

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS COMITAN DE DOMINGUEZ, CHIAPAS
LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA.**

4 SEMESTRE GRUPO: B

CATEDRATICA: DRA. ARIANA MORALES MENDEZ

INMUNOLOGIA

CUADRO COMPARATIVO ENFERMEDADES INFLAMATORIAS

PABLO ADOLFO JIMENEZ VAZQUEZ

CUADRO COMPARATIVO SINDROMES INFLAMATORIOS

ENFERMEDAD	DEFINICIÓN	CLASIFICACIÓN	EPIDEMIOLOGÍA	FISIOPATOLOGÍA	FACTORES DE RIESGO	CUADRO CLÍNICO	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
Osteoartritis	Degradación del cartilago articular	Primaria o idiopática, secundaria y OA erosiva	Enfermedad articular más frecuente, mayor prevalencia mayores de 60 años	El estrés biomecánico hace que los condrocitos liberen las metaloproteinasas y la síntesis de las proteínas de la matriz, incluyendo el colágeno de tipo fibrilar II	Factores de riesgo primarios: Edad, género, obesidad, masa ósea elevada, factores mecánicos y genéticos; Factores de riesgo secundarios: Articulaciones lesionadas o dañadas, enfermedades metabólicas o infiltrativas, hemartrosis y articulaciones neuropáticas	A menos de antecedente familiar sólido, el paciente acude con dolor, por lo general después de cumplir 50 años; Los pacientes se quejan de dolor o dificultad de movimiento de naturaleza mecánica de las articulaciones afectadas que empeora con la actividad, la rigidez suele durar menos de 30 min, puede presentar rigidez después del periodo de inactividad (gelificante; datos influyentes en la exploración	Disminución del espacio articular, esclerosis subcondral, presencia de osteofitos en la periferia de la articulaciones y quistes subcondrales DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Todas las posteriores más a parte infecciones víricas y fúngicas	Se recomienda en primera instancia los tratamientos no farmacológicos: fisioterapia, ejercicios, disminución de peso entre otros 1. Paracetamol 2. AINES 3. Opioides 4. Corticoesteroides 5. Tratamientos tópicos 6. Tratamientos novedosos 7. Otros tratamientos no farmacológicos 8. Tratamiento quirúrgico
Gota	Relacionada con el depósito de ácido úrico, por lo general en las articulaciones, tejido blandos (totos) o el intersticio renal,	Hiper uricemia asintomática, de gota aguda intermitente y artritis gotosa crónica	90% ocurre en hombres entre 30-50 años	Puede ser un trastorno primario o secundario, el ácido úrico como catabolismo de las purinas se produce en hígado por acción de xantina oxidasa. Las cifras normales son menores a 6.8 mg/dl y utilizando dos desviaciones estándar 8.5 mg/dl por lo general en los niños es		Al inicio súbito de dolor intenso, eritema, edema e incapacidad de una sola articulación y la inflamación tenosinovial; La gota puede precipitarse por abuso de la	Lesiones en mordedura de rata, hiperuricemia y birrefringencia negativa DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	Ataque agudo de gota: *DIETA 1. AINES 2. Corticoesteroides *OPIOIDES 3. ACTH 4. Colchicina 5. Experimental

	y/o la formación de nefrolitiasis de ácido úrico			menor a 4 mg/dl; Hiperuricemia primaria: síndrome de Lesch-Nyhan, Hiperuricemia secundaria: Medicamentos (tiazídicos y de asa), la gota aguda es una respuesta inflamatoria al depósito de cristales de urato monosódico		ingestión de alcohol, deshidratación, traumatismo reciente, intervención quirúrgica e inicio de fármacos que cambian la concentración de ácido úrico, los ataques tempranos suelen ser monoarticulares (podagra) en casi el 50%, otros sitios frecuentes son tobillo, rodilla y muñeca; entre los ataques agudos, los pacientes cursan asintomáticos durante periodos prolongados; la gota crónica, sin tratamiento, la enfermedad puede avanzar hasta la forma crónica de artritis a 12 años (rango, 5-40) la gota tofácea crónica se manifiesta por los depósitos en el tejido conjuntivo	Celulitis, osteoartritis, AR y artritis infecciosa	Hiperuricemia (después de las crisis): 1. ALOPURINOL 2. FEBUXOSTAT *URICUSÚRICOS 1. PRONECID Y SULFINPIRAZONA
Pseudogota	Reacción inflamatoria a los cristales en el tejido	Asintomática, aguda (Pseudogota), crónica	Mayores de 60 años con predominio y aumento a los 80	Predominio idiopático, la formación de cristales es secundaria a cifras altas de calcio o pirofosfato inorgánico	Edad, traumatismos y/o intervenciones	Asintomático: De manera accidental en el cartilago (Calcio) condrocalcinosis;	Ver los criterios diagnósticos, condrocalcinosis y birrefringencia	*TERAPIA *PARACETAMOL 1. AINES 2. Corticoesteroides

	conjuntivo, puede afectar ligamentos, tendones, cartilago articular y membrana sinovial	(Pseudoosteoartritis) (Pseudoartritis reumatoide) (Pseudoneuropatía) (Afección raquídea) (Extraarticular)	años		articulares y antecedentes familiares	Aguda/Pseudogota: Más frecuente en hombres, dolor mono u oligoartritis intensa de inicio súbito, eritema, edema y dolor (Mayor frecuencia rodillas); Crónica: Más frecuente en mujeres, Pseudoartrosis: Dolor articular de lenta progresión que afecta a múltiples articulaciones, se puede manifestar con cuadros agudos, Pseudorreumatoide: 5% Afección articular simétrica y manifestaciones sistémicas notorias, engrosamiento sinovial, edema local, contracturas en flexión y disminución del ángulo de movimiento, Pseudoneuropatía: Monoartritis intensa destructiva y dolorosa, Afección raquídea: Polimialgia reumática, Extraarticular: Ojo y	positivo DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Todos los anteriores	3. Colchicina 4. Anakinra ASPIRACIÓN ARTICULAR TRATAMIENTO QUIRÚRGICO
Artritis infecciosa	Monoartritis u oligoartritis aguda ocasionada por un agente infeccioso, casi siempre bacterias	Se divide clásicamente en artritis gonocócica y no gonocócica	20 000 casos por años, no existe grupo propietario de edad	La mayoría de los casos en adultos causada por <i>Staphylococcus aureus</i> 80%; El segundo más frecuente <i>Streptococcus pneumoniae</i> ; Seguido por gramnegativos; La causa principal en jóvenes y activos sexualmente es <i>Neisseria gonorrhoeae</i> con una proporción hombres mujeres 1:4; Los susceptibles micobacteria u hongos; y por último infecciones víricas (Hepatitis, Rubéola, paperas, EB, B19, enterovirus, adenovirus y VIH; Diseminación hematógena desde el foco primario de infección	Usuarios de drogas intravenosas, pacientes inmunocomprometidos, articulaciones o válvulas protésicas y enfermedades debilitantes, edad avanzada y trastornos comórbidos, artritis inflamatoria subyacente y pacientes sexualmente activos y con conductas sexuales de alto riesgo	Inicio agudo de artritis mono u oligoarticular, fiebre y síntomas constitucionales, afectación de rodilla 50% y características de la exploración física	Presencia de patógeno en artrocentesis, cultivo y hemocultivo DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL Todos lo anteriores	Incluye antibióticos intravenosos y drenaje articular Artritis gonocócica: Gram positivos: NO SARM, oxacilina y nafcilina, SI SARM vancomicina; Gram negativos: Ceftriaxona, ceftazidima o cefotaxima Artritis gonocócica: Ceftriaxona Artritis no bacteriana: AINES Tratamiento quirúrgico: Artrocentesis: Aspiración diaria, mínimo por 10 días

