

CAPÍTULO V

AFECCIONES INFLAMATORIAS

AFECCIONES INFLAMATORIAS

1. Artritis Reumatoidea
2. Síndrome de Still – Chauffar
3. Síndrome de Felty Reyter
4. Enfermedad de Pierre Marie
5. Artritis Velloso
6. Inflamación de las Bolsas Serosas
7. Inflamaciones Musculares
8. Inflamaciones Tendinosas

1. ARTRITIS REUMATOIDEA

PREGUNTAS

1101. Son características de la Artritis reumatoidea:
- La hipertrofia sinovial con adelgazamiento capsular
 - El engrosamiento capsular y destrucción condral
 - Ninguna
1102. Las articulaciones mayormente comprometidas por la Artritis reumatoide son las:
- Interbalángicas proximales y distales
 - Interfalángicas distales y metacarpofalángicas
 - Metacarpofalángicas e interfalángicas proximales
1103. La Artritis reumatoide en su origen tiene relación con:
- La presencia de toxinas circulantes
 - Una hipersensibilidad articular
 - Ambas
1104. El tratamiento de la Artritis reumatoide inicialmente comprende:
- Antireumáticos
 - Fisioterapia y antirreumáticos
 - Férulas y cirugía
1105. La Artritis reumatoide:
- Se presenta por igual en ambos sexos
 - Predomina en niños
 - Se acompaña de uñas hipertróficas

SINOPSIS 193

CARACTERÍSTICAS

- Origen probable en relación con hipersensibilidad articular a toxinas circulantes provenientes de focos sépticos
- Hipertrofia sinovial – Destrucción y reabsorción del cartílago articular – Engrosamiento y fibrosis de la cápsula – Osteoporosis
- Más frecuente en mujeres
- Afecta a cualquier edad
- El examen general muestra:
 - * Adelgazamiento – palidez
 - * Piel seca y engrosada
 - * Uñas hipertróficas
 - * A veces psoriasis
- Localmente se encuentra:
 - * Compromiso articular múltiple, principalmente de articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales
 - * Inflamación – semiflexión – limitación funcional – deformidad y anquilosis
- Radiográficamente se confirman:
 - Osteoporosis – pinzamiento articular y otros
- En laboratorio:
 - * Anemia – leucocitosis – linfocitosis – aumento de globulinas

Artritis Reumatoidea

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 273

TRATAMIENTO

- Médico: antireumáticos, sales de oro, corticoides, vitaminas
- Físico: terapia física y ocupacional
- Ortopédico: inmovilización – férulas – sinovectomías – artrodesis – reemplazos articulares



GRÁFICO 57: ARTRITIS REUMATOIDE

Su localización preferente es en las manos, a nivel de las articulaciones metacarpofalángicas que se muestran tumefactas, en actitud de semiflexión, con severa limitación funcional por el dolor.

En la evolución de la mano reumatoidea es típica la desviación cubital “en ráfaga”, de los dedos.

3. SÍNDROME DE FELTY Y REYTER

PREGUNTAS

1111. En el Síndrome de Reyter existe predominante compromiso de:

- a) Manos y pies b) Codos y rodillas c) Columna vertebral

1112. En el Síndrome de Reyter se registra:

- a) Velocidad de sedimentación normal
b) Leucocitosis
c) Eosinofilia

1113. Los síntomas en el Síndrome de Felty son semejantes a los que se encuentran:

- a) La Artritis reumatoide b) El Síndrome de Still c) En la Enfermedad de Pierre Marie

1114. Las manifestaciones generales del Síndrome de Reyter son:

- a) Adelgazamiento b) Palidez c) Hipertermia

1115. El Síndrome de Felty predomina en:

- a) Niños b) Adultos c) Mujeres

Síndrome de Felty y Reyter

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 273

SINOPSIS 195

CARACTERÍSTICAS

- Síndrome de Felty:
 - * Es semejante al Síndrome de Still
 - * Se presenta en adultos
 - * Tratamiento: médico, fisioterápico y ortopédico
- El síndrome de Reyter se presenta con:
 - * Poliartritis aguda con compromiso predominante de manos y pies
 - * Hipertermia manifiesta
 - * En laboratorio: velocidad de sedimentación acelerada, leucocitosis y neutrofilia
 - * En cuanto al tratamiento es conservador

4. ENFERMEDAD DE PIERRE MARIE

PREGUNTAS

1116. Los periodos evolutivos de la enfermedad de Pierre Marie son:

- a) Febril y doloroso b) Doloroso y Anquilosante c) Anquilosante y de Estado

1117. El examen en la enfermedad de Pierre Marie muestra:

- a) Tórax prominente con aplanamiento dorsal
b) Abdomen aplanado con hiperlordosis
c) Xifosis dorsal y aplanamiento lumbar

1118. La enfermedad de Pierre Marie tiene su inicio en la:

- a) Adolescencia b) Niñez c) Edad adulta

1119. En la Enfermedad de Pierre Marie el dolor generalmente es:

- a) Localizado b) Irrradiado c) Ambos

1120. En la Enfermedad de Pierre Marie el compromiso articular inicialmente es:

- a) Sacroilíaco b) Temporomaxilar c) En la Columna dorsal

SINOPSIS 196

CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO

- Es la espondiloartritis anquilosante o anquilopoyética
- Su localización inicial es en articulaciones sacroilíacas y, luego, la columna vertebral
- Cursa en dos periodos:
 - * El doloroso, que se inicia a los 30 años más o menos y
 - * El anquilosante, de larga evolución
- El dolor es localizado e irradiado, tipo radicular
- Hay marcada xifosis dorsal, desaparición de la lordosis, tórax aplanado y abdomen prominente
- En la radiografía se aprecia osteoporosis e imagen en “caña de bambú” en la columna vertebral
- El tratamiento es conservador: médico, fisioterápico, radioterapia, control postural y con corsé quirúrgico, en los casos de gran deformidad

Enfermedad de Pierre Marie

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 273

6. INFLAMACIÓN DE LAS BOLSAS SEROSAS

PREGUNTAS

1126. En la Bursitis generalmente, lo más característico es:

- a) El dolor
- b) La flogosis
- c) La tumefacción

1127. El contenido de la bolsa en la Bursitis es:

- a) Purulento
- b) Líquido sinovial
- c) Hemático

1128. La inflamación de las bolsas sinoviales se denomina:

- a) Bursitis
- b) Higroma
- c) Ambas

1129. En los Higromas se registra:

- a) Flogosis
- b) Limitación funcional
- c) Hipertrofia capsular

1130. Los Higromas son inflamaciones:

- a) Agudas
- b) Sub-agudas
- c) Crónicas

SINOPSIS 198

CARACTERÍSTICAS

- Su origen se relaciona con traumas o rozamientos repetidos
- Pueden ser agudas o crónicas; según ello, se les denomina bursitis o higromas, respectivamente
- Sus manifestaciones clínicas son: tumefacción, flogosis - excepto en el higroma - y dolor relativo
- El contenido de la bolsa, parecido al líquido sinovial, es de variable cantidad y, a veces, con depósitos de calcio. En estos casos se trata de la bursitis cálcica
- Los casos crónicos presentan hipertrofia capsular y pliegues
- Las bolsas que más frecuentemente se afectan son la oleocraneana, pre-rotuliana y sub-acromial
- Menos frecuentemente son la aquiliana, supra-rotuliana y trocantérea
- La radiografía muestra la calcificación de la bolsa o irregularidad ósea vecina

TRATAMIENTO

- Médico: anti-inflamatorio, reposo, punciones evacuantes
- Fisioterapia
- Quirúrgico: extirpación de la bolsa

Inflamación de las bolsas serosas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 273

7. INFLAMACIONES MUSCULARES

PREGUNTAS

1131. Las Miositis agudas pueden ser:

- a) Localizadas
- b) Difusas
- c) Ambas

1132. Las Miositis fibrosas se presentan en relación con:

- a) Úlceras vecinas
- b) Abscesos migratorios
- c) Ninguno

1133. Las Miositis se producen generalmente por:

- a) Contaminación infecciosa directa
- b) Disfunción endocrina
- c) Ninguna

1134. Las Miositis crónicas son:

- a) Localizadas y difusas
- b) Específicas y no específicas
- c) Ambas

1135. La causa de la Miositis puede ser:

- a) Metabólica
- b) Infecciosa
- c) Ambas

SINOPSIS 199

CARACTERÍSTICAS

- Están en relación con el tipo de miositis de que se trate
- Los tipos de miositis son:
 - * Infeccioso y traumático
La miositis infecciosa es resultante de una contaminación bacteriana directa, por vecindad o hematológica. La miositis traumática es resultante de desgarro muscular
 - * Agudas y crónicas
 - * Las miositis agudas son localizadas o difusas con manifestaciones predominantes focales y generales respectivamente
 - * Las miositis crónicas pueden ser no específicas y específicas. Las miositis crónicas no específicas son fibrosas (en la vecindad de úlceras), osificantes localizadas (consecutivas a traumas) y osificantes generalizadas, las cuales son progresivas, deformantes e invalidantes (“Hombre petrificado de Virchow”)

TRATAMIENTO

Depende del tipo de miositis. Puede ser:

- Conservador: médico, inmovilización, fisioterapia y
- Quirúrgico

Inflamaciones musculares

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 273

8. INFLAMACIONES TENDINOSAS

PREGUNTAS

1136. La Tenosinovitis estenosante puede ser de causa:

- a) Congénita
- b) Infecciosa
- c) Ambas

1137. La Tenosinovitis fungosa se manifiesta por:

- a) Presencia de “granos riciformes”
- b) Mal estado general
- c) Inflamación local moderada

1138. La Tenosinovitis seca es una forma de tenosinovitis:

- a) Crónica
- b) Aguda
- c) Específica

1139. La Tenosinovitis por lo general corresponde a la forma:

- a) Supurada
- b) Luética
- c) Tuberculosa

1140. La localización más frecuente de la Tenosinovitis crepitante es en el:

- a) Brazo
- b) Antebrazo
- c) Mano

SINOPSIS 200

CARACTERÍSTICAS

Están en relación con el tipo de tendinitis o tenosinovitis, puede ser:

- **Tenosinovitis no específicas:** agudas y crónicas
 - * Cuando la tenosinovitis es aguda puede ser seca, estenosante y supurada
 - * La tenosinovitis seca o **crepitante** se localiza de preferencia en el antebrazo, a nivel de los tendones radiales y extensores
 - * La tenosinovitis **stenosante** puede ser congénita y adquirida. Se manifiesta por el dedo “en resorte”, con o sin dolor
 - * La tenosinovitis **supurada** se produce por infección principalmente estafilocócica, por vía directa o por vecindad, de la vaina sinovial, desarrollándose abscesos y flemones
 - * La tenosinovitis **crónica** es, casi siempre, de etiología tuberculosa
- **Tenosinovitis específicas** o tuberculosas:
 - * Se localizan predominantemente en manos y pies
 - * Se manifiestan por dolor, tumefacción e impotencia funcional
 - * Existen las formas: a granos riciformes y fungosa
 - * La forma a “granos riciformes” evoluciona con buen estado general y moderada inflamación local
 - * La forma fungosa se manifiesta por el mal estado general y mayor inflamación local, con fístulas y adenopatías

Inflamaciones tendinosas

Después de anotar sus respuestas en hoja aparte verificar si son las correctas en la Página N° 273

TRATAMIENTO

Según el tipo de tenosivitis puede ser:

- Médico: anti-inflamatorio – específico
- Fisioterápico, y
- Ortopédico: conservador y quirúrgico



GRÁFICO 58: TENOSINOVITIS ESTENOSANTE

Es causa del “dedo en resorte” o Enfermedad de Quervain.

Respuestas correspondiente a las preguntas sobre las Afecciones Inflamatorias

- 1101. c) En engrosamiento capsular y destrucción condral
- 1102. c) Metacarpofalángicas e interfalángicas proximales
- 1103. b) Ambas
- 1104. b) Fisioterapia y antirreumáticos
- 1105. a) Se acompañan de uñas hipertróficas
- 1106. b) Habitual
- 1107. b) El tratamiento es médico, físico y ortopédico
- 1108. c) En manos
- 1109. b) Manchas “café con leche”
- 1110. b) Esplénica
- 1111. c) Manos y pies
- 1112. c) Leucocitosis
- 1113. c) Síndrome de Still
- 1114. a) Hipertermia
- 1115. b) Adultos
- 1116. c) Doloroso y anquilosante
- 1117. c) Xifosis dorsal y aplanamiento lumbar
- 1118. a) Edad adulta
- 1119. a) Ambos
- 1120. a) Sacroilíaco

Respuestas correspondiente a las preguntas sobre las Afecciones Inflamatorias

- 1121. b) Menopausia
- 1122. c) Endocrino
- 1123. c) Imágenes de osteofitos
- 1124. c) La hipertrofia sinovial
- 1125. c) Hipotiroidismo
- 1126. a) El dolor
- 1127. a) Líquido sinovial
- 1128. c) Ambas
- 1129. b) Hipertrofia capsular
- 1130. a) Crónicas
- 1131. b) Ambas
- 1132. b) Úlceras vecinas
- 1133. c) Contaminación infecciosa directa
- 1134. b) Ambas
- 1135. c) Infecciosa
- 1136. b) Congénita
- 1137. c) Mal estado general
- 1138. a) Aguda
- 1139. c) Tuberculosa
- 1140. a) Antebrazo