

Cómo diagnosticar enfermedades reumáticas

Dr. Luis Carbajal Rodríguez,* Dr. José N. Reynés Manzur,** Dr. Raymundo Rodríguez Herrera,** Dra. Rosalba Barrios Fuentes,** Dr. Jorge Zarco Román,** Dr. Alfonso Copto García***

RESUMEN

Hasta la fecha se reconocen más de 120 padecimientos reumáticos que se clasifican en diez categorías. Se desconoce su frecuencia en nuestro medio, pero tomando en consideración datos de otros países, podemos decir que es baja. Hay casos en los que los antecedentes familiares se pueden relacionar con la enfermedad, por lo que es importante investigarlos. Se hace una revisión de las enfermedades reumáticas más frecuentes.

Palabras clave: enfermedades reumáticas, antecedentes familiares.

ABSTRACT

Currently over 120 rheumatic diseases are recognized. They have been classified into ten categories. Their incidence in Mexico is unknown. However, on the basis of data from other countries we believe it is low in our country. There are cases in which a family history is relevant in the diagnosis of a given patient, for which reason it is important to enquire this aspect. A review of the most common rheumatic conditions is made.

Key words: rheumatic diseases, family history.

En el campo de la reumatología se reconocen más de 120 padecimientos. Se les puede agrupar en diez categorías (Cuadro 1).

Se desconoce la frecuencia de estos trastornos en nuestro medio, pero basados en los datos en otros países, podemos decir que es baja (Cuadro 2).

Se deben investigar los antecedentes heredofamiliares a pesar de que la relación de pacientes con enfermedades reumáticas no es significativa; sin embargo, sí la hay en algunos casos, como en el lupus eritematoso generalizado (LEG), la artritis reumatoide juvenil (ARJ) y algunas espondiloartropatías. En el caso de la ARJ únicamente el 0.8% de los hermanos presenta la misma enfermedad².

En el LEG su asociación con familiares cercanos (12%) ha hecho sospechar su posible etiología infecciosa³ (Cuadro 3).

También es importante investigar el género del paciente ya que algunos de estos padecimientos son más frecuentes en mujeres como en el LEG donde hay un claro predominio de éstas, de 6:1⁴; en la fiebre reumática, 2:1^{2,5}. La espondilitis anquilosante juvenil (EAJ) es más frecuente en hombres, 2:1². La enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) se presenta más en mujeres en relación 3:1. En la dermatomiositis (DMJ) la relación es de 1:1 igual que en la ARJ (Cuadro 4).

La asociación de algunas de estas enfermedades con procesos infecciosos ha quedado establecida por lo que es importante investigarla como sucede con la ARJ y el *Mycoplasma pneumoniae* e influenza tipo A^{5,6}.

En la fiebre reumática se ha demostrado asociación con estreptococo beta hemolítico del grupo A, que la define como artritis de naturaleza infecciosa (Cuadro 5).

La edad de presentación en niños también varía de acuerdo a la patología.

En la ARJ, uno de los criterios de clasificación es la edad menor de 16 años en quienes se hayan excluido otras patologías⁸. El LEG se presenta en pacientes entre 15 y 45 años⁴; la EAJ es más frecuente entre nueve y diez años⁹; la dermatomiositis juvenil en jóvenes de diez a 15 años¹⁰; la fiebre reumática (FR) habitualmente

* Jefe del Departamento de Medicina Interna. INP

** Adscrito al Departamento de Medicina Interna. INP

*** Vicepresidente de la Asociación Mexicana de Pediatría

Correspondencia: Dr. Luis Carbajal Rodríguez. Departamento de Medicina Interna. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700-C. Col. Insurgentes Cuicuilco. México 04530 D.F.
Recibido: junio, 2004. Aceptado: septiembre, 2004.

La versión completa de este artículo también está disponible en internet: www.revistasmedicasmexicanas.com.mx

Cuadro 1. Clasificación de enfermedades reumáticas del tejido conectivo (120 padecimientos bajo este aspecto)

1. Enfermedades sistémicas del tejido conectivo.
2. Vasculitis.
3. Espondiloartropatías seronegativas.
4. Artritis relacionadas con agentes infecciosos.
5. Enfermedades asociadas con trastornos metabólicos, endocrinológicos o hematológicos.
6. Trastornos óseos y cartilagosos.
7. Errores innatos del metabolismo.
8. Trastornos musculoesqueléticos.
9. Cáncer y lesiones tumorales.
10. Enfermedades reumáticas diversas.

Cuadro 2. Incidencia y frecuencia mundial de enfermedades reumáticas del tejido conectivo

| País | Padecimiento | Incidencia | Frecuencia |
|------------|----------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Suecia | ARJ | 10 a 19 casos X 100,000 | 86 casos X 100,000 < 16 años |
| Costa Rica | ARJ | 6.6 casos X 100,000 | 32 casos X 100,000 < 16 años |
| Canadá | Espondiloartropatías | 1.4 casos X 100,000 | |
| Esquimales | Espondiloartropatías | 24 casos X 100,000 | |
| Dinamarca | Fiebre reumática | 200 casos X 100,000 | |
| Global | Fiebre reumática | 0.23 a 1.88 casos X 100,000 | |
| Canadá | LEG | 0.36 a 0.40 casos X 100,000 | |
| Finlandia | LEG | 0.36 a 0.40 casos X 100,000 | |
| EE.UU. | LEG | 0.36 a 0.40 casos X 100,000 | |

Cuadro 3. Asociación familiar de enfermedades reumáticas del tejido conectivo

| Padecimiento | Familiares |
|--------------|---|
| ARJ | 0.8% de los hermanos |
| LEG | Familiares cercanos (padres y hermanos) 12% |
| EAJ | Antecedentes de otras espondiloartropatías |

Cuadro 4. Edad y sexo en enfermedades reumáticas del tejido conectivo

| Padecimiento | Género | Edad (años) |
|--------------|-----------|-------------|
| ARJ | Ambos | < 16 |
| LEG | Femenino | 15 a 45 |
| FR | Femenino | Escolares |
| EAJ | Masculino | 9.9 |
| EMTC | Femenino | 5.2 a 15.6 |
| DMJ | Ambos | 5 a 14 |

ARJ: artritis reumatoide juvenil; LEG: lupus eritematoso generalizado; FR: fiebre reumática; EAJ: espondilitis anquilosante juvenil; EMTC: enfermedad mixta del tejido conectivo; DMJ: dermatomiositis juvenil.

ocurre en escolares^{11,12} y la EMTC en adolescentes¹³ (Cuadro 4).

El LEG puede desencadenarse por el hiperestrogenismo; por la ingestión de nutrientes como alfalfa,

Cuadro 5. Asociación de las enfermedades reumáticas con procesos infecciosos

| Padecimiento | Agente patógeno |
|--------------|--|
| ARJ | <i>Mycoplasma pneumoniae</i> Influenza tipo A |
| FR | Estreptococo beta hemolítico A |
| LEG | <i>Mycoplasma pneumoniae</i> |

embutidos y alimentos naturistas; por el uso de medicamentos como DFH, carbamazepina, hidralacina, isoniacida, sulfonamida, penicilinas, fenilbutazona, alfametildopa, propil y metiltiuracilo; por radiaciones ultravioleta³.

Las enfermedades reumáticas o del tejido conectivo, tienen manifestaciones clínicas muy semejantes; muchas comparten signos y síntomas. Asimismo, diversos estudios de laboratorio están alterados en forma parecida en estas patologías. El cuadro 6 muestra los signos y síntomas compartidos por estas enfermedades.

Uno de los signos comunes más frecuentes que debe describirse adecuadamente es la artritis (proceso inflamatorio de la cápsula articular). Incluye los cinco datos característicos de la inflamación: rubor (eritema), aumento

de volumen de la articulación (tumefacción), calor, dolor (hipersensibilidad) y pérdida de la función. Así sucede en la ARJ, la FR, el LEG, la EAJ, la DMJ y la EMTC.

Un signo muy importante es el exantema. Puede verse en pacientes con LEG, ARJ, FR, DMJ y menos frecuentemente en la EAJ. La fiebre aparece en pacientes con ARJ; puede ser en picos como en el LEG, DMJ y EAJ; habitualmente no se observa en la FR.

La poliserositis, el derrame pericárdico y pleural se presentan con frecuencia en pacientes con LEG y ARJ; en menor frecuencia en la DMJ, EAJ y FR. La fotosensibilidad es más frecuente en el LEG (30 a 60%).

El fenómeno de Raynaud (trastorno vasuloespástico) se ve en el LEG, en la esclerosis sistémica progresiva (ESP), la ARJ y en menor porcentaje en niños con DMJ (Cuadro 7).

Los nódulos subcutáneos se observan en la FR y la ARJ; pueden ocurrir en el LEG y en la esclerodermia (calcinosis).

Es muy importante diagnosticar una lesión ocular debido a las secuelas que produce. Es frecuente en la ARJ (uveítis crónica asintomática en la forma pauciar-ticular ANA+) y en la EAJ aguda sintomática asociada a HLA B 27+.

El síndrome de Sjörgen es raro, pero puede encontrarse en el LEG y en la EMTC.

Cuadro 6. Síntomas y signos de enfermedad del tejido conectivo

| | | |
|--|--|---|
| Constitucionales | | Ocular |
| Fiebre | | Xeroftalmía |
| Pérdida de peso | | Uveítis |
| Fatiga | | Conjuntivitis |
| Articulares | | Urinario |
| Dolor a la movilidad o hipersensibilidad | | Uretritis |
| Inflamación | | Úlceras genitales |
| Limitación de la movilidad | | Gastrointestinal |
| Rigidez matutina | | Xerostomía |
| Musculares | | Úlceras bucales |
| Mialgias | | Disfagia |
| Debilidad muscular | | Crecimiento parotídeo o de las glándulas salivales o de ambas; hepatoesplenomegalia |
| Atrofia | | Otros |
| Piel | | Edema |
| Eritema | | Carditis |
| Fotosensibilidad | | Nefritis |
| Nódulos | | Crisis convulsivas |
| Alopecia | | Neuropatía |
| Fenómeno de Raynaud | | Serositis |
| Hiperpigmentación | | Pérdida fetal |
| Telangiectasias | | Trombosis arterial o venosa |
| Úlceras en pulpejos | | |
| Calcinosis | | |

Cuadro 7. Expresión clínica de las enfermedades reumáticas del tejido conectivo

| Padecimiento | Artritis | Exantema | Fiebre | Poliserositis | Fotosensibilidad | Fenómeno de Raynaud |
|--------------|----------|----------|--------|---------------|------------------|---------------------|
| ARJ | x | x | x | x | - | x |
| LES | x | x | x | x | x | x |
| FR | x | x | - | x | - | - |
| DMJ | x | x | x | x | x | x |
| EAJ | x | - | x | x | - | - |
| ESP | - | - | - | - | - | x |
| EMTC | x | x | x | x | x | x |

La debilidad muscular proximal es característica en la DMJ aunque puede estar presente en todos estos padecimientos.

La afección cardíaca es mucho más frecuente y grave en la FR. Es menos frecuente en el LEG, la ARJ, la EAJ, la ESP y la DMJ. En todas se afectan una o varias capas del corazón.

La nefritis ocurre más frecuentemente en el LEG, pero puede presentarse en la ARJ, la ESP y la DMJ (Cuadro 8). La colitis y uretritis se presentan en ARJ pauciartricular tipo II y espondiloartropatías con HLA B27+.

La afección neurológica causa serias secuelas. Se presenta en el LEG, la FR, la ARJ, la EMTC, la ESP. Una lesión pulmonar puede pasar inadvertida inicialmente. Ocurre en la ARJ, la EMTS, el LEG y la ESP (Cuadro 9).

Una buena historia clínica y un examen físico completo son la base para solicitar estudios de laboratorio para cada tipo de afección, ya que algunos síntomas pueden presentarse en varias enfermedades.

La mejor forma de evaluar un proceso inflamatorio en fase activa es midiendo la velocidad de sedimentación globular y la proteína C reactiva. La primera mide reactivos de fase aguda (fibrinógeno, inhibidores de proteasas, etc.) e inmunoglobulinas (hipergammaglobulinemia mono o policlonal) que causan mayor

agregación de los eritrocitos, los cuales descienden más rápidamente por el tubo de laboratorio. La segunda se une a componentes de la pared celular; se produce en el hígado en respuesta a la interleucina 6 (IL-6) y a otras citocinas, 4 a 72 h después de la lesión tisular. La cifra normal es < 0.08 mg/dL).

Existen otras proteínas en la fase aguda como la interleucina 6 (IL-6) producida por las células linfoides y no linfoides. El factor de necrosis tumoral, tiene actividad citotóxica sobre algunas líneas celulares tumorales en las que produce necrosis y el amiloide sérico, en respuesta a IL-6.

Ninguno de estos estudios es característico de una de las enfermedades del tejido conectivo, pero se pueden encontrar en todas ellas¹⁴.

La alteración de los procesos inmunitarios con pérdida de tolerancia inmunológica da como resultado la aparición de autoanticuerpos, con ciertas características en estas enfermedades.

Los anticuerpos antinucleares (ANA), fracción de gammaglobulina 7s IgG con especificidad de desoxirribonucleoproteína, se encuentran en varios padecimientos del tejido conectivo (Cuadros 10, 11). Son más frecuentes en el LEG (75%) los dirigidos contra el ácido desoxirribonucleico (DNA) de una cadena

Cuadro 8. Expresión clínica de las enfermedades reumáticas del tejido conectivo

| <i>Padecimiento</i> | <i>Nódulos subcutáneos</i> | <i>Lesión ocular</i> | <i>Síndrome de Sjögren</i> | <i>Debilidad muscular</i> | <i>Carditis</i> | <i>Nefritis</i> |
|---------------------|----------------------------|----------------------|----------------------------|---------------------------|-----------------|-----------------|
| ARJ | x | x | - | x | x | x |
| LES | x | - | x | x | x | x |
| FR | x | - | - | - | x | - |
| DMJ | - | - | - | x | x | x |
| EAJ | - | x | - | x | x | - |
| ESP | x | - | - | x | x | - |
| EMTC | - | - | x | x | x | x |

Cuadro 9. Expresión clínica de las enfermedades reumáticas del tejido conectivo

| <i>Enfermedad</i> | <i>Colitis</i> | <i>Uretritis</i> | <i>Afección neurológica</i> | <i>Lesión pulmonar</i> |
|-------------------|----------------|------------------|-----------------------------|------------------------|
| ARJ | x | - | x | x |
| LES | - | - | x | x |
| FR | - | - | x | - |
| DMS | - | - | - | x |
| EAJ | x | x | - | x |
| ESP | - | - | x | x |
| EMTC | - | - | x | x |

(SDNA) o doble cadena (NDNA); contra ácido ribonucleico (RNA), ribonucleoproteínas (SM, RNP) y contra histonas.

Cuadro 10. Padecimientos reumáticos que se relacionan con anticuerpos antinucleares positivos

| Padecimiento | Positivos para ANA (%) |
|---|------------------------|
| Lupus eritematoso generalizado | 95 a 99 |
| Parientes saludables de enfermos de LEG | 15 a 25 |
| Artritis reumatoide | 50 a 75 |
| Enfermedad mixta de tejido conectivo | 95 a 100 |
| Esclerosis sistémica progresiva | 95 |
| Polimiositis | 80 |
| Síndrome de Sjögren | 75 a 90 |

Los patrones de presentación de los ANA con fluorescencia nuclear se observan en algunas de estas enfermedades aunque no son específicos (Cuadro 12).

El cuadro 13 muestra las descripciones de los ANA y otros estudios de laboratorio que pueden ser positivos en estas patologías¹⁴.

Signos radiográficos de patología reumática del tejido conectivo que cursan con artritis: La ARJ presenta más problemas osteoarticulares: osteopenia con

disminución del espacio osteoarticular. En forma tardía hay erosiones, pseudoquistes, reacción perióstica y fusión ósea en huesos del carpo y superficies articulares de la columna cervical. Aparecen lesiones cervicales como subluxación atlantoaxoidea, disquitis y mielitis degenerativas que pueden identificarse mejor con resonancia magnética nuclear.

La característica principal de la EAJ es la sacroilitis bilateral simétrica; puede haber sindesmoftos que ocasionan en la columna vertebral lesiones periféricas en "bambú".

Los pacientes con síndrome de Reiter cursan con sacroilitis asimétrica uni o bilateral. Tienen lesiones erosivas y periostitis; calcificaciones en las inserciones tendinosas sobre el calcáneo. Las articulaciones más afectadas son las interfalángicas del dedo gordo.

Las alteraciones radiológicas del LEG son mínimas y no dejan secuelas.

Los criterios diagnósticos de los padecimientos y la similitud de algunos signos y síntomas que guarden entre ellos aparecen en los cuadros 14 a 20.

El diagnóstico diferencial entre los padecimientos de acuerdo al síndrome artrítico se muestra en los cuadros 21 a 23.

Cuadro 11. Anticuerpos antinucleares en las enfermedades reumáticas del tejido conectivo

| | LEG | EMTC | ESP | CREST | Síndrome de Sjögren | ARJ |
|-----------------|-------|--------------|------------------------|-----------|---------------------|-----------|
| ANA | > 95% | > 95% | 70 a 90% | 60 a 90% | > 70% | 40 a 50 |
| Anti-DNA nativo | 60% | Negativos | Negativos | Negativos | Negativos | Negativos |
| Anti-Sm | 30% | Negativos | Negativos | Negativos | Negativos | Negativos |
| Anti-RNP | 30% | > 95% título | Comunes | Negativos | Raros | Raros |
| | | > 1:10,000 | (Título bajo) 10 a 15% | | (Título bajo) | |
| Anticentrómero | Raro | Raro | | 60 a 90% | Negativo | Negativo |
| Anti-Ro (SS-A) | 30% | Raros | Raros | Negativos | 70% | Raros |
| Anti-La (SS-B) | 15% | Raros | Raros | Negativos | 60% | Raros |

Cuadro 12. Patrones de anticuerpos antinucleares en las enfermedades reumáticas del tejido conectivo

| | |
|-----------------------|---|
| Homogéneo difuso | LEG, LE farmacoinducido y otras enfermedades |
| En borde (periférico) | LEG y hepatitis activa crónica |
| Moteado | LEG, enfermedad mixta de tejidos conectivos, síndrome de Sjögren, escleroderma y otras enfermedades |
| Nucleolar | Escleroderma |
| Centromérico | Escleroderma limitada (síndrome de Crest) |

Cuadro 13. Alteraciones de laboratorio en las enfermedades reumáticas del tejido conectivo

| | ARJ | LEG | DMJ | ES | FR |
|---------------------------------|-----|-----|-----|----|-----|
| Anemia | ++ | +++ | + | + | + |
| Leucopenia | - | +++ | - | - | - |
| Trombocitopenia | - | ++ | - | - | - |
| Leucocitosis | +++ | - | + | - | + |
| Trombocitosis | ++ | - | + | - | + |
| ANA | + | +++ | + | ++ | - |
| Anticuerpos anti-DNA | - | +++ | - | - | - |
| Factores reumatoides | ++ | + | - | + | - |
| Anticuerpos antiestreptocócicos | - | - | - | - | +++ |
| Hipocomplementemia | - | +++ | - | - | - |
| Aumento de enzimas hepáticas | ++ | + | + | + | - |
| Aumento de enzimas musculares | - | + | +++ | ++ | - |
| Análisis de orina anormal | + | +++ | + | + | - |

Adaptado de: Cassidy JR, Petty RE. Textbook of Pediatric Rheumatology. 3^{ra} ed. Philadelphia: WB Saunders, 1995.

Cuadro 14. Artritis en enfermedades reumáticas

Criterios para el diagnóstico de artritis reumatoide juvenil

Para el diagnóstico de artritis reumatoide clásica se requieren siete o más de los siguientes:

- Rigidez matutina
- Dolor a la movilidad e hipersensibilidad por lo menos en una articulación
- Inflamación articular de una o más articulaciones con intervalos asintomáticos no mayores de tres meses
- Inflamación articular simétrica
- Inflamación de articulaciones interfalángicas proximales, metacarpo o metatarsofalángicas
- Nódulo subcutáneo sobre prominencias óseas y superficies de extensión articular
- Cambios radiográficos característicos (descalcificación ósea localizada en zonas periarticulares)
- Prueba de aglutinación positiva (factor reumatoide)
- Precipitación deficiente de la mucina sinovial
- Cambios histológicos sinoviales característicos:
 - a) hiperplasia vellosa con proliferación celular superficial en «palizada»
 - b) marcada infiltración de células inflamatorias crónicas (linfocitos y células plasmáticas) con tendencia a formar nódulos linfoides
 - c) depósitos de fibrina superficial o intersticial y focos de necrosis
- Cambios histológicos característicos en los nódulos con focos granulomatosos y necrosis central rodeada por palizadas de macrófagos y fibrosis periférica con infiltración de células inflamatorias crónica peri vasculares

Cuadro 15. Artritis en enfermedades reumáticas

Artritis crónica juvenil. Liga Europea contra el Reumatismo

- a) Artritis reumatoide juvenil tipo adulto, factor reumatoide positivo (IgM)
- b) Espondilitis anquilosante
- c) Artritis crónica
 - Sistémica
 - Poliarticular
 - Pauciarticular
 - Iridociclitis crónica
- d) Psoriásica
- e) Artropatías asociadas con enfermedades inflamatorias intestinales, LES, fiebre mediterránea, sarcoidosis, etc.

Cuadro 16. Artritis en enfermedades reumáticas

Criterios realizados por Jones para el diagnóstico de fiebre reumática

Criterios mayores

- Artritis
- Carditis
- Corea de Sydenham
- Eritema marginado
- Nódulos subcutáneos

Criterios menores

- Antecedentes de fiebre reumática
 - Artralgia
 - Reactantes de fase aguda: pcr, vsg
 - Prolongación del intervalo P-R en el ECG
 - Fiebre
 - Signos de infección estreptocócica:
 - Erupción escarlatiniforme
 - Cultivo o exudado positivo
 - Aumento de aso
-

Cuadro 17. Artritis en enfermedades reumáticas

Criterios para establecer el diagnóstico de LEG (revisados en 1982)

1. Eritema facial
 2. Lupus discoide
 3. Fotosensibilidad
 4. Úlceras bucales y nasales
 5. Artritis no erosiva (afectadas dos o más articulaciones)
 6. Serositis:
 - a) Pleuritis
 - b) Pericarditis
 7. Afección renal:
 - a) Proteinuria
 - b) Cilindruria
 8. Afección neurológica:
 - a) Crisis convulsivas
 - b) Psicosis
 9. Afección hematológica:
 - a) Anemia hemolítica con reticulocitos
 - b) Leucopenia 4000 mm³ en dos o más ocasiones
 - c) Linfopenia 1 5000 mm³ en dos o más ocasiones
 - d) Trombocitopenia 100000 mm³
 10. Afección inmunológica:
 - a) Células LE+
 - b) Anti DNA nativo
 - c) Anti SM
 - d) Serolúeticas falsas positivas
 11. Anticuerpos antinucleares
-

Cuatro o más de estos criterios pueden hacer el diagnóstico de la enfermedad

Cuadro 18. Artritis en enfermedades reumáticas

Enfermedad mixta del tejido conectivo cuadro clínico más frecuente

1. Artralgias, artritis o ambas
2. Fenómeno de Raynaud
3. Edema de las manos
4. Alteraciones esofágicas
5. Miositis o miopatía
6. Enfermedad restrictiva pulmonar

Cuadro 19. Artritis en enfermedades reumáticas

Criterios diagnósticos Bohan y Peters de la dermatomiositis

1. Debilidad simétrica de las cinturas de los miembros o de los flexores anteriores del cuello con o sin disfagia o compromiso muscular o respiratorio.
2. Biopsia muscular con evidencia de miositis y necrosis muscular
3. Elevación sérica de la actividad enzimática muscular
4. Tríada electromiográfica de:
 - a) Unidades motoras cortas polifásicas
 - b) Fibrilación ondas positivas acuminadas
 - c) Irritabilidad insercional
 - d) Descargas repetitivas de alta frecuencia aberrantes
5. Hallazgos dermatológicos de la DMJ
 - a) Exantema en heliotropo, consistente en una coloración violácea periorbital con edema.
 - b) Signo de Gottron: dermatitis eritematosa descamativa sobre el dorso de las manos, especialmente a nivel metacarpofalángico y de las articulaciones proximales interfalángicas
 - c) Compromiso a nivel de rodillas, codos, maleolos mediales, cara, cuello.

Cuadro 20. Artritis en enfermedades reumáticas

Otras espondiloartropatías, síndrome de Reiter

Espondiloartropatía que se caracteriza por:

1. Artritis de más de un mes de evolución
2. Conjuntivitis, uretritis o cervicitis
3. Otros signos asociados: queratodermia blenorragia, pérdida de peso, derrame pleural, esplenomegalia y linfadenitis

Es más frecuente en el sexo masculino, predomina en escolares y adolescentes.

Cuadro 22. Diagnóstico diferencial de las enfermedades reumáticas del tejido conectivo

Curso de la enfermedad

A. Agudo

- a) Fiebre reumática
- b) Síndrome de Reiter
- c) Lupus eritematoso generalizado
- d) Artritis reumatoide juvenil

B. Crónico

- a) Artritis reumatoide juvenil
- b) Lupus eritematoso generalizado
- c) Síndrome de Reiter
- d) Espondilitis anquilosante

Cuadro 21. Diagnóstico diferencial de las enfermedades reumáticas del tejido conectivo

Número de articulaciones afectadas

A. Poliarticular

- a) Artritis reumatoide juvenil
- b) Artritis psoriásica
- c) Síndrome de Reiter
- d) Lupus eritematoso generalizado

B. Monoarticular

- a) Artritis reumatoide juvenil

Cuadro 23. Diagnóstico diferencial de las enfermedades reumáticas del tejido conectivo

Patrón anatómico

A. Central

- a) Espondilitis anquilosante

B. Periférico

- a) Artritis reumatoide juvenil
- b) Lupus eritematoso generalizado
- c) Artritis psoriásica
- d) Síndrome de Reiter

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. West SG. Clasificación de las enfermedades reumáticas y su efecto en la salud. En: West SG. Secretos de la Reumatología. McGraw-Hill Interamericana 1997;pp1-4
2. Cardiel M. Epidemiología de las enfermedades reumáticas en la infancia. En: Orozco AJ. Reumatología en Niños. Masson Doyma México 2003;pp1-4
3. Loreda AA. Lupus eritematoso sistémico. En: Loreda AA. Medicina Interna Pediátrica. McGraw-Hill Interamericana 1997;pp132-49
4. Bowyer S, Roettcher P. Pediatric Rheumatology Data Base Research Group. Pediatric Rheumatology Clonic Populations in the United States: Results of 3 years survey. J Rheumatol 1996;23:1968-74
5. Oen K, Fast M, Postl B. Epidemiology of juvenile rheumatoid arthritis in Manitoba, Canada 1976-1992: cycles in incidence. J Rheumatol 1995;22:745-50
6. Pritchard MH, Matthews N, Munro J. Antibodies to influenza A in a cluster of children with juvenile chronic arthritis. Br J Rheumatol 1988;27:176-80
7. Coburn AF, Young DC. The epidemiology of hemolytic streptococcus during World War II in the United States Navy. Williams & Wilkins Baltimore, 1949
8. Carbajal RL. Artritis reumatoide juvenil. En: Temas de Pediatría. Asociación Mexicana de Pediatría AC. Medicina Interna McGraw-Hill Interamericana 2000;pp185-214
9. Burgos VR. Las espondiloartropatías juveniles. En: Orozco AJ. Reumatología en Niños. Masson Doyma México 2003;pp105-15
10. Rodríguez HR. Dermatomiositis juvenil. En: Loreda AA. Medicina Interna Pediátrica. McGraw-Hill Interamericana 1997;pp372-88
11. Loreda AA. Fiebre Reumática. En: Loreda AA. Medicina Interna Pediátrica. McGraw-Hill Interamericana 1997;pp209-26
12. Loreda AA. Fiebre Reumática. En: Temas de Pediatría. Asociación Mexicana de Pediatría AC. Medicina Interna McGraw-Hill Interamericana 2000;pp215-44
13. Reynés MJ. Enfermedad mixta del tejido conjuntivo. En: Loreda AA. Medicina Interna Pediátrica. McGraw-Hill Interamericana 1997;pp182-208
14. Woodruff E. Valoración de laboratorio. En: West SG. Secretos de la Reumatología. McGraw-Hill Interamericana 1997;pp47-58
15. Herrera ER, Avalos DE. El laboratorio en reumatología pediátrica. En: Orozco AJ. Reumatología en Niños. Masson Doyma México 2003;pp43-52
16. Rak KM. Modalidades radiográficas e imagenológicas. En: West SG. Secretos de la Reumatología. McGraw-Hill Interamericana 1997;pp62-75
17. Pineda VC, Amezcua GL. Imagenología de las enfermedades reumáticas en la infancia. En: Orozco AJ. Reumatología en Niños. Masson Doyma México 2003;pp31-52

SUSCRIPCIÓN

ACTA PEDIÁTRICA DE MÉXICO

Suscripción anual (6 números): \$350.00 (trescientos cincuenta pesos)

Nombre: _____

Dirección: _____

Colonia: _____ Estado: _____

Código postal: _____ País: _____

Teléfono: _____

Depósito en la cuenta 65501191397 del Banco Serfín.

Enviar ficha de depósito a: Publicaciones Médicas. Instituto Nacional de Pediatría. Insurgentes Sur 3700 C, Col. Insurgentes Cuicuilco, México, DF 04530. Te.: 1084-0900 ext. 1112 y 1489.