



4<sup>a</sup> EDICIÓ

# REUMATOLOGIA PER METGES DE FAMÍLIA



15 I 22 DE NOVEMBRE DE 2022

**Format Online**

**Acreditació:**



Patrocinadors



Reuma



Novartis  
Reumatología



Primària

**Contigo, juntos, reimaginando la  
reumatología**

## Docents

### Ponents:

**Inés Alejandra Betancourt.** Medicina Família.  
EAP Nord. Sabadell.

**Marta Arévalo.** Servei de Reumatologia.  
Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell

**Joan Calvet.** Servei de Reumatologia.  
Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell

**Sílvia Fernández.** Medicina Família.  
EAP Concòrdia. Sabadell.

**Silvia Garcia.** Servei de Reumatologia.  
Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell

**Alba Gómez.** Medicina Família.  
EAP Serraparera. Cerdanyola del Vallès.

**Maria Llop.** Servei de Reumatologia.  
Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell

**Antonio Checa.** Medicina Família.  
EAP Ca N'Oriac. Sabadell.

## Acreditació



Activitat acreditada pel Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries - Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud<sup>1</sup>. 09/033434-MD. Crèdits: 0,4



## Programa



Horari: de 13:30 a 15:00h

### Dimarts, 15 de novembre de 2022

- 13:30 – 13:40h **Benvinguda**  
*Dr. Enrique Casado. Servei Reumatologia. Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell*  
*Dra. Lúdia Palau. Suport Assistencial Vallès Occidental. Direcció d'Atenció Primària Metropolitana Nord.*
- 13:40 – 14:20h **Interpretació de les proves de laboratori i Reumatologia**  
*Dra. Marta Arévalo. Servei de Reumatologia. Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell*  
*Dra. Inés Alejandra Betancourt. Medicina Família. EAP Nord. Sabadell*
- 14:20 – 15:00h **Fenomen de Raynaud**  
*Dra. Sílvia Garcia. Servei de Reumatologia. Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell*  
*Dra. Sílvia Fernández. Medicina Família. EAP Concòrdia. Sabadell*

### Dimarts, 22 de novembre de 2022

- 13:30 – 13:35h **Benvinguda i resum de la primera jornada**  
*Dr. Enrique Casado. Servei Reumatologia. Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell*
- 13:35 – 14:15h **Dolor lumbar: anamnesi i proves complementàries**  
*Dra. Maria Llop. Servei de Reumatologia. Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell*  
*Dra. Alba Gómez. Medicina Família. EAP Serraparera. Cerdanyola del Vallès*
- 14:15 – 14:50h **Maneig del dolor crònic**  
*Dr. Joan Calvet. Servei de Reumatologia. Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell*  
*Dr. Antonio Checa. Medicina Família. EAP Ca N'Oriac. Sabadell*
- 14:50 – 15:00h **Torn de preguntes**
- 15:00 h **Cloenda**  
*Dr. Jordi Gratacós. Cap de Servei de Reumatologia. Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell*

Reuma

Primària

# Objectius del curs

## ➤ **Objectiu general:**

- Conèixer els avenços en els mètodes diagnòstics i les novetats terapèutiques en algunes de les malalties de l'aparell locomotor més prevalents

## ➤ **Objectius específics:**

- Saber interpretar les principals proves de laboratori i posar-les en el context clínic del pacient.
- Aprendre a identificar el fenomen de Raynaud i conèixer l'algoritme diagnòstic i terapèutic d'aquesta manifestació.
- Revisar les malalties reumàtiques que poden manifestar-se en forma de fenomen de Raynaud.
- Saber diferenciar el dolor lumbar mecànic del dolor lumbar inflamatori a partir de diferents casos clínics i revisar les darreres recomanacions en el diagnòstic i tractament de les espondiloartritis.
- Millorar el maneig dels analgèsics a la pràctica clínica, amb especial atenció als opiacis majors.



Reuma

Novartis  
Reumatologia

**Contigo, juntos, reimaginando la  
reumatología**

Primària

## IV CURS DE REUMATOLOGIA PER METGES DE FAMÍLIA

# Laboratori

**Ines Alejandra Betancourt Torres**

**Marta Arévalo Salaet**

**15 Novembre 2022**



# Objectiu de la sessió

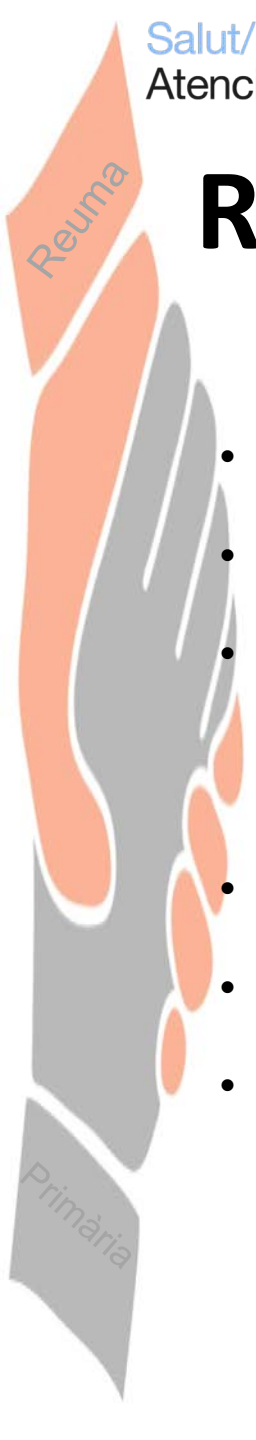
Conèixer el significat i els criteris de sol·licitud dels paràmetres de laboratori més importants en Reumatologia





# Reactants de fase aguda

- Indiquen inflamació local i/o sistèmica
- Sol·licitar si sospita de reumatisme inflamatori
- **Velocitat de sedimentació globular (VSG)**
  - Inespecífic: edat, alt. hematològiques (GM, anèmia..), obesitat +/-, embaràs, infeccions
- [Homes:  $VSG = \text{edat}/2$  Dones:  $VSG = (\text{edat}+10)/2$ ]
- Elevació a partir 24 hores; normalització en 2-6 setmanes
- **Proteïna C reactiva (PCR)**
  - Més específic, però també elev. en obesitat ++, infeccions
  - Elevació en hores (max 24-48h) i normalització en < 1 setmana



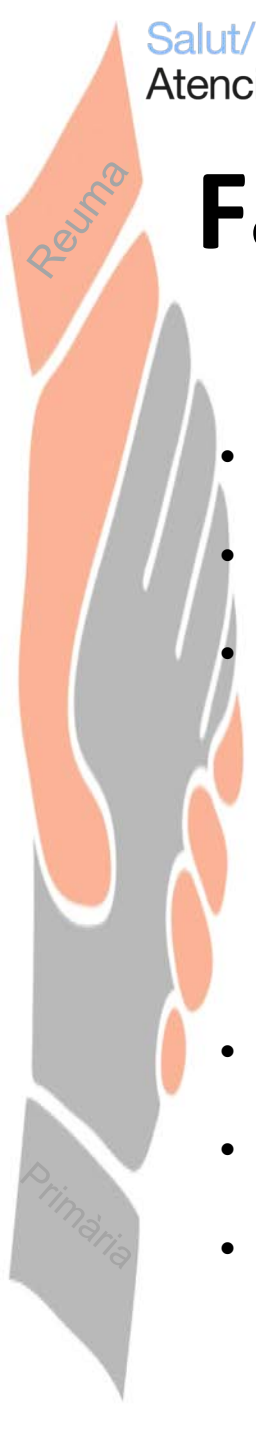
# Creatinkinasa (CK)

- Indicador de dany muscular
- Inespecífic (p ex cardiopatia isquèmica)
- Elevada de forma fisiològica si exercici vigorós
- Solicitar sempre en cas de miàlgies, especialment si debilitat muscular



# Factor reumatoide (FR)

- Anticòs IgM contra Fc de la IgG
- Primer marcador descrit per l'AR (Sens 50-60%; Esp 65-75%)
- Inespecífic
  - Virasi (VHC sobretot)
  - Altres m. reumàtiques (sjögren, MMTC, crioglobulinemia)
  - Neoplàsia hematològica (B)
  - Individus sans 3-25% segons edat
- Dintell de laboratori >15, però si >40 major esp
- Monitoritzable (varia amb l'activitat de malaltia)
- Valor pronòstic per l'AR (erosions, af. sistèmica, noduls)



# Anticossos anti-pèptid citrulinat (aCCP o ACPA)

- Molt específics d'AR (Sens 50-80%; Esp 90-95%)
- Pre-AR (+ fins a 2 anys abans de la malaltia)
- Valor pronòstic (erosions, af. sistèmica, noduls)
- Monitorització

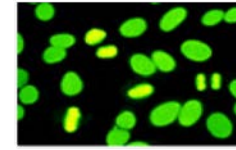


# Anticossos anti-nuclears (ANA)

patró

patologia

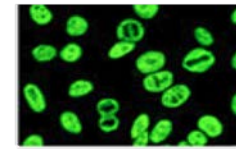
- Característics de les connectivopaties
- Inespecífics sobretot a títol baix
  - Poden + en virasi, fàrmacs, neoplàsia..
- 5% de la població sana!
- Significatiu si  $\geq 1/160$
- Indicació:
  - Sospita connectivopatia
  - Artritis d'inici / artràlgia inflamatòria



homogeni



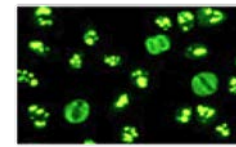
LES



clapat



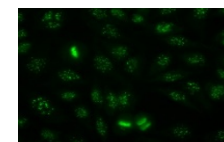
LES, MMTC, SSj,  
SSc



nucleoar



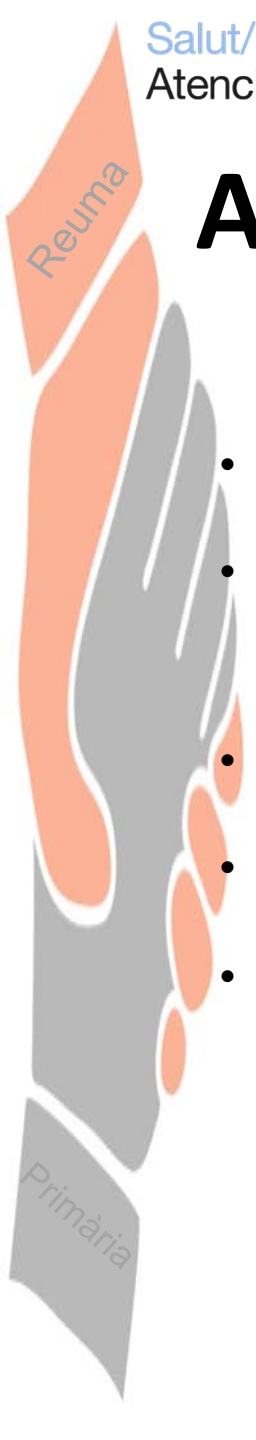
LES, SSc



centromèric

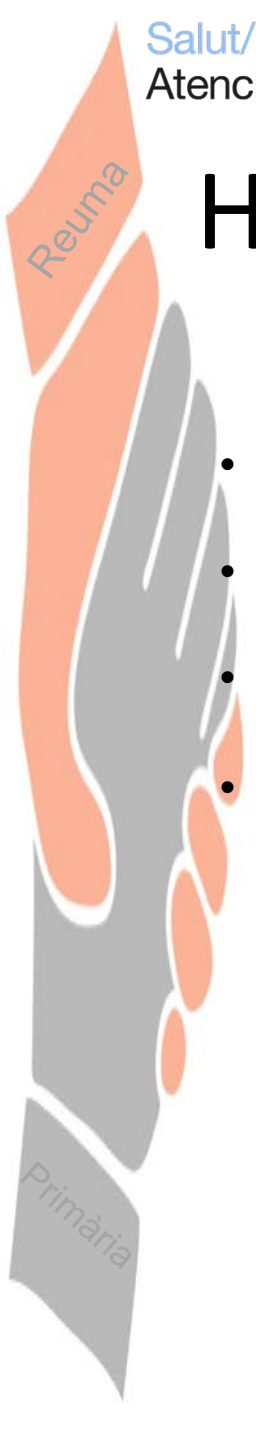


CREST



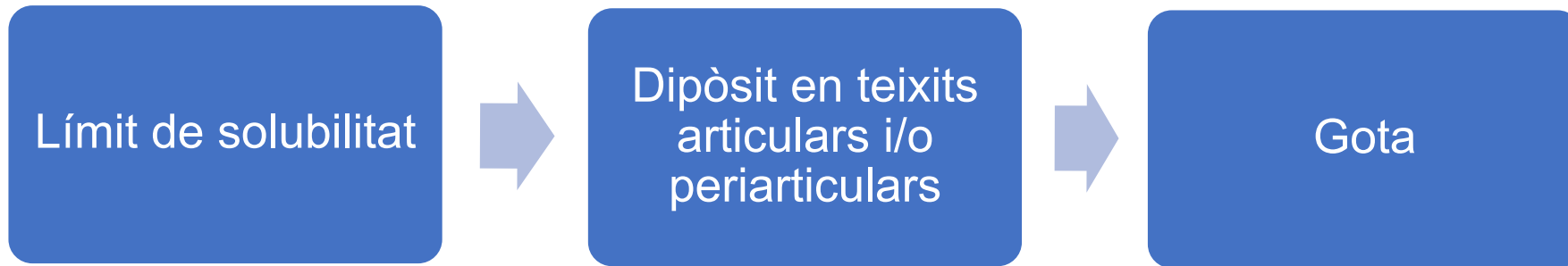
# HLA-B27

- Marcador genètic pertanyent al HMC-I
- Present en 5-10% de la població general
- Confereix bona part de l'heretabilitat de les espondiloartritis
- Indicació:
  - Raquiàlgia inflamatòria
  - Uveïtis anterior de repetició



# Àcid úric

- Producte del metabolisme de les purines



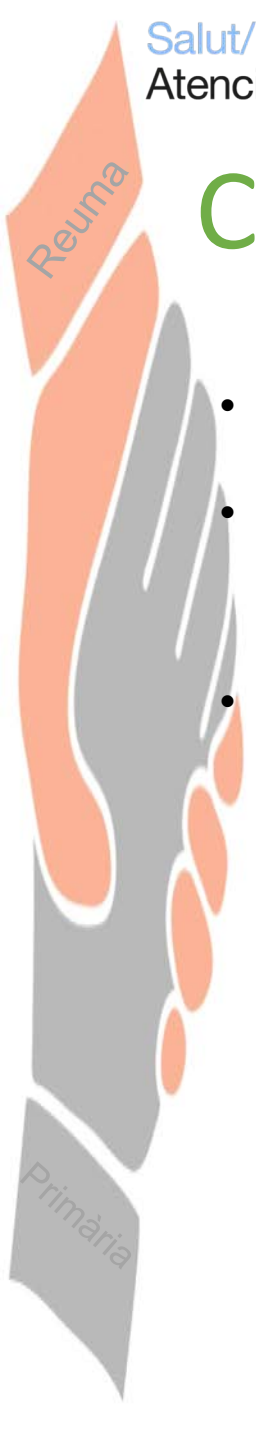
- En brot agut pot ser NORMAL
- Factor de risc cardiovascular
- Indicació de tractament en hiperuricèmia:
  - Hiperuricèmia asimptomàtica si  $>10\text{mg/dL}$ , sobretot si FRCV
  - Si gota, objectiu  $<6\text{mg/dL}$  (o  $<5\text{mg/dL}$  en gota greu (tofàcia/refractària))



# Caso clínico 1

- Mujer de 45 años, sin antecedentes de interés, salvo **obesidad**.
- Consulta por poliartralgia en extremidades superiores e inferiores de años de evolución.
- Examen físico: Dolor a la palpación articular y miofascial, tender points+, no signos inflamatorios. Rizomélico negativo. BM preservado.

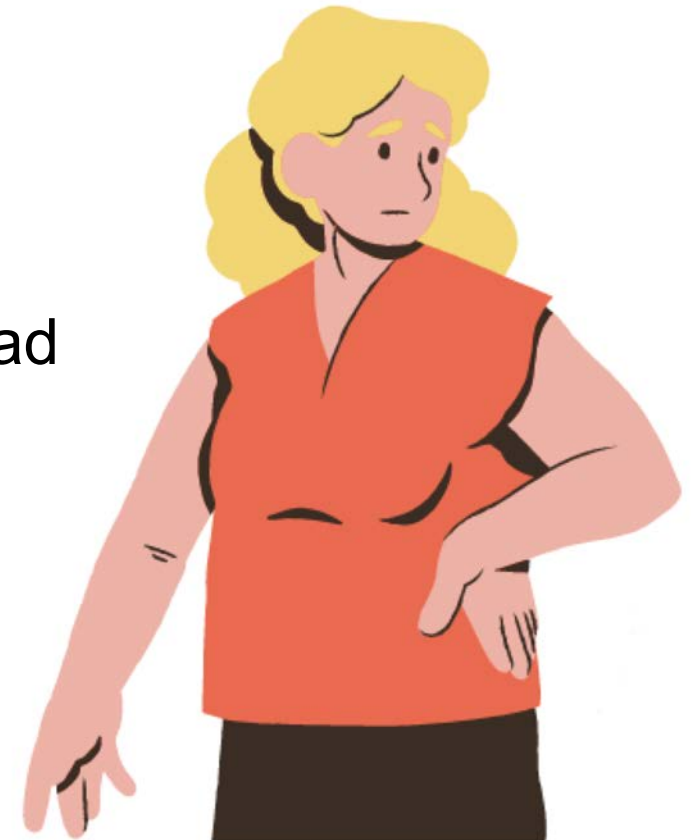
PCR	<b>6,7mg/L</b>
VSG	7mm/h
FR	<10 UI/ml
ANA	<b>Titulo 1/160</b> <b>Patrón nuclear homogéneo</b>





# Caso clínico 1

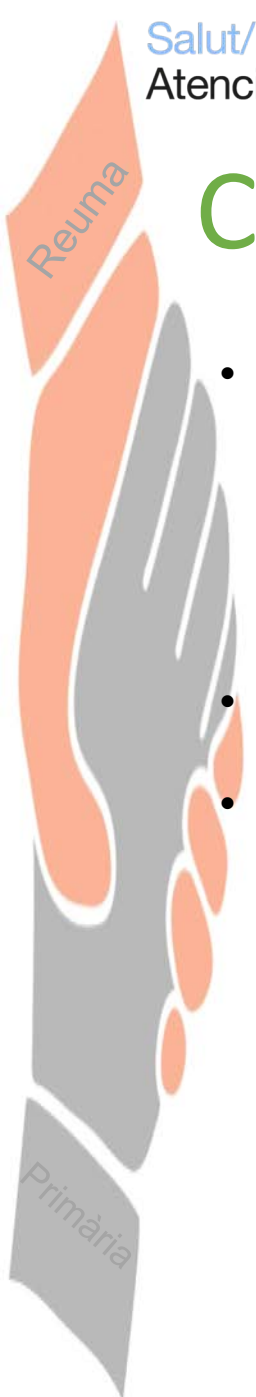
- **Interrogatorio dirigido** para conectivopatía negativo
- Importante: función tiroidal y CK
- Probable Fibromialgia
- Elevación discreta de PCR en contexto de obesidad
- ANA positivo, sin repercusión clínica



## Caso clínico 2

- Mujer de 64 años, poliartralgia de larga evolución, antecedente de hipotiroidismo, lesiones eritematosas pruriginosas en extremidades intermitentes desde hace 6 meses con mejoría espontánea, no relación a la exposición solar. Resto de interrogatorio dirigido negativo
- Antecedente de hipotiroidismo subclínico.
- Examen físico: Sin signos inflamatorios, no rizomélico, BM preservado. Pápulas poligonales violáceas

VSG	25 mm/h
FR	<10 UI/ml
PCR	0,6 mg/dl
ANA	Titulo 1/160 Patrón nuclear granular fi (AC-1) citoplasmatic granular fi (AC-20)



## Caso clínico 2

- La paciente es valorada por reumatología, que descarta signos de patologías inflamatoria y realiza nuevo análisis.

ANAS	Negativo
ENAS	Negativo
Ac. Anti citoplasmático	Negativo

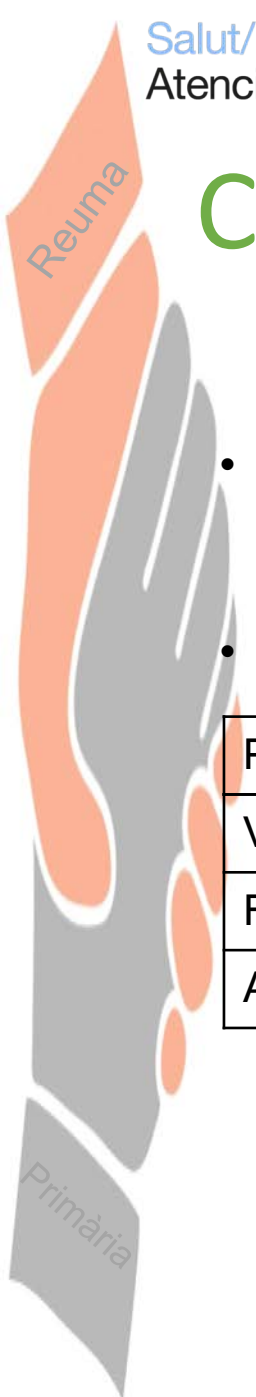
- Las lesiones cutáneas se consideraron compatibles con liquen plano.



## Caso clínico 3

- Mujer de 53 años, poliartralgia y astenia progresiva, empeoramiento últimos 3 meses.
- Examen físico: Sin signos inflamatorios.

PCR	3,5mg/L
VSG	<b>59</b> mm/h
FR	<10 UI/ml
ANA	negativo



# Caso clínico 3

Magnitud	Resultat	Unitats	Interval referència	Pat.
Srm-Immunoglobulina A; g	<b>0.61</b> 61	g/L mg/dL	0.7 - 4 70 - 400	*
Srm-Immunoglobulina G; g	<b>17.9</b> 1790	g/L mg/dL	7 - 16 700 - 1600	*
Srm-Immunoglobulina M; g	0.65 65	g/L mg/dL	0.4 - 2.3 40 - 230	
Srm-Factor reumatoide; c arb	11	UI/mL	0 - 14	
<b>PROTEÏNOGRAMA EN SÈRUM</b> Electroforesi capil·lar				
Albúmina g/L	<b>53.3</b> 37.84	% g/L	55.8 - 66.1 36 - 56	
Alfa - 1 globulina g/L	3.9 2.77	% g/L	2.9 - 4.9 1.9 - 4.2	
Alfa - 2 globulina g/L	9.5 6.74	% g/L	7.1 - 11.8 4.6 - 10	
Beta-globulina g/L	<b>24.8</b> 17.61	% g/L	8.4 - 13.1 5.1 - 11.6	
Gamma-globulina g/L	<b>8.5</b> 6.04	% g/L	11.1 - 18.8 7.2 - 16	
Quocient Albúmina/Globulina	<b>1.14</b>			
Component Monoclonal g/L	7.95	g/L		

Conclusió

S'observa un pic que sembla monoclonal al proteinograma. Es completa l'estudi per a caracteritzar-lo.

→ Posible elevación aislada de VSG en relación a gammapatía monoclonal IgG Kappa --> valoración Hematología (estudio orina y seriada ósea)

Reuma

Primària

## Caso clínico 4

- Mujer de 75 años, dolor poliarticular de años de evolución, a las que en los últimos meses se asocia rigidez y algunos episodios de artritis intermitente. Interrogatorio dirigido: sequedad oral y ocular de años de evolución. Resto negativo
- Examen físico: Sin signos inflamatorios a la exploración muscular y articular. No lesiones cutáneas.

PCR	<b>5,4mg/L</b>
VSG	25 mm/h
FR	<b>78 UI/ml</b>
ANA	<b>Titulo 1/160 Patrón moteado</b>
CK	154 U/L
aCCP	4 U/ml



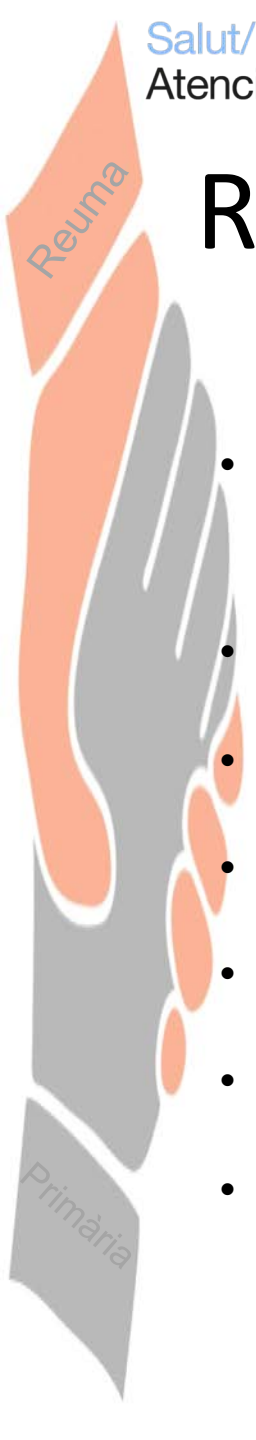
## Caso clínico 4

- Probable síndrome de Sjögren  
Derivación a Reumatología para completar estudio



# Resum: Quan demanar?

- Reactants de fase aguda: Sempre abans de la derivació a REU → dolor inflamatori
- CK si miàlgies i/o debilitat muscular
- FR: si sospita d'artritis
- ACPA: d'entrada no cal
- ANA: Si artritis o sospita de connectivopatia
- HLA-B27: si raquiàlgia inflamatòria
- Ac úric: monoartritis o artritis intermitent (fora de brot)







Reuma

Novartis  
Reumatologia

**Contigo, juntos, reimaginando la  
reumatología**

Primària



# Fenomen de Raynaud

Silvia Fernández. *Medicina de Família. EAP Concòrdia. Sabadell.*

Silvia Garcia Cirera. *Servei de Reumatologia. Parc Taulí Hospital Universitari.*

**Data 15 de novembre de 2022**

# A propòsit d'un cas...

- Dona de 35 anys consulta al març de 2021 per:
  - **Canvi de coloració dels dits (blau i blanc)** i formigueig, sense clar desencadenant identificat per la pacient. Tant a **mans** com a **peus**
  - Clínica d'anys d'evolució molt puntual, que **ha empitjorat** després de passar el COVID-19 al desembre de 2020.
  - Altres **síntomes acompanyants**:
    - Artromiàlgies generalitzades.
    - Astènia.
    - Pèrdua de força generalitzada.
    - Alteració de la memòria.



# A propòsit d'un cas...

- Dona de 35 anys consulta al març de 2021 per:
  - **Canvi de coloració dels dits (blau i blanc)** i formigueig, sense clar desencadenant identificat per la pacient. Tant a **mans** com a **peus**.
  - Clínica d'anys d'evolució molt puntual, que **ha empitjorat** després de passar el COVID al desembre de 2020.
  - Altres **síntomes acompanyants**:
    - Artromiàlgies generalitzades.
    - Astènia.
    - Pèrdua de força generalitzada.
    - Alteració de la memòria.
- **No tractament** habitual.



# Què es el fenomen de Raynaud?

- Episodis vasoespàstics en forma de pal·lidesa o cianosi amb o sense posterior fase d'hiperèmia a mans i/o peus.
  - Es pot acompanyar de dolor, hipoestesia o disestesies.
  - Depenent de la gravetat poden aparèixer úlceres
- Afecta a un 3-5% de la població (D>H)
- Base genètica
  - (més concordança entre bessons homocigots).



# Classificació

	PRIMARI	SECUNDARI
<b>Freqüència</b>	80%	20%
<b>Sexe</b>	Predomini en dones	Sense diferència
<b>Edat</b>	< 30 anys	> 30 anys
<b>Clínica</b>	Episodis lleus	Episodis intensos
<b>Complicacions</b>	Rarament	Poden aparèixer úlceres o necrosi
<b>Exploració física</b>	Normal	Alterada
<b>Autoanticossos</b>	Normals / títols baixos	Freqüentment positius
<b>Capil·laroscòpia</b>	Normal	Alterada
<b>Evolució</b>	Estable	Empitjorament

Reuma

Primària

## • Fenòmen de Raynaud (FR) secundari

**1. Col·lagenosis:** Esclerodèrmia, malaltia mixta del teixit connectiu, lupus eritematós sistèmic, síndrome de Sjögren, dermatomiositis, polimiositis, artritis reumatoide, Beçhet, sarcoïdosi

**2. Vasculitis sistèmiques:** Malaltia Takayasu, arteritis de Horton, Panarteritis Nodosa, Wegener

### 3. Fàrmacs i tòxics:

Agonistes serotonina: Ergotamina i antimigranyosos

Agonistes dopaminèrgics: Bromocriptina

Agonistes simpaticomimètics: Bloquejant B, Fenilefrina

Drogues: Nicotina, Amfetamina, cocaïna

Antidepressius: Imipramina, Reboxetina

Antibiòtics: Eritromicina, Amfotericina B

Citostàtics: Bleomicina, cisplatins, vinblastina, 5-fluorouracil, gemcitabina, egafur.

Immunosupressores: Ciclofosfamida, ciclosporina,

Altres: Metisergida, clonidina, interferó  $\alpha$ , estrògens

**4. Endocrinopaties:** Feocromocitoma, acromegàlia, hipotiroïdisme, síndrome carcinoide, diabetis mellitus

### 5. Arteriopaties:

Vasospàstiques: Migranya, angina de Prinzmetal

Tromboangiïtis obliterant o malaltia de Buerger

Tromboembolismes: Fístula AV, aneurismes, mixoma auricular, endocarditis infecciosa i no infecciosa

Altres: Hipertensió pulmonar primària

**6. Compresió neurovascular:** Síndrome túnel carpiana, síndrome sortida toràcica, portador de crosses

### 7. Traumatismes i/o microtraumatismes:

Mecanisme vibratori: Martell pneumàtic, màquines polidores o esmoladores

Microtraumatismes: Pianistes, taquígrafistes

### 8. Malalties hematològiques:

Síndromes mieloproliferatius, Leucèmies, limfomes, Metaplàsia mieloide.

Paraproteïnèmia: Mieloma múltiple, macroglobulinèmia Waldenström

Altres: Síndrome antifosfolípid, Crioglobulinèmia.

**9. Neoplàsies malignes:** Pulmó, ovari

**10. Infeccions:** Parvovirus B19, H. Pylori, Micoplasma, Sífilis, HVB, HVC.




**11. Miscelània:** Síndrome de dolor regional complejo, Fibromialgia, Siringomièlia, cirrosi biliar primària.





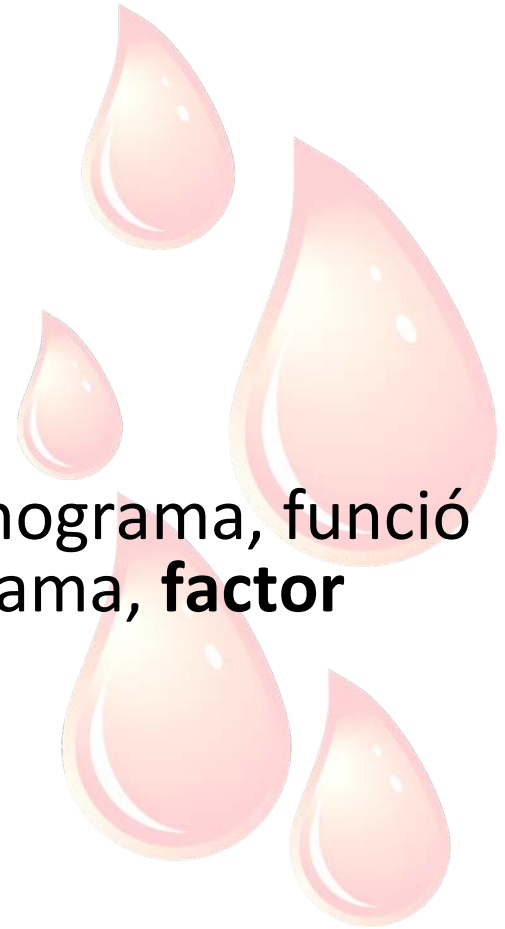
# Diagnòstic diferencial

Principalment s'ha de fer amb altres síndromes vasomotors:

ACROCIANOSI	PERNIOSI	ERITROMELALGIA
Coloració cianòtica persistent, que sol afectar de forma simètrica a mans i peus. Mai precedeix una fase pàl·lida tot i que el fred agreuja les crisis.	Són lesions cutànies nodulars que ocasionen dolor, pruija i cianosi local, principalment en dors de les mans ("penellons") que es desencadenen amb el fred	Eritromelàlgia: Episodis recorrents d'eritema, hipertèrmia i dolor urent que afecta principalment les extremitats inferiors. Mai precedeix una fase pàl·lida i la calor ambiental o local poden precipitar o empitjorar les crisis.
		

# Valoració inicial

- Història clínica - confirmar que es tracta de FR:
  - Els seus dits són especialment sensibles al fred?
  - Canvien de color quan s'exposen al fred?
  - **Es tornen blancs, blaus o tots dos?**
- Anàlisis de sang amb estudi d'autoanticossos: hemograma, funció renal, perfil hepàtic, VSG, PCR, TSH, CK, proteïnograma, **factor reumatoide i ANAs**
- Capil·laroscòpia



# Resultats del cas

- *Exploració física:*

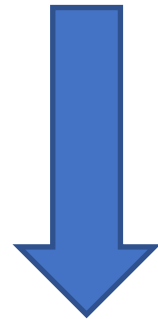
- No Raynaud actual. No úlceres.
- Cap articulació tumefacta ni dolorosa.
- ACV: TCR sense buf ni freq pericàrdic.
- AR: MVC sense sorolls sobre afegits.
- Rash macular eritematós confluent a escot.
- Cap articulació tumefacta ni dolorosa.



# Resultats del cas

- *Analítica:*

- Hemograma, funció renal, perfil hepàtic, VSG, PCR, TSH, CK i proteïnograma normal.
- Factor reumatoide i ANAs negatiu.
- Serologia VHB, VHC i sífilis negatiu.

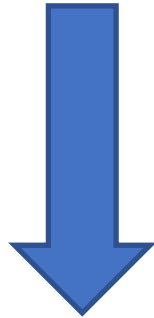


**ICSP a Reumatologia per capil·laroscòpia.**



# Resultats del cas

- Capil·laroscòpia: anomalies inespecífiques






- Orientació diagnòstica:

**FENOMEN DE RAYNAUD PRIMARI**



# Maneig terapèutic (no farmacològic)

L'objectiu del tractament **NO** és que no tinguin F Raynaud, ja que és pràcticament impossible, sinó que la intensitat disminueixi i no limiti les activitats de la vida diària.

	
Roba d'abric (guants, mitjons)	Beta bloquejants
Altres mesures tèrmiques	Interferó
Evitar exposició directa al fred (congeladors, aigua freda...)	Agonistes serotoninèrgics (sumatriptan)
	Alcaloides
	Cafeïna
	Nicotina
	Cocaïna i amfetamines

Reuma

Primària

# Maneig terapèutic (farmacològic)

Indicat quan les mesures no farmacològiques no controlen els símptomes i interfereixen amb la vida diària.

- 1<sup>o</sup> Línia. Antagonista dels canals de calci.
  - Nifedipí Retard 20-120mg/dia o 10-30 mg/8h
  - Amlodipí 5-10 mg / dia
  - Diltiazem Retard 60-240mg/dia o 30-120 mg/8h

Si intolerància o contraindicació o escassa resposta:

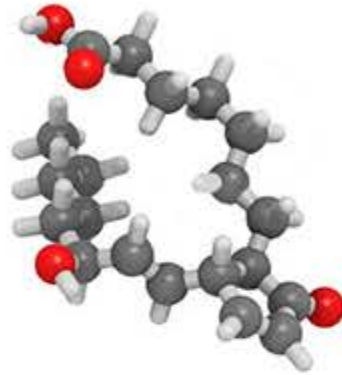
- 2<sup>o</sup> Línia. Substituir o afegir per algun dels següents:
  - ARA II: Losartan 25-50 mg /dia (NO IECAs)
  - Inhibidors de la recaptació selectiva de la serotonina: Fluoxetina 20 mg / dia.
  - Estatines: Atorvastatina 10-40 mg / dia
  - Antiagregació: AAS 100 mg / dia o Clopidogrel 75 mg / dia.
  - Pentoxifilina 400 mg/8h. Valorar ús si hipotensió associada.



# Maneig de les úlceres

En el moment agut:

- Prostaglandines ev



Per evitar recidives:

- Inhibidors de la endotelina: Bosentan (abans descartrar HTP)
- Inhibidors de la fosfodiesterasa: sildenafil





# Quan i on derivar?

## Derivació a Cirurgia Vascular

- Fenomen de Raynaud unilateral
- Isquèmia aguda o gangrena

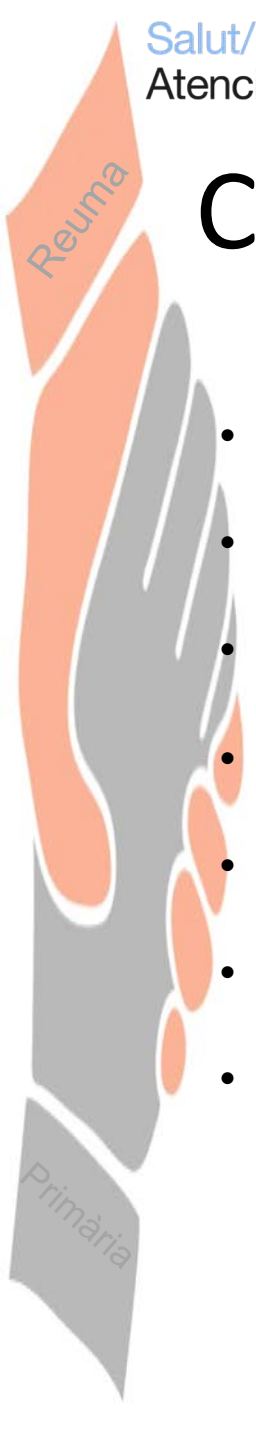
## Derivació a Reumatologia

- FR no filiat per a la pràctica de capil·laroscòpia.
- FR primari rebel a tractament mèdic (1<sup>o</sup> i 2<sup>a</sup> línia)
- **FR que apareixen alteracions a l'analítica i/o capil·laroscòpia.**



# Conclusions

- Necessària la presència de canvi de coloració de pal·lidesa o cianosi
- Pot ser **primari** (el és freqüent i en dones joves) o secundari
- Diagnòstic diferencial: **acrocianosi, perniosi, eritromelàlgia**
- Valoració inicial: anamnesi, analítica (**FR i ANAs**) i **capil·laroscòpia**
- Maneig no farmacològic: **mesures tèrmiques**
- Maneig farmacològic: **antagonistes del calci** de primera elecció
- Derivar a RMT si apareixen alteracions a l'analítica i/o capil·laroscòpia.





**MOLTES GRÀCIES**



Reuma



Novartis  
Reumatología



Primària

**Contigo, juntos, reimaginando la  
reumatología**