



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

MEDICINA INTERNA

DOC. MIGUEL BASILIO ROBLEDO

ENSAYO

ANA LUISA ORTIZ RODRÍGUEZ.

INTRODUCCION

Las enfermedades de origen reumatológico la mayoría de ellas se desconoce su etiología e etiopatogenia, ya que un paciente con una enfermedad reumatológica el enfoque terapéutico que se busca implementar es alargar su estadía de vida del paciente, dado que estas enfermedades no tienen la cura, así mismo se busca dar estabilidad en el tratamiento que se emplea en cada una de las enfermedades. enfocamos este ensayo en dos enfermedades relevantes como lo es osteoartrosis e artritis reumatoide.

La osteoartrosis es un trastorno que afecta las articulaciones móviles, caracterizado por estrés celular y degradación de la matriz extracelular del cartílago y se inicia con presencia de micro y macro lesiones que activan respuestas mal adaptadas de reparación. Alteraciones anormales, surgen otras alteraciones como la degradación del cartílago que pueden generar la aparición del dolor.

Varia en sexo, edad, y se estima que después de los 20 años aparición de las alteraciones, dando en el género femenino, en la edad estimada de 50 años, como factores de riesgo tenemos a la obesidad, susceptibilidad genética, provocando una rigidez matutina menor de 30 minutos, la cual es causada por la inactividad.

A diferencia de la artritis reumatoide que es una enfermedad de autoinmunitaria de origen desconocido que provoca que el sistema inmunitario del organismo se ataque así mismo. Daña principalmente articulaciones sinoviales, destrucción y deformidad, así mismo puede afectar otros órganos, con una epidemiología mayor en mujeres en la edad de 30 y 60 años, etiopatogenia basada en factores genéticos el gen HLA- DRB1, factores ambientales como los fumadores, infecciones virales con parvovirus humano, hormonal y microbiota, provocando una rigidez matutina que no cede ante la actividad si no que aumenta en dolor, genera tumefacción e enrojecimiento.

DESARROLLO

La osteoartrosis es una enfermedad articular degenerativa, que se caracteriza por la degradación del cartílago que determina una insuficiencia estructural y funcional de las articulaciones sinoviales. Se trata de un proceso inflamatorio, se considera un trastorno intrínseco del cartílago en el que los condrocitos responden a los estreses bioquímicos y mecánicos con la degradación de la matriz e incapacidad de repararla.

Etiopatogenia el envejecimiento, estrés oxidativo, y edad, biomecánico la inflamación y daño articular, metabólico diabetes mellitus y obesidad, procede a un dolor mecánico que aparece con uso de la articulación y va mejora al reposo, lo cual la rigidez aparece en la articulación afectada después de una inactividad, no se presenta de forma simétrica, su estado o tiempo de rigidez dura menos de los 30 minutos, lo cual puede llevar a una atrofia muscular por el desuso de la articulación.

Afectando interfalángicas proximales y distales, inflamación articular y periarticular, se forma los nódulos de Heberden en las distales y nódulos de Bouchard en proximales, lo cual va desaparecer el dolor al estar formados por completo dichos nódulos. Afectación en la cadera, dolor en región inguinal, puede percibirse en muslo o nalga, se genera dolor al caminar, posteriormente aparece en reposo y finalmente en la cama impide el descanso nocturno. Afectación en la rodilla la cual es la más frecuente, es bilateral, provoca rigidez y dificultad para subir y bajar las escaleras, crepitantes palpables y audibles, disminución en el rango de flexión y extensión, derrames sinoviales.

Las causas más frecuentes del dolor es la membrana sinovial, ligamentos, capsula articular, músculos y hueso subcondral, va a ver pérdida de la integridad cartilaginosa acompañada de invasión neurovascular, sinovitis leve y estimulación de fibras nociceptivas. El dolor se va presentar en las primeras etapas de la enfermedad, provocando malestar por las noches, donde la rigidez de la articulación afectada puede ser intensa, pero la rigidez matinal puede regular dura menor de los 30 minutos. El método de diagnóstico de la osteoartrosis es el estudio del líquido sinovial, el cuadro clínico que presenta el paciente ya que dicha enfermedad se diferencia en base a la clínica, y radiografía.

El tratamiento puede variar de forma no farmacológica se busca modificar las cargas y elementos ponderales, no realizar actividades que puedan desencadenar el dolor. El tratamiento farmacológico consiste naproxeno 375-500 mg cada 12 horas, salsalato 1 500

mg cada 12 horas, ibuprofeno 600-800 mg cada 8 horas, celecoxid 100-200 mg cada 24 horas, diclofenaco sódico, gel 1% 4 g cada 6 horas en rodillas y manos.

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica de origen desconocido que se caracteriza por una poliartritis simétrica y periférica. La patogenia consiste en la producción de FNT e IL 6 considerados como los principales en la sinovitis crónica y lesión del cartílago y hueso subcondral, lo cual pueden aparecer fases de autoinmunidad sistémica, la sinovitis crónica puede afectar cartílago articular y hueso subcondral.

La histopatología el crecimiento hiperplásico de la membrana sinovial, infiltrado inflamatorio células mieloides y linfoides en el estroma y neoangiogenesis. Proliferación de sinoviocitos fibroblásticos que forma un frente invasivo invadiendo cartílago y hueso subcondral denominado pannus. Como manifestaciones clínicas tendremos rigidez matutina, dolor articular e inflamatorio, el empeora con el reposo y es de predominio nocturno, tumefacción, avanzando a una deformidad articular y astenia. Manifestaciones articulares, articulaciones de mano y pie una rigidez matutina de 1 hora, va ser de forma simétrica, tendosinovitis, en fases más avanzadas se presenta tumefacción articular, hipotrofia muscular, deformidad articular, dedos en cuello de cisne o en ojal, pulgar en Z y desviación cubital- dedos en ráfaga.

Otras manifestaciones que surgen son los nódulos reumatoides que son ubicados en las zonas de roce como olecranon, dorso de las manos y tendón de Aquiles. En otros órganos se manifiesta pleuritis, queraconjutivitis seca, epiescleritis, vasculitis, poliartritis nodosa, pericarditis, síndrome de túnel carpiano o tibial posterior.

Las pruebas diagnóstico que se debe realizar son VCG Y PCR, anticuerpos anti-peptidos citrulinados, factor reumatoide y radiología simple. El tratamiento de base aines, metrotexato acompañado de ácido fólico, sulfasalazina, corticoides intraarticulares, vitamina D y bisfosfanato.

CONCLUSION

Para poder diferenciar a estas enfermedades, debemos entender la clínica recordemos que la osteoartritis es más clínicas a comparación de la artritis reumatoide, otra de las características que las hace diferente es la interacción de las zonas que actúa que cabe destacar que afecta las mismas zonas pero artritis reumatoide se presenta de forma simétrica y periférica a comparación de la osteoartritis que se manifiesta en una sola extremidad, se puede confundir por las deformidades articulares que presentan ya que en ambas aparece en dedo de cisne o en ojal.

Ambas enfermedades se presentan en mujeres entre la edad 30 a 50 años, con pequeñas variabilidades en los factores genéticos y ambientales, la artritis reumatoide tiene como método de diagnóstico dos importantes mediadores que indican que la enfermedad está presente en la paciente tenemos el factor reumatoide pero el indicador que va confirmar la presencia de la enfermedad, es anticuerpos anti péptidos citrulinados, a comparación de osteoartritis que es más clínica y mediante a radiografía y presencia de los nódulos.

El tratamiento para ambas enfermedades consiste en los mismo medicamentos como aines, glucocorticoides, FARMES los cuales se van a encargar de ayudar a la paciente con el dolor y lograr una estabilidad ya que como se mencionó anteriormente estas enfermedades son presenta cura si no que se busca obtener una mejoría y alargamiento de vida y mantener las manifestaciones clínicas lo menos desarrolladas.

BIBLIOGRAFIA

Farreras-Rozman: Medicina Interna, 14ª Edición. Ediciones Harcourt S.A. 2000.

Harrison: Principios de Medicina Interna, 20ª Edición. McGraw-Hill Interamericana de España 1998.