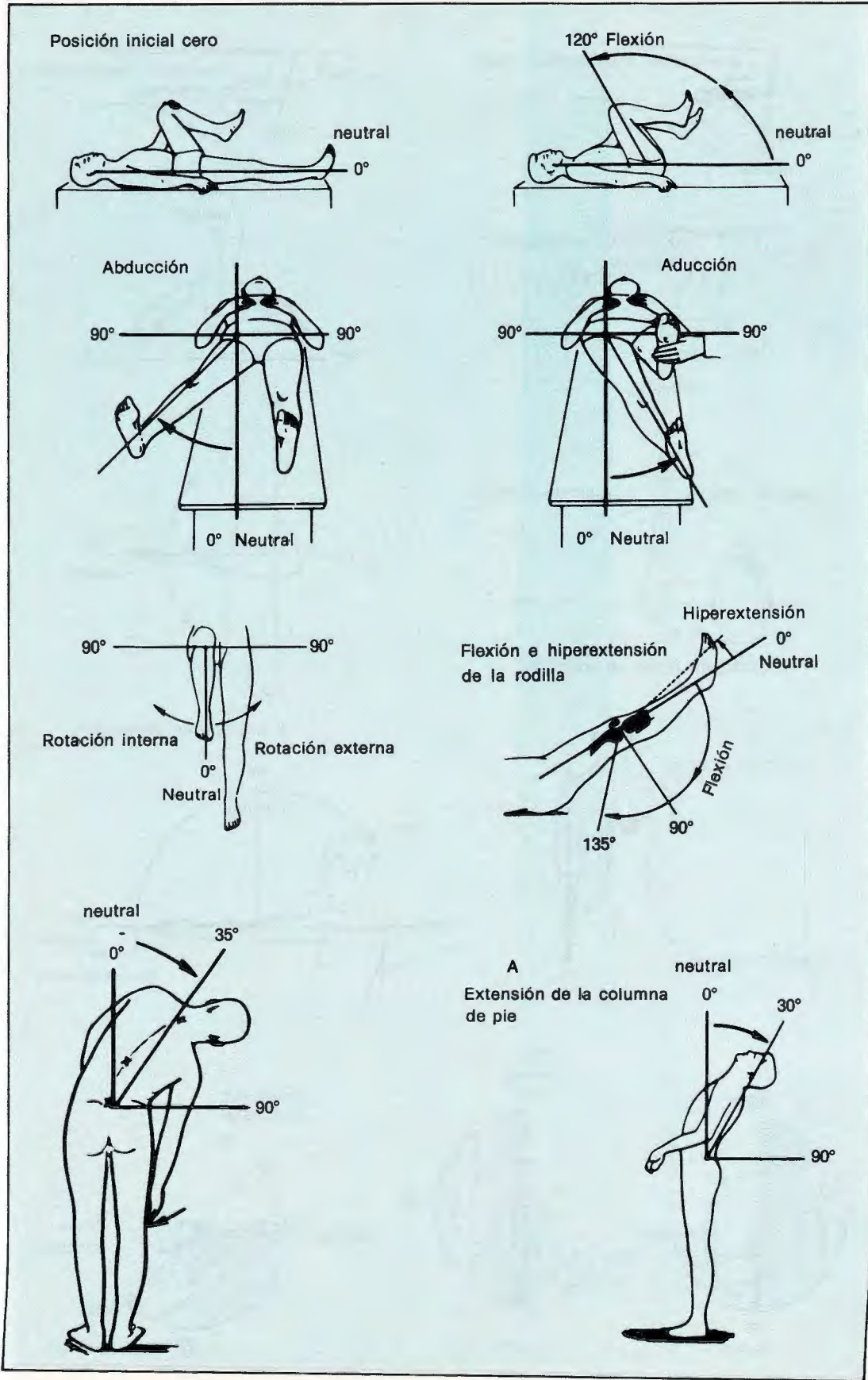
La base imprescindible para hacer el diagnóstico correcto en un paciente con síntomas reumáticos es la historia clínica. El interrogatorio detallado y el examen físico completo constituyen el primer paso en el estudio de estos enfermos; el laboratorio y los exámenes radiográficos e histológicos son complementarios y no sustituyen al interrogatorio ni a la exploración física; y, en múltiples ocasiones, durante las fases iniciales de las enfermedades reumáticas, el laboratorio y las radiografías no ayudan al diagnóstico. Los siguientes son únicamente algunos datos fundamentales que no se deben olvidar.

Interrogatorio

La fecha de iniciación de los síntomas, el estado de salud previo, la relación de la primera molestia con trauma, síntomas generales, enfermedades intercurrentes y factores ocupacionales o ambientales, son datos muy importantes y que, desde el principio de la entrevista, permiten la orientación clínica.

Se debe insistir en que el paciente sea muy preciso al describir la localización, duración y características de sus molestias. Es útil, en ocasiones, pedirle que señale el sitio exacto del dolor. El que un paciente con síntomas reumáticos psicósomáticos señale vagamente toda una extremidad es tan importante para el diagnóstico como que otro paciente con tenosinovitis del aductor largo del pulgar nos apunte exactamente el sitio de sus síntomas.





Es conveniente que aquellos pacientes que describen algún aumento de volumen señalen el sitio exacto de éste, para así tratar de definir si este aumento de volumen es inflamación o corresponde a edema.

El obtener los detalles con respecto al ataque secuencial de las articulaciones no sólo debe ser abarcar el orden cronológico en que fueron afectadas. Un interrogatorio cuidadoso permite distinguir el ataque rápidamente migratorio de la fiebre reumática, del ataque progresivo poliarticular de la artritis reumatoide o del patrón de monoartritis agudas cíclicas del paciente con gota. La duración del ataque en cada articulación y la rapidez con que ceden los síntomas, total o parcialmente, son datos que se deben obtener de la manera más precisa posible.

También es de mucha ayuda definir el patrón de variación de los síntomas durante 24 horas. Este en un paciente con artritis reumatoide o con fibrositis es completamente diferente del de un paciente con enfermedad degenerativa o padecimientos por biomecánica anormal. Es característico que la persona que sufre artritis reumatoide esté más molesta al despertar por la mañana, y requiera de periodos que varían desde 30 minutos hasta varias horas para sentir que ceden sus molestias (rigidez y dolor); estos pacientes se sienten mejor hacia el mediodía. En contraste, los pacientes con enfermedad articular degenerativa o problemas biomecánicos tienen sus mejores horas al despertar por la mañana, y conforme avanza el día aparecen los síntomas y se hacen más intensos. Este aumento en las molestias guarda relación directa con la bipedestación y la actividad física, mientras que la disminución de los síntomas coincide con el reposo.

La aparición o el aumento del dolor durante la noche también es frecuente en la mayoría de los enfermos reumáticos; pero es más evidente en la espondilitis anquilosante y en la bursitis de hombro. La fatiga y los síntomas generales son frecuentes en todas las enfermedades reumáticas.

Exploración física

El estudio adecuado de cualquier paciente con síntomas de aparato musculoesquelético exige un examen físico completo. Cabe recordar que múltiples enfermedades reumáticas tienen manifestaciones en otros aparatos o sistemas y que de su identificación dependerá el diagnóstico del paciente.

Aunque las anomalías de músculos y de articulaciones se pueden describir y registrar tan exactamente como las variaciones de los ruidos cardiacos, esto sólo es necesario en muy raras ocasiones. Habitualmente, cuando un observador empieza a registrar cuidadosamente sus hallazgos, va a encontrar más datos, porque se convierte en mejor examinador. No es necesario hacer hincapié en que es fundamental el conocimiento de la anatomía de la región explorada.

Es recomendable seguir siempre un orden preciso en el curso de la exploración física del paciente para examinar adecuadamente todas las articulaciones, músculos y estructuras articulares sin pasar por alto ninguna de ellas. Este examen se inicia al observar la marcha, la postura y los movimientos del paciente desde que entra al consultorio.

En el examen de las articulaciones se debe notar la presencia, naturaleza y cantidad del aumento de volumen: calor local, áreas dolorosas, movimientos activos y pasivos; y, asimismo, estimar la fuerza muscular. Cuando hay aumento de volumen, se precisará si se debe a aumento de líquido sinovial, inflamación de tejidos blandos, o formación ósea.

Cuando hay limitación de los movimientos, se definirá si se debe a bloqueo óseo, dolor, inflamación, fibrosis de la cápsula, contractura muscular, miedo o simulación. Es necesario registrar cuidadosamente los arcos de movimiento de las articulaciones, máxime cuando hay déficit funcional; para esto, deben utilizarse mediciones uniformes. En las figuras 1 y 2 se ilustran los arcos de movilidad normales de algunas articulaciones.

Tabla 2. Poliartritis agudas

Artritis reumatoide
Fiebre reumática
Lupus eritematoso sistémico
Enfermedad del suero
Eritema nodoso
Leucemia
Gota
Síndrome de Reiter
Artropatía de la hemofilia
Espondilitis anquilosante
Psoriasis

De manera general se puede decir que la enfermedad intrarticular producirá limitación de todos los movimientos, y la periarticular únicamente limitación de movimiento en una o dos direcciones de modo preponderante. Esto se ilustra en el hombro; cuando hay tenosinovitis de los músculos rotadores se encuentra limitación marcada de la abducción y la rotación externa, desproporcionada a la limitación a otros movimientos.

Diagnóstico diferencial

Al tratar el problema del diagnóstico diferencial de las enfermedades reumáticas, el médico debe tener un conocimiento razonable de la clasificación de los padecimientos que afectan a las articulaciones y estructuras vecinas y, además, de cómo se comportan estas enfermedades con el transcurso del tiempo. Por tanto, aquí no se describirán las enfermedades reumáticas, y la exposición que sigue sólo estará dirigida al problema que confronta el clínico, con los pacientes que tienen síntomas del aparato musculoesquelético.

Poliartritis aguda

Suele considerarse que la artritis reumatoide (AR) tiene un principio insidioso y que, en el curso de meses o años, llega a afectar múltiples articulaciones. De hecho, un grupo importante de pacientes inician la enfermedad en forma aguda, con ataque poliarticular en el curso de unas cuantas semanas. Si se acompaña de fiebre y sínto-

mas generales, se puede confundir con las enfermedades que refiere la Tabla 2. El ataque característico a las articulaciones interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, muñecas, tobillos y metatarsianas ayuda al diagnóstico. También es importante el hecho que, cuando una articulación se ha inflamado, esta inflamación persiste por semanas y habitualmente es progresiva.

En contraste, la fiebre reumática (FR) provoca ataque articular migratorio; una articulación con inflamación franca estará normal en unos cuantos días, al tiempo que se inflama otra articulación. Otros datos que ayudan al diagnóstico son: ataque a las articulaciones grandes, antecedentes de infección por estreptococo, manifestaciones cardíacas, fiebre alta, dermatosis, nódulos, y la respuesta objetiva a los salicilatos.

En fases tempranas, la diferenciación entre lupus eritematoso sistémico (LES) y AR o FR puede ser muy difícil; el ataque articular es muy similar al de la AR, y el ataque al estado general y la fiebre alta hacen pensar en FR. La sospecha o la confirmación del diagnóstico de LES estarán basados en el ataque multisistémico característico a piel, pleura, riñones, etc.

La enfermedad del suero produce alteraciones articulares parecidas a la FR; la diferenciación se podrá hacer con base en la presencia de otras manifestaciones cutáneas (urticaria) y el antecedente, durante las últimas dos semanas, de exposición a un agente capaz de producir esta enfermedad.

El eritema nodoso también produce poliartritis aguda, habitualmente en la cercanía de las lesiones hipodérmicas; las leucemias agudas, sobre todo en niños, también obligan en ocasiones al diagnóstico diferencial con la artropatía de la FR y de las otras artritis de la infancia.

La gota se inicia en el 75 por ciento de los pacientes en la articulación metatarsofalángica del primer orjejo (podagra), en cuestión de horas, el dolor se vuelve intenso con gran flogosis, que cede sin secuelas al

cabo de unos días. Sin embargo, hay que considerar que cualquier articulación puede estar afectada, que 10 por ciento de los pacientes con gota nunca tienen la podagra clásica, y que la poliartritis como manifestación inicial de gota es muy rara. En las fases avanzadas de la enfermedad, se pueden encontrar episodios de poliartritis aguda en los que, para el diagnóstico diferencial, habitualmente es suficiente la historia detallada de la evolución de la artropatía, la uricemia elevada y la respuesta a la colchicina.

El síndrome de Reiter se describió como la tríada de uretritis no gonocócica, conjuntivitis y artritis, muy frecuentemente asociada a lesiones mucocutáneas y diarrea. El ataque articular está restringido a unas cuantas articulaciones, por lo común de miembros inferiores. En los pacientes con predisposición hereditaria, con el marcador genético HLA-B27, ésta parece ser una de las enfermedades reumáticas más frecuentes.

Aunque la espondilitis anquilosante (EA) afecta fundamentalmente las articulaciones apofisiarias de la columna vertebral y las sacroilíacas, 25 por ciento de los pacientes tienen artropatía que puede ser muy semejante de la AR. El diagnóstico se establece por su mayor prevalencia en el hombre joven, el ataque a columna vertebral, la ausencia de nódulos y factor reumatoide, la frecuencia mayor de uveítis y episcleritis y, posiblemente, la asimetría de la artropatía.

La artropatía de la hemofilia clásica (muy rara en la pseudohemofilia B) se caracteriza por su mayor frecuencia en el paciente joven y por producir episodios agudos, repetitivos, de dolor e inflamación, habitualmente en grandes articulaciones, con frecuencia después de traumatismos banales que producen sangrado intraarticular. Como resultado de varios de estos episodios agudos, aparecerá una poliartritis crónica, no muy dolorosa, pero sumamente invalidante.

Los pacientes que tienen psoriasis pueden

Tabla 3. Monoartritis

Agudas:
 Artritis reumatoide
 Gota
 Artritis piógena
 Artritis traumática
 Tenosinovitis y bursitis

Crónicas:
 Artritis tuberculosa
 Artropatía degenerativa
 Artropatía neuropática
 Neoplasia

desarrollar una poliartritis concomitante que afecta pequeñas y grandes articulaciones, con frecuencia también columna vertebral, con curso clínico que suele ser paralelo a los síntomas cutáneos y que sólo se puede diferenciar de la AR por la ausencia de factor y nódulos reumatoides, así como por afectar articulaciones interfalángicas distales de las manos. Algunos pacientes con psoriasis desarrollan AR clásica.

Monoartritis agudas y crónicas

En la AR hay ocasiones en las que tanto el paciente como el médico dirigen su atención a una sola articulación; sin embargo, el interrogatorio cuidadoso y la exploración física completa revelan que hay más de una articulación enferma. Es necesario mencionar que durante pocos meses y al principio de la enfermedad, la inflamación puede estar limitada a una articulación. En las formas juveniles e infantiles de AR, es conocido el cuadro monoarticular crónico.

En el hombre adulto, la presencia de una monoartritis aguda, sobre todo en miembros inferiores, debe hacer sospechar inmediatamente el diagnóstico de gota.

La artritis piógena se presenta como un cuadro séptico, localizado y generalizado, con fiebre y malestar general, en ocasiones asociado a procesos infecciosos en otros territorios. En estas ocasiones la punción articular y el examen citológico y bacteriológico del líquido sinovial constituyen el único método diagnóstico, el que además,

Tabla 4. Poliartritis crónicas

Artritis reumatoide
Lupus eritematoso sistémico
Enfermedad articular degenerativa
Gota
Espondilitis anquilosante

es necesario para el establecimiento del tratamiento antibiótico específico.

Es evidente que los traumatismos directos a la articulación o tejidos vecinos producirán síntomas y signos localizados a esas estructuras, y el diagnóstico se establecerá en vista del antecedente traumático.

La bursitis y tenosinovitis no traumáticas, en articulaciones del hombro, muñeca, coxofemoral, y otras, son padecimientos que producen dolor muy característico y limitación de algún movimiento (no de todos). La exploración física de la región alterada permite hallar la localización exacta del punto doloroso e identificar la estructura afectada.

En presencia de una monoartritis crónica, inflamatoria, es obligado buscar en primer lugar tuberculosis. Este padecimiento, cuando se localiza en la articulación, producirá sinovitis crónica con poco aumento del líquido sinovial, atrofia temprana de los músculos vecinos, dolor moderado e invalidez funcional también moderada. La radiografía puede no ser diagnóstica durante los primeros meses y, en todos los casos, es necesario hacer biopsia sinovial para identificar la lesión granulomatosa y el bacilo de Koch.

La enfermedad articular degenerativa puede presentarse localizada a una articulación, fundamentalmente cuando existe algún factor predisponente o precipitante. La inflamación sinovial no es característica primaria, pero no es raro que se presente a consecuencia de traumatismos constantes a la sinovial. Habitualmente, están afectadas las articulaciones que cargan peso, y la sintomatología cede con el reposo.

La artropatía neurogénica es indolora, produce gran destrucción ósea e inestabili-

dad articular, y se presenta en aquellos padecimientos que producen pérdida de la sensibilidad profunda inconsciente, como la sífilis tardía (tabes), diabetes, siringomielia, lepra, etc.

Las neoplasias de hueso, de sinovia y de músculo, primarias o metastásicas, inician su sintomatología con dolor y limitación funcional en una articulación o en su vecindad, y siempre deben considerarse en el diagnóstico diferencial de las monoartritis crónicas. El estudio de los pacientes se completa con radiografías y biopsias.

Poliartritis crónicas

Característicamente, la artritis reumatoide es crónica, progresiva, y produce deformaciones que se localizan en todas las articulaciones diartrodiales, con excepción de columna vertebral y de interfalángicas distales. El diagnóstico, en la fase crónica de este padecimiento, suele ser fácil y se establece desde el primer contacto con el paciente. Es la excepción que en estas circunstancias sean necesarios estudios de laboratorio o de gabinete para establecer el diagnóstico.

Es manifestación frecuente de lupus eritematoso generalizado la poliartritis crónica de distribución similar a la artritis reumatoide, pero sin lesiones erosivas óseas. En presencia de síntomas y signos de otros aparatos o sistemas: dermatitis, alopecia, fiebre, baja de peso, pleuritis, pericarditis, nefropatía, anemia, leucopenia, etc., deben buscarse datos de laboratorio o de biopsia que confirmen el diagnóstico.

La enfermedad articular degenerativa es padecimiento de la edad madura y de la vejez, no inflamatorio, y que aunque afecta todas las articulaciones, tiene predilección por las interfalángicas distales, coxofemoral, rodilla y las de la columna vertebral. El diagnóstico se establece por la edad del paciente, la falta de inflamación, la evolución muy lenta y crónica del padecimiento, así como por la apariencia radiológica característica.

Cuando la gota llega a fases crónicas,

Tabla 5. Análisis de laboratorio

	Hemoglobina	Leucocitos	Sedimentación globular	Antiestreptolisinas	Factor reumatoide	Acido úrico
Enfermedad articular degenerativa	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal	Normal
Fiebre reumática	Normal o discreta anemia	10,000 a 20,000	Acelerada	Alta	Normal	Normal
Gota (fase aguda)	Normal	Normal a 15,000	Acelerada	Normal	Normal	Elevado
Artritis reumatoide	Normal a anemia moderada	Normal a 12,000	Acelerada	Normal	Positivo	Normal
Artritis séptica	Normal	15,000 a 30,000	Acelerada	Normal	Normal	Normal
Tuberculosis	Normal a anemia discreta	10,000 a 15,000	Acelerada	Normal	Normal	Normal

Tabla 6. Análisis de líquido sinovial

	Color	Aspecto	Viscosidad	Coágulo de mucina	—Células/mm ³ —%polimorfo— nucleares	Cristales	Otras
Normal	Amarillo claro	Transparente	Alta	Bueno	—Menos de 200 —Menos de 25%		
Enfermedad articular degenerativa	Amarillo claro	Transparente	Alta	Bueno	—Menos de 1,000 —25%		
Fiebre reumática	Amarillo	Ligeramente turbio	Baja	Bueno	—10,000-12,000 —50%		
Gota	Amarillo a lechoso	Turbio	Baja	Malo	—10,000-12,000 —60-70%	De ácido úrico	
Artritis reumatoide	Amarillo oscuro	Turbio	Baja	Malo	—15,000-20,000 —75%		Células R.A.
Séptica	Gris o sanguinolento	Turbio purulento	Baja	Malo	—80,000-200,000 —75%		Bacterias
Tuberculosis	Amarillo	Turbio	Baja	Pobre	—25,000 —60%		Bacilo de Koch

sin tratamiento adecuado, producirá una poliartritis crónica, inflamatoria sólo en forma intermitente, en la cual las articulaciones afectadas están deformadas y destruidas por los tofos. En los casos de duda, el diagnóstico se establece por la hiperuricemia y la demostración de cristales de ácido úrico (microscopio con luz polari-

zada) en el líquido sinovial o en los tofos.

En las Tablas 5 y 6 se hace un resumen de las anomalías que se encuentran en el laboratorio, y los cambios del líquido sinovial en algunas enfermedades reumáticas, que pueden ser de utilidad para establecer el diagnóstico diferencial. Sin embargo, es necesario insistir en que estos

El paciente reumático (concluye)

suelen ser de importancia secundaria para el diagnóstico, y que muchos de ellos son de aparición tardía. En la mayoría de las enfermedades reumáticas, el mejor método para establecer el diagnóstico, es una historia clínica adecuada y una exploración física cuidadosa del aparato musculoesquelético.

Lectura recomendada

- American Academy of Orthopedic Surgeons: Joint motion, methods of measuring and recording N.Y. 1965.
Boyle, J.A. y Buchanan, W.W.: Reumatología clínica. Editorial Marín, S.A. Barcelona, 1972.
Dixon, A. St. J. y Kirk, J.: Examen de las articulaciones en las enfermedades reumáticas. Artritis y Fisioterapia Ed. Prensa Médica Mexicana 1969.
Hawkins, C. y Correc, H.I.F.: Enfermedades reumáticas. Editorial Trilla, S.A., 1975.
Hollander, J.L. and McCarthy, D.J. Jr.: Arthritis and Allied conditions, 8th ed. Lea and Febiger, Philadelphia. 1972.