

# Capítulo III

## REUMATOLOGIA

### 3.0 REUMATOLOGIA

#### 3.1 INTRODUCCION

La reumatología es la rama de la medicina interna que estudia las enfermedades médicas del aparato locomotor y que constituye una de las causas más frecuentes de consulta médica y uno de los motivos invocados más frecuentemente en las solicitudes de invalidez, lo que se ve aumentando con la progresión en edad de los individuos.

Los diversos menoscabos del aparato locomotor se analizarán considerando cuidadosamente lo siguiente:

- Tipo de patología
- Terapia médico-quirúrgica aplicada
- Programa de medicina física y rehabilitación
- Tiempo de evolución de la enfermedad y posible recuperabilidad.
- Grado de alteración funcional permanente o transitoria.

Si bien la clasificación internacional de la enfermedad reumática hace distinciones más específicas, con fines prácticos podemos agruparlos en cuatro grandes tipos de patologías:

1. Inflamatorias
2. Degenerativas
3. Metabólicas

4. Secundarias a otras enfermedades sistémicas (hemoglobinopatías, endocrinopatías o neoplasias).

Dando manifestaciones:

- a) Articulares o yuxtaarticulares o ambas
- b) Extraarticulares:  
(Sistémicas).

#### 3.1.1 INFLAMATORIAS

##### A. Etiología conocida:

- Artritis infecciosa
- Artritis traumática

##### B. De etiología desconocida:

1. Enfermedades difusas del tejido conectivo
- Artritis reumatoidea.
- Artritis reumatoidea juvenil.

- Lupus eritematoso sistémico.
- Esclerosis sistémica.
- Dermatomiositis y polimiositis.
- Vasculitis (PAN, etc).
- Síndrome de Reiter.
- Artritis psoriásica.
- Enfermedades inflamatorias intestinales crónicas.

#### 3.1.2 ENFERMEDADES ARTICULARES DEGENERATIVAS

##### A. Origen:

- a) Primarias
- b) Secundarias.

##### B. Localización:

- Artrosis de manos.
- Artrosis de columna cervical.
- Artrosis de columna lumbar.
- Artrosis de caderas.
- Artrosis de rodillas.
- Poliartrosis.
- Otras.

#### 3.1.3 METABOLICAS

##### A. Por Microcristales

- Gota: (Monourato de Sodio).
- C.P.P.D. (Cristales de pirofosfato de calcio dihidratado).
- Otras.

**B. Endocrinopatías:** (desarrolladas en el capítulo correspondiente).

**C. Desórdenes del Metabolismo de las Purinas, Hidratos de Carbono y Lípidos** (desarrolladas en el capítulo correspondiente).

##### D. Enfermedades por depósito (Amiloidosis).

#### 3.1.4 OSTEOPOROSIS DE CAUSAS NO ENDOCRINAS Y TRAUMATISMOS

(Desarrollo en el capítulo correspondiente)

#### 3.1.5 YUXTA ARTICULARES

- Bursitis.
- Tendinitis.

- Periartritis.

- Síndromes comprensivos neurales (ej. Síndrome Túnel Carpiano).

- Fibromialgia (fibrositis).

- Algodistrofias.

Todas estas patologías comprometen fundamentalmente el aparato locomotor asociado o no a compromiso de otros órganos como: riñón, pulmón, corazón, sistema nervioso central y periférico, etc., cuyas ponderaciones de incapacidad deben revisarse en los capítulos respectivos.

### 3.2 CRITERIOS PARA LA EVALUACION DEL MENOSCABO

Para la evaluación de la incapacidad por causas reumatológicas es fundamental que el Comité Médico tenga en cuenta que el diagnóstico de estas patologías se debe realizar en base a criterios clínicos, de laboratorio, radiológicos y además asegurarse que el interesado haya recibido una terapia suficiente y adecuada. A continuación se describen los elementos más relevantes a ser considerados.

#### A. Terapia.

La terapia para las patologías inflamatorias consta de medicamentos como sales de oro, D-penicilamina, cloroquina, sulfasalacina, inmunosupresores y otros. Por lo menos dos de las drogas señaladas, deben haber sido administradas a la persona por un período no inferior a los seis meses y en forma continuada antes de su evaluación.

Se exceptúa de la norma anterior el caso respecto del cual hubiera existido una contraindicación médica fundamentada. Es de suma importancia asegurarse que el afiliado haya agotado los recursos terapéuticos: Anti inflamatorios, infiltraciones, etc.

#### B. Rehabilitación.

El Comité se preocupará de considerar que el afiliado se haya sometido a un programa de medicina física y rehabilitación bien realizado y por tiempo suficiente. En caso contrario se determinará que existen tratamientos pendientes.

#### C. Posibilidades Quirúrgicas.

Se debe tener presente que para el tratamiento de algunas de estas patologías existen alternativas quirúrgicas, que pueden mejorar el grado de incapacidad.

#### D. Tiempo de Evolución.

La enfermedad debe tener por lo menos un año de evolución para determinar el pronóstico y poder concluir fehacientemente si habrá o no recuperación funcional parcial o total.

### 3.3 DIAGNOSTICO

Para la evaluación de la incapacidad por causa reumatológica debe tenerse en cuenta lo siguiente:

A. Diagnóstico bien fundamentado en base a criterios clínicos, de laboratorio y radiográficos de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de

Reumatólogos.

1. En patologías inflamatorias los principales exámenes de laboratorio solicitados deben ser:

- Hemograma, Hb, Hcto.

- VSG.

- Factor Reumatoideo.

- Anticuerpos Antinucleares.

- Células LE (3 muestras).

- Anticuerpos Anti-DNA.

- Anticuerpos Anti-ENA.

- Anticuerpos Anticardiolipina.

- Depuración de creatinina.

- Transaminasas (TGO, y TGP.).

- Creatinfosfokinasa (CPK).

- Orina completa y sedimento urinario.

- Radiografía de manos o articulaciones comprometidas.

- Biopsia sinovial, renal, nódulos, etc.

- Otros.

2. En patologías degenerativas y yuxtaarticulares en general se recomienda el estudio radiográfico completo de las articulaciones afectadas, además de un hemograma y velocidad horaria de sedimentación (VSG).

3. En patologías metabólicas se debe utilizar:

- Estudio radiológico.

- Acido úrico en sangre y orina de 24 hrs.

- Glucosa, úrea y creatinina.

- Calcio, fósforo.

- Fosfatasa alcalina.

- Fosfatasa ácida.

- Proteínograma.

- Colesterol.

- Lípidos y lipídograma.

- Hemograma, Hb, Hcto.

- V.S.G.

### 3.4 EVALUACION DEL MENOSCABO POR AFECCIONES REUMATICAS INFLAMATORIAS

Clase I; (Menoscabo 0 - 20%)

Existe una patología posible o probable de artritis reumatoidea y afecciones similares consistentes en artalgias migratorias, rigidez articular matinal, signos de sinovitis sin deformaciones, ni compromiso del estado general.

Los exámenes de laboratorio y radiografías no tienen alteraciones significativas.

Estas artalgias, artritis, o ambas, deben presentarse por lo menos durante seis meses.

No hay limitación de la actividad de la vida diaria ni laboral.

### Clase II; (Menoscabo 21 - 40%)

Existen síntomas y signos evidentes de enfermedad inflamatoria articular consistente en:

Poliartralgias, monoartritis, oligoartritis (menos de 4 articulaciones), poliartritis simétricas o migratorias, rigidez matinal de las articulaciones de por lo menos una hora de duración.

Signos de sinovitis en las articulaciones, sin deformaciones ni desviaciones.

Los rangos articulares, aunque dolorosos, son normales.

Los exámenes de laboratorio comprueban la existencia de una enfermedad articular inflamatoria.

Las radiografías pueden mostrar existencia de osteopenia yuxtaarticular, pinzamiento articular o pequeñas erosiones articulares.

La capacidad funcional está restringida en forma leve o moderada que no impide las actividades de la vida diaria.

### Clase III; (Menoscabo 41 - 60%).

Existe una enfermedad inflamatoria articular definida en que a los síntomas y signos de la clase anterior se agregan la existencia de deformaciones, desviaciones articulares, o ambas, exámenes de laboratorio y radiografías concluyentes de patología articular.

El tratamiento con terapias que modificarían favorablemente el curso de la enfermedad ha sido de éxito relativo.

Existe una moderada o acentuada limitación de la capacidad funcional para realizar las actividades de la vida diaria.

Si existe compromisos de otros órganos (riñón, pulmón, corazón, piel, S.N.C. y periférico), deben evaluarse, además, en los respectivos capítulos.

### Clase IV; (menoscabo 61 - 85%)

Enfermedad inflamatoria articular activa o inactiva, con severas secuelas osteoarticulares, musculares o cutáneas (artrosis secundaria, subluxaciones, anquilosis fibrosa u ósea, atrofia muscular, fibrosis cutánea, etc.), que provoca una incapacidad absoluta y sólo permite el desarrollo mínimo de las actividades personales de la vida diaria.

La evaluación clínica y el estudio radiográfico deben demostrar la existencia de estas lesiones articulares.

## 3.5 EVALUACION DEL MENOSCABO POR AFECIONES REUMATICAS DEGENERATIVAS

Las afecciones degenerativas articulares producto de etiologías múltiples que compromete el cartílago hialino produciendo dolor e impotencia funcional, a menudo presentan problemas en la asignación de menoscabo.

Con los avances tecnológicos numerosos afiliados portadores de estas limitaciones en sus extremidades podrían recurrir a reemplazos protésicos, pero nuestra realidad socio-económica nos obliga a considerar este impedimento como configurado por la dificultad en acceder al recambio en la mayoría de los

casos.

Las artrosis monoarticulares deben ser evaluadas según las normas considerando el dolor y compromiso funcional determinado por estas. En las poliartritis (artrosis generalizada), especialmente de las articulaciones que soportan peso y sobre todo si son bilaterales. Se evaluará el dolor, la movilidad restringida, procesos neurales compresivos de vecindad y deberá consignarse la alteración de la marcha que está definida en la tabla 2, de este capítulo.

Con tal objetivo hay que remitirse a las tablas de evaluación de los rangos articulares y al compromiso de los nervios espinales periféricos, señalados en los capítulos correspondientes.

En las artrosis de manos es preferible considerar la funcionalidad de ellas antes que la ponderación de los rangos articulares de cada articulación de las manos.

**TABLA 1**

### VALORES DE MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA DERIVADO DE ARTROSIS BILATERALES DE CADERA, RODILLAS O AMBAS EN UNA EXTREMIDAD, POR ALTERACION DE LA MARCHA:

#### Clase I: (menoscabo 5 - 20%)

Puede sostenerse de pie pero camina con dificultad en todos los terrenos.

#### Clase II: (menoscabo 21 - 35%)

Puede sostenerse de pie y caminar sólo en terreno llano.

#### Clase III: (menoscabo 36 - 60%)

Puede sostenerse de pie y caminar sólo con aditamentos (muletas o bastones) y en terreno llano.

#### Clase IV: (menoscabo 61 - 85%)

Puede sostenerse de pie pero no puede andar.

Se complementa con la valoración del dolor, arco de movimiento y atrofia muscular.

**TABLA 2**

### VALORES DE MENOSCABO GLOBAL DE LA PERSONA DERIVADO DE LA ARTROSIS DE MANOS

	Extremidad preferida	Extremidad no preferida	Ambas manos
Clase I			
Alguna dificultad en la destreza de los dedos			
Fuerza de garra y pinza < de 50%	10 - 15%	5 - 10%	15 - 20%
Clase II			
No tiene destreza en los dedos.			
Fuerza de garra y pinza < de 20%	20 - 30%	15 - 20%	30 - 50%

Mención especial merecen la artrosis de cadera,

rodillas o ambas, en las cuales a los rangos articulares ponderados debe agregarse su capacidad funcional.

### 3.6 EVALUACION DEL MENOSCAPO POR ENFERMEDADES REUMATICAS METABOLICAS

#### A. Microcristales:

##### a) Gota.

Se caracteriza por crisis inflamatorias articulares agudas, generalmente monoarticulares, las que habitualmente no dejan secuelas, es controlable con drogas antiinflamatorias no esteroideas. La repetición de estos episodios se puede evitar con drogas inhibidoras de la síntesis de ácido úrico, uricosúricas, o ambas, en general no provoca incapacidad física. Sin embargo, en ocasiones, por tratamientos mal llevados se producen crisis inflamatorias articulares a repetición, que pueden provocar severas deformaciones, osteolisis, formación de tofos periarticulares, daño renal por depósito de uratos. En estos casos puede producirse una incapacidad física asimilable a las clases II, III o IV de los reumatismos inflamatorios. El daño renal se evaluará según lo establecido en el capítulo respectivo.

El diagnóstico deberá confirmarse con radiografías, uricemias y uricosurias de 24 horas, determinaciones de cristales de ácido úrico y/o tofos.

##### b) C.P.P.D. (Condrocálcinosis)

Compromete con mayor frecuencia las rodillas, ocasionalmente las articulaciones de los hombros, muñecas y tobillos.

Su característica principal es la monoartritis y el diagnóstico se basa en la presencia de condrocálcinosis, al examen radiográfico y la existencia de cristales de pirofosfato de calcio en el líquido sinovial o cartilago.

Crisis repetidas pueden determinar una artrosis secundaria que se evaluará según sus rangos articulares y capacidad funcional.

#### B. Endocrinopatías.

Considerar en el diagnóstico diferencial:

Hiperparatiroidismo, diabetes, *cushing* primario o secundario.

**C. Desórdenes del metabolismo de las Purinas, Hidratos de Carbono y Lípidos.**

#### D. Enfermedades por depósito (Amiloidosis).

El menoscapo correspondiente a las afecciones consignadas en B, C y D se hará en consideración al grado de compromiso del órgano u órganos afectados, en su capítulo correspondiente.

### 3.7 EVALUACION DEL MENOSCAPO POR OSTEOPOROSIS GENERALIZADA

Es una patología que se caracteriza por la pérdida de masa ósea, especialmente en la columna dorsolumbar, la pelvis, las caderas y las muñecas, que cuando son asintomáticas no producen menoscapo. Cuando existe dolor espasmo muscular, sin deformidad del esqueleto y se consigue una completa remi-

sión de estos síntomas mediante una terapia continua a base de hormonas y minerales, se puede considerar un menoscapo global de la persona de un 10%.

Cuando se necesita terapia continua para aliviar el dolor sin conseguir su remisión total y las actividades diarias del sujeto se ven afectadas por éste, puede haber un menoscapo global entre un 15% y un 25% por esta patología.

Habrà un menoscapo global de la persona superior al 70% cuando en la osteoporosis se compruebe lo siguiente:

1. Compresión y fractura de un cuerpo vertebral con pérdida de por lo menos el 50% del tamaño estimado de dicho cuerpo, no causado por traumatismo directo o indirecto y acompañado por osteopenia difusa.

2. Fracturas vertebrales múltiples, no causadas por traumatismo directo o indirecto y con imágenes radiográficas de vértebras biconcavas, y que condiciona compromiso neurológico importante, y

3. Fractura patológica de cuello de fémur asociada a una osteopenia difusa que no pueda ser corregida quirúrgicamente.

El diagnóstico debe complementarse con la determinación de calcemia, fosfatemia, fosfatasas alcalinas y densitometría ósea.

### 3.8 EVALUACION DEL MENOSCAPO POR REUMATISMOS YUXTAARTICULARES

Las alteraciones por reumatismos yuxtaarticulares corresponden a bursitis, tendinitis, o periartrosis de origen inflamatorio, degenerativo, metabólico y traumático. Las localizaciones más comunes son: Hombros (bursitis, tendinitis del supraespinoso, bicipital, etc.), epicondilitis, tendinitis del extensor del pulgar, tendinitis de los flexores de los dedos de las manos (dedo en resorte), bursitis peritrocantearia, tendinitis de la "pata de ganso", tendinitis aquiliana, etc.

En general, se trata de patologías dolorosas e inflamatorias, que responden muy bien al tratamiento médico y ocasionalmente quirúrgico, de tal manera que no provocan menoscapo. Sin embargo, en pocas oportunidades quedan secuelas que deberían evaluarse según lo establecido en el capítulo que comprende la tabla de los rangos articulares.

#### FIBROMIALGIA (Fibrositis)

Se establecerá el diagnóstico de esa afección, aplicando los criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología (1990). El impedimento se considerará en caso de no existir respuesta al tratamiento adecuado y en un lapso de por lo menos 3 meses. Provoca un menoscapo global de la persona entre 0 - 15%.

#### SINDROME COMPRESIVO NEURAL

El más frecuente es el síndrome del túnel carpiano para cuyo diagnóstico es indispensable: a) signos críticos: atrofia tenar e hipotenar, b) cuantificación de la velocidad de conducción nerviosa de los nervios medianos. Si bien con tratamiento quirúrgico habitualmente se logra una recuperación completa, en ocasio-

nes una terapia efectuada tardíamente puede dejar secuelas que se deberán evaluar según la tabla de compromisos de los nervios espinales periféricos. Es

necesario realizar un electromiograma y velocidad de conducción nerviosa en un tiempo postoperatorio no menor de 6 meses antes de evaluar esta patología.