

7a edició

Curs d'actualització en:

**REUMATOLOGIA PER A METGES
DE FAMÍLIA**

11 i 25 de novembre de 2025

Format Online

GSK



Dirigit

Metges especialistes i metges residents de Medicina Familiar i Comunitària.

Objectiu

Conèixer els avenços en els mètodes diagnòstics i les novetats terapèutiques en algunes de les malalties reumatològiques més prevalents.

Acreditació sol·licitada

Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries - Comisión de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud.



Dimarts, 11 de novembre de 2025

- 13:30 - 13:40h** Benvinguda
Dr. Joan Calvet. Cap de servei de Reumatologia. Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell
Dra. Lúdia Palau. Suport Assistencial Vallès Occidental. Gerència d'Atenció primària i a la Comunitat Vallès Occidental i Vallès Oriental
- 13:40 - 14:20h** Artritis Reumatoide. El rol del metge de família en el diagnòstic i seguiment
Dr. Antoni Gómez. Servei de Reumatologia. CSPT
Dr. Sergi Ortiz. Medicina de Família. Gerència d'Atenció Primària Vallès Occidental i Vallès Oriental
- 14:20 - 15:00h** Lupus Eritematós Sistèmic. Com el podem sospitar?
Dra. Silvia Garcia-Cirera. Servei de Reumatologia. CSPT
Dra. Paula Llansó. Medicina de Família. EAP Ca n'Oriac. Sabadell
-

Dimarts, 25 de novembre de 2025

- 13:30 - 13:40h** Benvinguda i resum de la primera jornada
Dr. Enrique Casado. Servei de Reumatologia. CSPT
- 13:40 - 14:20h** Glucocorticoids i altres immunosupressors. Maneig des d'Atenció Primària
Dra. Menna Rusiñol. Servei de Reumatologia. CSPT
Dra. Alicia Franzi. Unitat de Farmàcia. Gerència d'Atenció Primària Vallès Occidental i Vallès Oriental
- 14:20 - 15:00h** Taller d'espatlla dolorosa
Dra. Mireia Moreno. Servei de Reumatologia. CSPT
-





Artritis Reumatoide. El rol del metge de família en el diagnòstic i seguiment

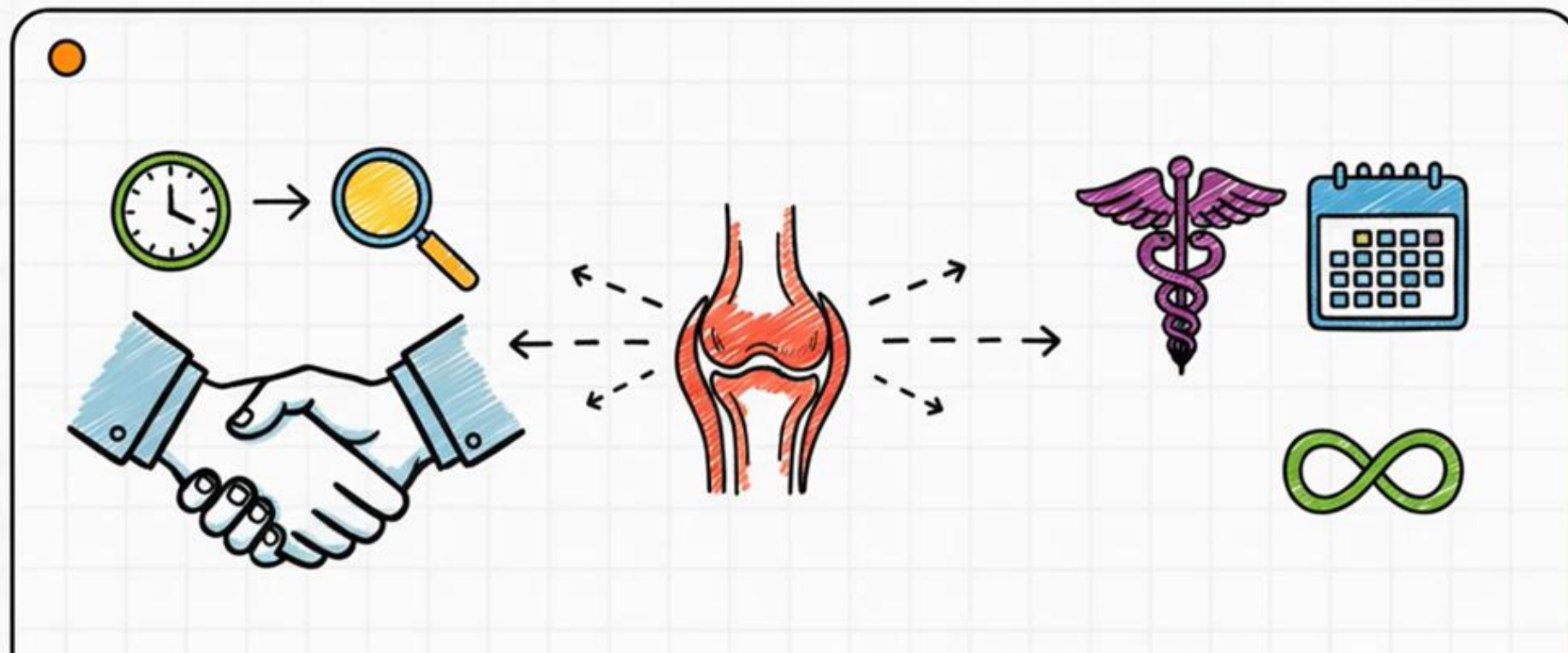
Dr Antoni Gómez – Reumatòleg, Hospital Parc Taulí
Dr Sergio Ortiz – Metge de Família, Gerència AP VOC-VOR

11 Novembre 2025





Artritis Reumatoide



REUMA
FAMÍLIA



El Paper Crucial de la Medicina Primària en l'Artritis Reumatoide

Una detecció precoç i una gestió col·laborativa són clau per millorar els resultats dels pacients.

~1%

Prevalença Global

De la població adulta mundial pateix Artritis Reumatoide (AR), fent de la seva detecció un desafiament comú en atenció primària.

>50%

Primer Contacte

Més de la meitat dels pacients amb símptomes primerencs d'AR acudeixen primer al seu metge d'atenció primària.

**12
Setmanes**

Finestra d'Oportunitat

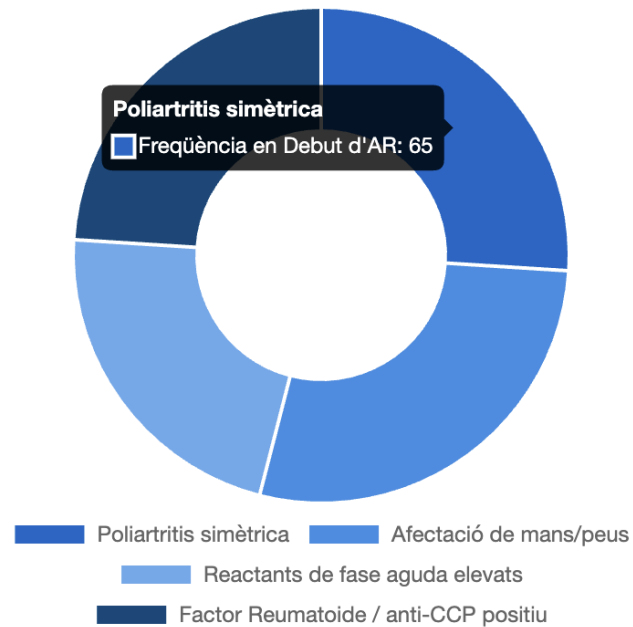
Iniciar el tractament dins de les 12 setmanes des de l'inici dels símptomes millora dràsticament els resultats a llarg termini.



La Primera Trobada: Reconeixent els Senyals d'Alarma

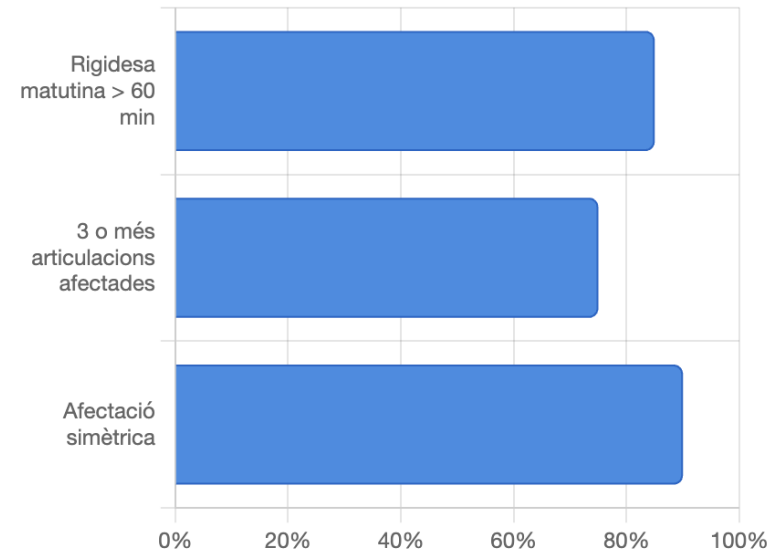
Distingir l'AR d'altres artropaties és el primer pas crític. Certs símptomes són altament suggestius i han de motivar una investigació més profunda.

Símptomes Clau en la Presentació Inicial



Aquest gràfic il·lustra la freqüència dels símptomes més específics de l'AR en pacients recentment diagnosticats, destacant la importància de l'afectació simètrica de petites articulacions.

Probabilitat d'AR segons Síntoma Guia



L'anàlisi de la durada de la rigidesa matutina i el nombre d'articulacions afectades són eines poderoses per al metge de primària en l'avaluació inicial.

El Viatge del Pacient: Cas Clínic de Sospita

Pacient: Maria G., dona de 52 anys

Motiu de Consulta: Dolor articular i rigidesa a les mans.

> 2 Mesos

d'evolució dels símptomes
(crònic).

~ 45 Minuts

de rigidesa matutina (criteri
d'alarma > 30 min).

3 Articulacions

amb tumefacció objectiva (MCF).

Exploració Física Clau: Dolor a la compressió lateral de MCFs i MTPs.

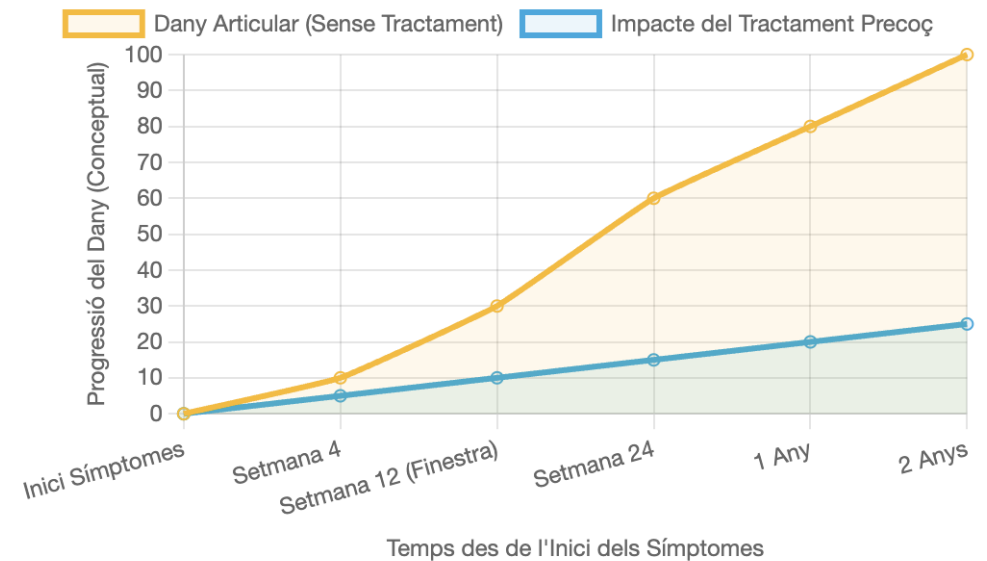
Conclusió del MAP: Sospita d'Artritis de Recent Començament (ARC).



La "Finestra d'Oportunitat" Terapèutica

En l'Artritis Reumatoide, el temps és teixit articular. Existeix una "finestra d'oportunitat" inicial, generalment durant les primeres 12 setmanes des de l'inici dels símptomes, on un tractament precoç pot prevenir el dany estructural irreversible.

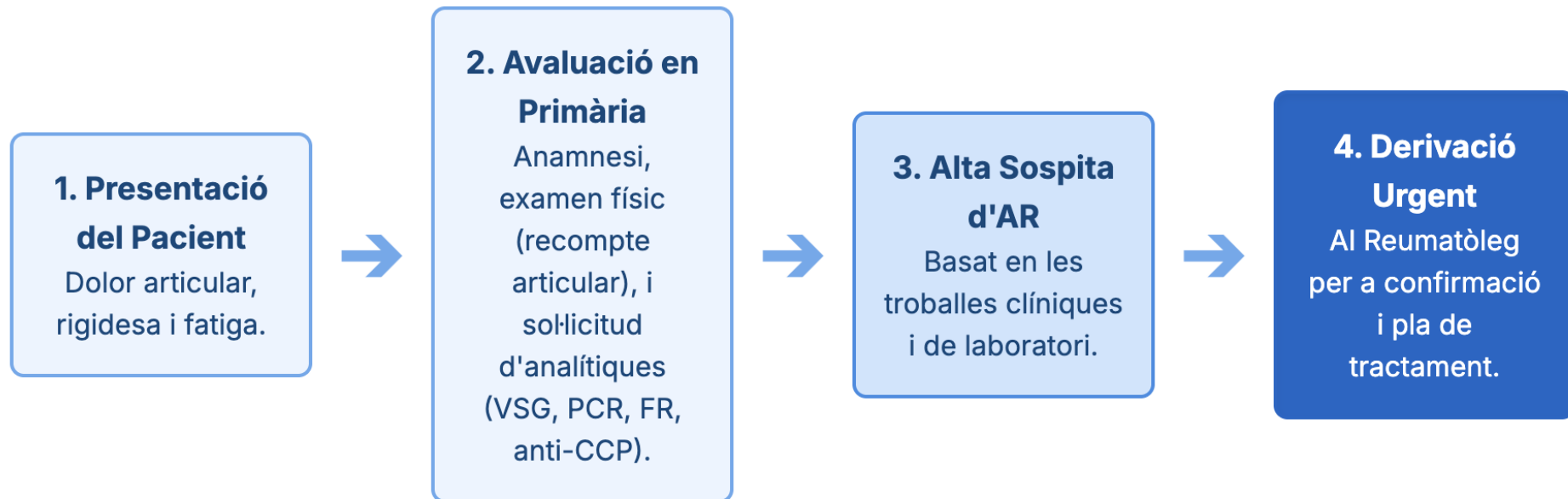
El Metge d'Atenció Primària (MAP) és el primer punt de contacte i, per tant, la peça clau per no demorar aquest abordatge terapèutic vital.



El gràfic il·lustra com el dany articular progressa ràpidament si no es tracta, i com la intervenció precoç (línia blava) dins de la finestra d'oportunitat canvia dràsticament el pronòstic del pacient.

La Ruta Diagnòstica: Un Procés Col·laboratiu

Des de la sospita inicial fins a la confirmació, el metge de primària inicia i agilitza un camí essencial per al pacient.



REUMA
FAMILIA

Esquema de Col·laboració del MAP en la GIC

1. Detecció Precoç i Criteris d'Alarma

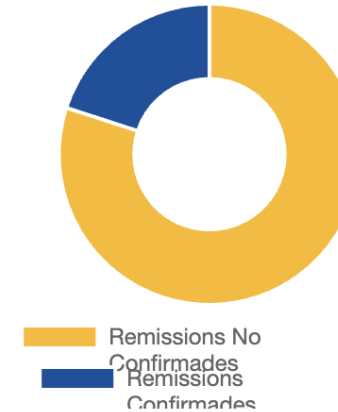
El MAP ha d'identificar els signes d'artritis inflamatòria. La derivació urgent es basa en troballes clíniques objectivades:

- **Tumefacció objectiva** en dues o més articulacions.
- **Rigidesa matutina** de més de 30 minuts de durada.
- **Dolor a la palpació** en articulacions metacarpofalàngiques i/o carps.

El Repte de la Derivació

Històricament, la derivació per sospita d'AR ha tingut una baixa especificitat. L'estandardització és clau per millorar l'efectivitat del cribratge.

Efectivitat Derivació Històrica



Fins a un 80% de les remissions històriques no complien criteris reumatològics.

2. Estandardització de Proves Pre-Referència

Per millorar el cribatge, el MAP ha de sol·licitar i documentar un conjunt de proves objectives abans de la remissió per confirmar el patró inflamatori i la seropositivitat.

SOSPITA D'ARC (Patró Inflamatori $\geq$ 4-6 setmanes)

SOL·LICITAR PROVES ESTANDARDITZADES

**Reactants Fase
Aguda**
VSG, PCR

Serologia
Factor Reumatoide (FR),
ACPA

Estudis Basals
Hemograma, Funció
Hepàtica/Renal, Orina

Imatge
Rx mans i peus
(Posteroanterior)

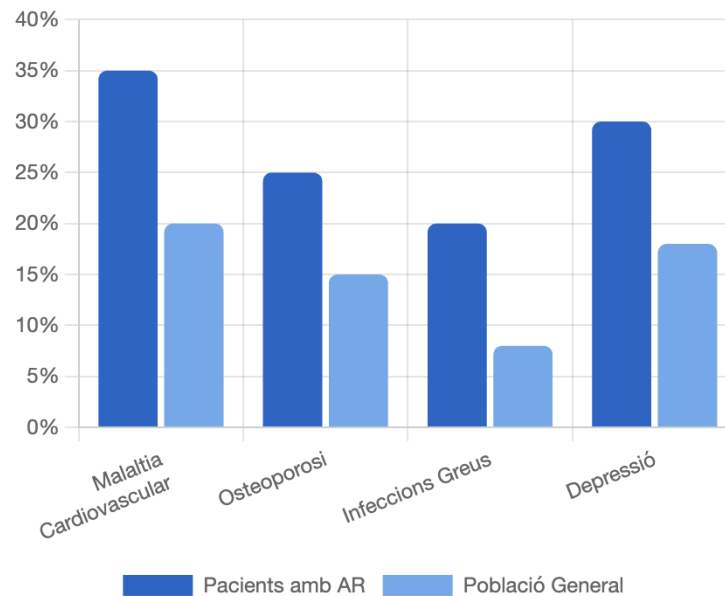
DERIVACIÓ URGENT (FAST TRACK) A REUMATOLOGIA



Més Enllà de la Derivació: La Gestió Contínua

El paper del metge de primària és vital en el seguiment a llarg termini, especialment en la gestió de comorbiditats associades.

Prevalença de Comorbiditats: Pacients amb AR vs. Població General



Els pacients amb AR tenen un risc significativament més alt de desenvolupar altres condicions cròniques, la qual cosa subratlla la necessitat d'un enfocament de gestió integral liderat des d'atenció primària.

Model de Cura Compartida: Rols i Responsabilitats

Atenció Primària

- Gestió de comorbiditats
- Vacunació
- Monitorització d'efectes adversos
- Screening de salut mental
- Educació i suport al pacient

Reumatologia

- Diagnòstic i confirmació
- Inici i ajustament de FAMES
- Monitorització d'activitat de l'AR
- Gestió de complicacions articulars
- Avaluació de dany estructural

Una comunicació fluida i rols ben definits entre el metge de primària i el reumatòleg garanteixen la millor atenció possible per al pacient.

3. Farmacovigilància Compartida

El MAP té un paper irremplaçable en la monitorització de la seguretat dels Fàrmacs Antirreumàtics Modificadors de la Malaltia (FAMMs).

Metotrexat (MTX)

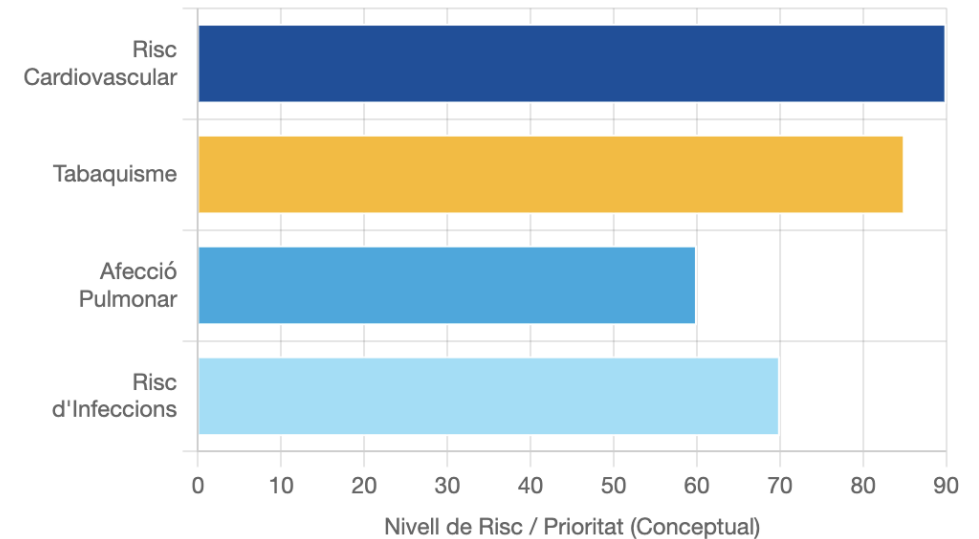
- Monitorització mensual/bimestral: AST/ALT, Hemograma, Creatinina.
- **Alarma: Elevació Transaminases > 2-3 vegades LSN.**

Biològics i Dirigits (FAMMb/FAMMsd)

- Cribratge previ d'infeccions (VHB, Tuberculosi latent).
- Suspendre tractament davant d'infecció o síndrome febril.

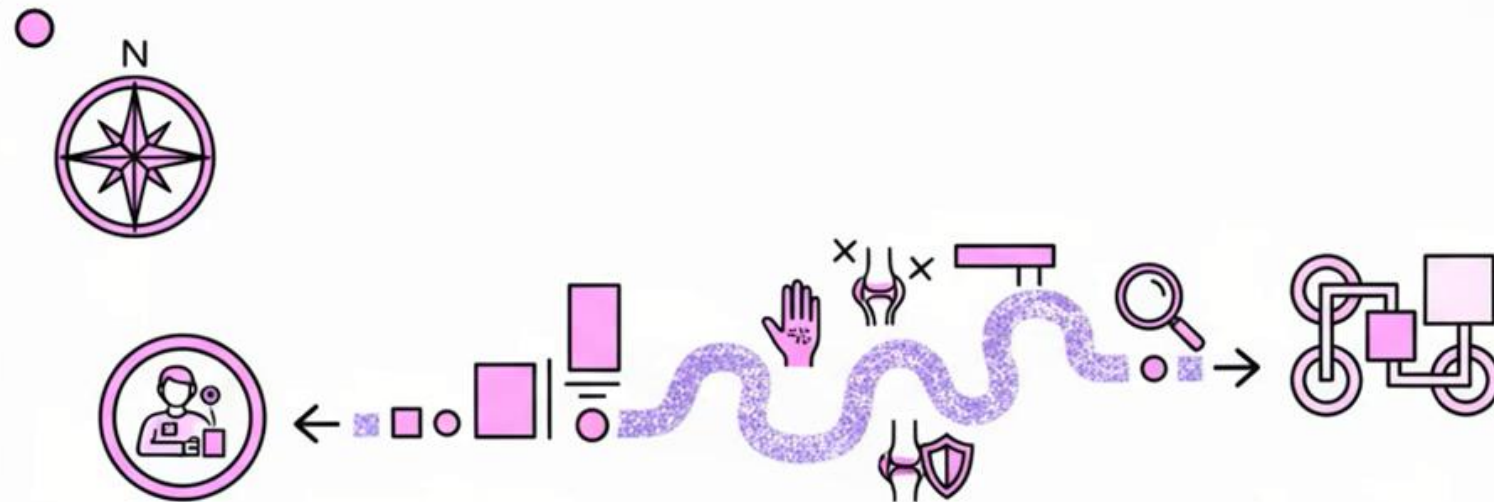
4. Maneig Proactiu de Comorbiditats

És una responsabilitat prioritària del MAP. L'AR és una malaltia sistèmica que augmenta el risc d'altres patologies associades.



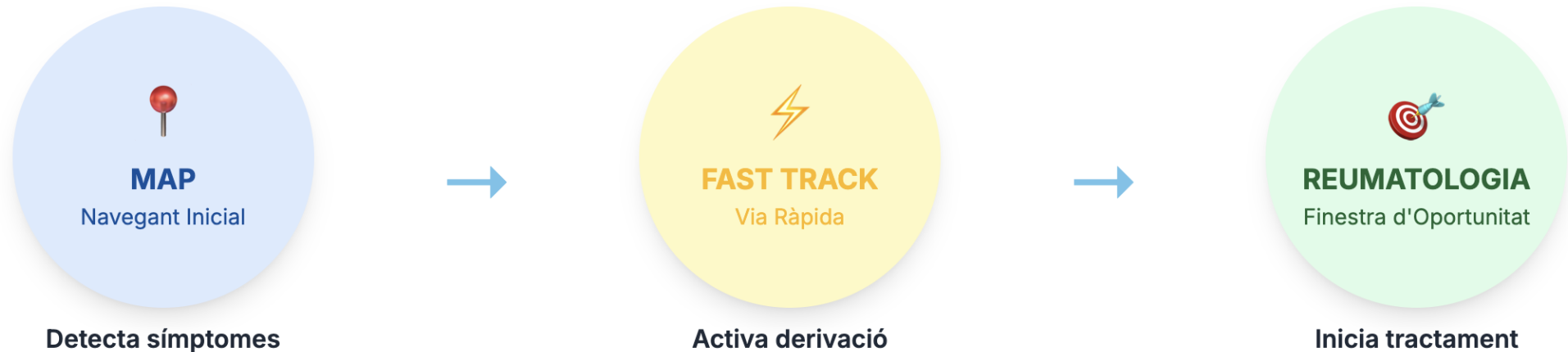
Gestió rigorosa dels factors de risc cardiovascular (CV), tabaquisme (factor de pitjor pronòstic), afecció pulmonar i risc d'infeccions.

La Hoja de Ruta de la AR



La GIC: Un "GPS d'Alt Rendiment"

Pensem en la GIC com un sistema de navegació. El MAP no és només qui detecta el problema, sinó el navegant que activa la ruta més ràpida (Fast Track) cap a la destinació crucial: la finestra d'oportunitat.



Un cop en tractament, l'equip multidisciplinari (MAP + Reumatologia) monitoritza contínuament el "motor" (toxicitat del tractament) i el "xassís" (comorbiditats), assegurant un viatge amb el menor dany possible.





Lupus Eritematós Sistèmic Com el podem sospitar?



REUMA
FAMILIA

Paula Llansó
(Medicina de Família. EAP Ca n'Oriac)

Silvia Garcia
(Reumatologia. H. Universitari Parc Taulí)

11 novembre 2025

Presentació del cas

Dona de 34a

No AMC

Exfumadora desde fa 10 anys

2 gestacions sense incidències, no avortaments. Un dels fills
celiaquia

IQs: no

Valorada fa 2 anys a Reumatologia per únic episodi de Raynaud a
mugró. Capilaroscòpia normal, AMA-M2 + pel que es deriva a
Digestologia.



Motiu de consulta



Inicia fa 2 mesos amb episodis d'artralgies de manera intermitent, de ritme inflamatori a diferents localitzacions:

- 4rt dit mà dreta
- 5è dit mà esquerra
- peus, colzes, genolls...

EF/ A la consulta detectem artritis 2n i 3er MTCF esquerra i 3era IFP esquerra.



Exploracions complementaries

- 
- AS: Hb 12g/dL, **linfopenia** de 780, VSG 28mm, FR normal. BQ normal, PCR normal. **ANA 1/640** patró homogeni i citoplasmàtic reticular/mitocondrial, **anti-dsDNA >666**, **anti-Ro60 1211.4** (positiu títols alts), **anti-sm POSITIU**, anti-mitocondrials >3000
 - Rx mans: sense alteracions



Dona jove

Artralgies
inflamatories

RFA elevats
ANA + 1/640

Anti-dsDNA
positiu

→ Derivació a Reumatologia

Primera visita Reumatologia

Artralgies inflamatories i tumefaccions múltiples localitzacions

Nega lesions cutànies ni fotosensibilitat

No Raynaud (excepte episodi de Raynaud de mugró)

Afta no dolorosa bucal amb centre blanquinós

No xerostomia ni xeroftalmia

Caiguda de cabell accentuada desde fa un any

Durant la primera crisi va presentar episodi de **febres**, **diaforesis** nocturna en 2 ocasions

Astenia intensa, no pèrdua de pes

No alteracions gastrointestinals ni urinàries



PPCC/

- AS: leucòcits 4.77, **Hb* 11.6**, **VSG* 69mm**, Crea 0.71, AST *37, ALT* 45, C3* 82.3 mg/dl, C4* 8.3 mg/dL, PCR 0.18mg/dL. VHC -, VHB -, proteinograma sense alteracions
- Autoimmunitat: FR negatiu, Ac anti-RNP negatiu, **Ac anti-Sm positiu, anti-SSA/Ro positiu, anti-SSB/La positiu**
- Estudi en orina 24h normal.

Finalment Reumatologia acaba diagnosticant:

Lupus Eritematós Sistèmic

(ANA+, dna, sm, Ro i La, articular, alopecia, constitucional)



El lupus eritematós sistèmic (LES) es una malaltia crònica autoimmunitària sistèmica, multifactorial que afecta a múltiples òrgans.

90%



Edat fèrtil



**Prevalença diferent segons ètnies*

**Casos tardans > 50a fins el 20%*



Principals desencadenants del LES

Infeccions

Rajos UV

Medicacions

Canvis
hormonals

Exposició
ambiental

En pacients amb desregulació immunològica i predisposició genètica



Quins son els principals símptomes i signes que ens han de fer sospitar un LES?

Símptomes generals

- Astenia
- Febre sense causa aparent
- Pèrdua de pes



50% com a debut
74-100% al llarg de l'evolució

Símptomes muco-cutanis

+ freq



- Erupció en ales de papallona (eritema malar)
– Respecta solc nasogenià
- Alopecia
- Aftes orals (no doloroses)

60% debut
80% a llarg de l'evolució



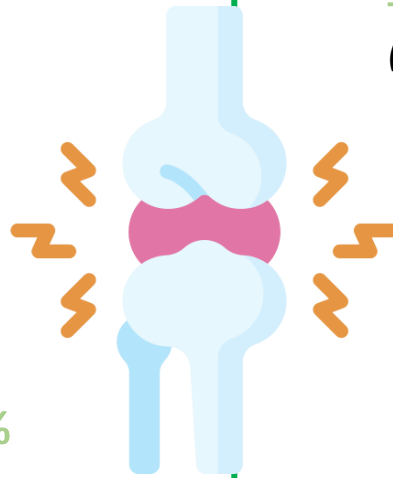
*Molta variabilitat entre individus i ètnies.



Síntomes musculoesquelètics

- Artritis, artràlgies o tenosinovitis de **mans**
- Rigidesa matutina > 30 min

Presentació inicial + freqüent – 68%
>90% al llarg de la malaltia



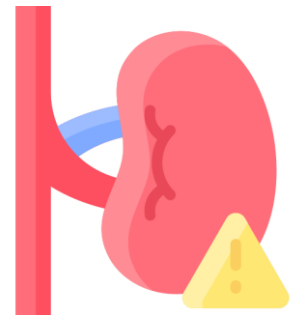
Síntomes renals

(propi dels primers anys d'evolució del LES)

- **Proteïnúria**
- Edemes

Debut 16-40%

Al llarg de la malaltia 30-70%

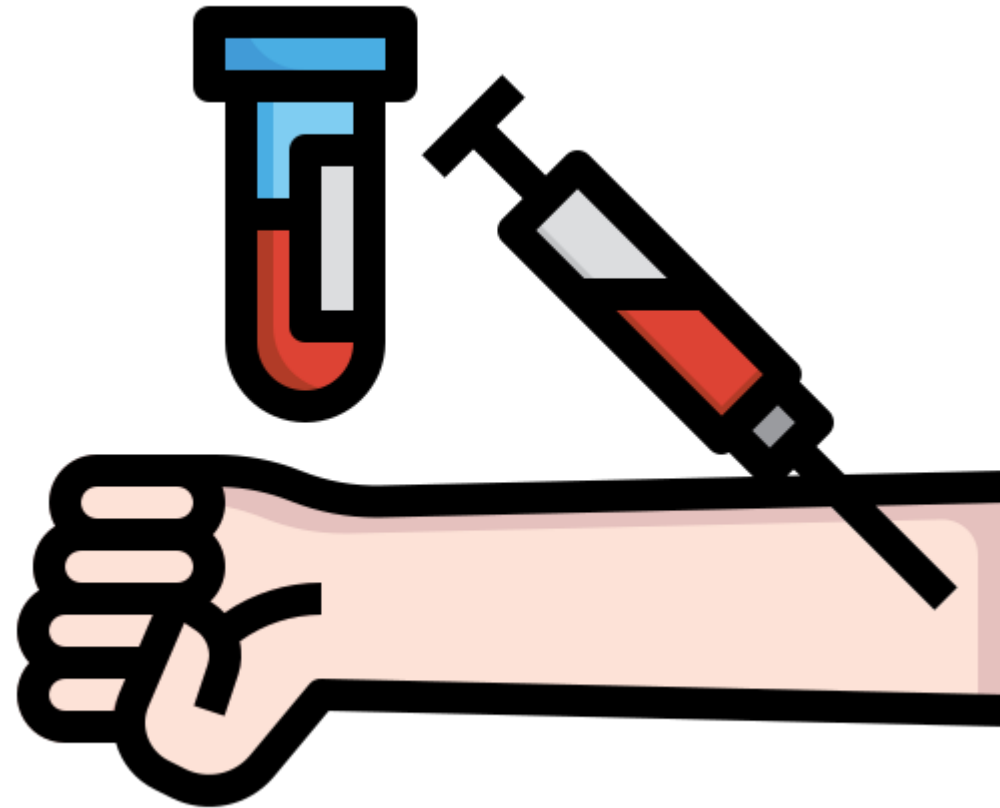


Altres manifestacions a tenir en compte:

- **Serositis** (pleuritis, pericarditis)
més pròpia de l'evolució (50%)
- **Alteracions NRL** (cefalea, convulsions, AVC)
28% Primers anys d'evolució.
- **Fenòmen de Raynaud**
17-33% a l'inici i fins 70% al llarg de la malaltia.
- **Hematològiques.** Citopenies (sobretot leucopenia)
23% debut i 80% al llarg de la malaltia.
- **SAF.** TVP
En un 20% es l'única manifestació inicial del LES i en un 30% s'associa a altres símptomes



Què sol·licitem davant la sospita de LES?



REUMA
FAMILIA

Hemograma (anèmia, leucopènia, trombocitopènia)

Funció renal

Sediment i quocient proteïnes/creatinina

Autoanticossos: **ANA** (anticossos antinuclears) ? contextualitzar-los*

*"Problemes":

- Títols elevats o intermitjos es poden veure sense connectivopatia.
- 3% dels pacients amb LES tenen ANAs negatius

> 65 anys (10-37%)

Gestants

Infeccions agudes i cròniques

Neoplasies

Familiars de pacients amb MAS (25-30%)

Fàrmacs (estatines, IECA, betabloq)

Individus sans (20-30%)

Altres proves segons sospita clínica (anti-DNA, anti-Sm → específics de LES)



Criteris classificatoris



Els pacients son elegibles per aquests criteris NOMÉS si tenen ANAs positius $\geq 1/80$

Criterios EULAR/ACR para la clasificación del lupus eritematoso sistémico[a]	
Dominio[b]	Peso[c]
Dominios clínicos	
General: Fiebre (> 38° C)	2
Hematológico: - Leucopenia (< 4000/mcL) - Trombocitopenia grave (recuento de plaquetas < 100.000/mcL) - Hemólisis autoinmunitaria [d]	3 4 4
Neuropsiquiátricos: - Delirio - Psicosis - Convulsión (generalizada o parcial/focal)	2 3 5
Mucocutáneos: - Alopecia no cicatrizal[e] - Úlceras orales[e] - Lupus eritematoso cutáneo subagudo (LECS) o lupus eritematoso discoide - Lupus cutáneo agudo	2 2 6
Serosa: - Derrame pleural o pericárdico - Pericarditis aguda	5 6
Musculoesquelético: Compromiso conjunto [f]	6
Renal: - Proteinuria (> 0,5 g/24 h) - Biopsia renal de clase II o nefritis lúpica V - Biopsia renal clase III o nefritis lúpica IV	4 8 10
Dominios inmunológicos	
Anticuerpos antifosfolípidos: - Anticuerpos anticardiolipina o - Anticuerpos anti-glucoproteína 1 beta2 o - Anticoagulante lúpico	2
Proteínas del complemento: - Bajo C3 o bajo C4 - Bajo C3 y bajo C4	3 4
Anticuerpos específicos de lupus eritematoso sistémico: - Anticuerpo anti-DNA bicatenario o - Anticuerpo anti-Smith	6

No es necessari que els criteris es compleixin de manera simultania.

Es podrà classificar com a LES si ≥ 10 punts i ≥ 1 criteri clínic.

Rol del Metge de Família en el LES

Cada brot = lesió residual a l'òrgan diana



Necessitat d'un diagnòstic **PRECOÇ**



El metge de família és sovint el **primer punt de contacte** del pacient amb símptomes inespecífics.

Cal tenir **un alt índex de sospita** davant símptomes que afectin diversos sistemes (fatiga + artràlgies + alteracions cutànies, per exemple).

Reconeixement de **símptomes d'alarma** que poden semblar banals però que en conjunt apunten a una malaltia sistèmica.

Sol·licitud de proves inicials orientatives:

- ANA, hemograma, orina, funció renal



Conclusions i missatges clau

- Mantingueu un alt grau de sospita en pacients amb símptomes multisistèmics i signes inespecífics
- La detecció precoç millora el pronòstic i la qualitat de vida
- La col·laboració entre atenció primària i especialistes és fonamental





7a edició

Curs d'actualització en:

**REUMATOLOGIA PER A METGES
DE FAMÍLIA**

11 i 25 de novembre de 2025

Format Online

GSK

 **AMGEN**



Dirigit

Metges especialistes i metges residents de Medicina Familiar i Comunitària.

Objectiu

Conèixer els avenços en els mètodes diagnòstics i les novetats terapèutiques en algunes de les malalties reumatològiques més prevalents.

Curs acreditat

L'Activitat ha estat ACREDITADA pel Consell Català de la Formació Continuada de les Professions Sanitàries (CCFCPS) amb **0,4 crèdits**

Patrocinadors

GSK



Dimarts, 11 de novembre de 2025

- 13:30 - 13:40h** Benvinguda
Dr. Joan Calvet. Cap de servei de Reumatologia. Parc Taulí Hospital Universitari. Sabadell
Dra. Lúdia Palau. Suport Assistencial Vallès Occidental. Gerència d'Atenció primària i a la Comunitat Vallès Occidental i Vallès Oriental
- 13:40 - 14:20h** Artritis Reumatoide. El rol del metge de família en el diagnòstic i seguiment
Dr. Antoni Gómez. Servei de Reumatologia. CSPT
Dr. Sergi Ortiz. Medicina de Família. Gerència d'Atenció Primària Vallès Occidental i Vallès Oriental
- 14:20 - 15:00h** Lupus Eritematós Sistèmic. Com el podem sospitar?
Dra. Silvia Garcia-Cirera. Servei de Reumatologia. CSPT
Dra. Paula Llansó. Medicina de Família. EAP Ca n'Oriac. Sabadell
-

Dimarts, 25 de novembre de 2025

- 13:30 - 13:40h** Benvinguda i resum de la primera jornada
Dr. Enrique Casado. Servei de Reumatologia. CSPT
- 13:40 - 14:20h** Glucocorticoids i altres immunosupressors. Maneig des d'Atenció Primària
Dra. Menna Rusiñol. Servei de Reumatologia. CSPT
Dra. Alicia Franzi. Unitat de Farmàcia. Gerència d'Atenció Primària Vallès Occidental i Vallès Oriental
- 14:20 - 15:00h** Taller d'espatlla dolorosa
Dra. Mireia Moreno. Servei de Reumatologia. CSPT
-



Resum de la primera jornada



Artritis reumatoide (AR)

- L'AR té una prevalença del 1%
- Més de la meitat dels pacients amb AR fan la 1^a consulta al metge de família
- Per una millor evolució és molt important iniciar el tractament en les primeres 12 setmanes (finestra d'oportunitat terapèutica)
- Els 1ers signes i símptomes són poliartritis simètrica amb afectació de mans i peus, augment de VSG/PCR, FR i/o ACPA positius
- Alerta si: Tumefacció en ≥ 2 articulacions, RM >30 min, dolor palpació MCF o carps
- El metge de família, a més del diagnòstic també és clau en la gestió de comorbiditats, vacunacions i monitorització d'efectes adversos...



Lupus Eritematós Sistèmic (LES)

- El LES és una malaltia autoimmune sistèmica més freqüent en dones amb predisposició genètica i algun desencadenant: canvi hormonal, exposició al sol, fàrmacs, infeccions...
- La primera consulta dels pacients és sovint al metge de família
- Els símptomes que poden fer sospitar: artràlgies amb fatiga i lesions cutànies
- Les proves analítiques inicials pel diagnòstic han d'incloure: hemograma, funció renal, ANA i orina (sediment i quocient proteïnes/creatinina)
- Els anticossos anti-DNA i anti-Sm són els més específics del LES
- Un diagnòstic precoç contribueix a un millor pronòstic i una millor qualitat de vida



Algunes preguntes del primer dia...

Quan des d'AP tenim una sospita clínica elevada i iniciem l'estudi, quin tractament hauríem de donar-li a la persona? (aquesta pregunta val tant per pacients amb LES com amb AR amb clínica articular)

Es pot començar amb AINE a dosi plenes. En cas d'alta activitat de la malaltia es podria prescriure GC a dosi no superiors a 15 mg/dia en dosi única al matí de prednisona o equivalent (15 mg prednisona, 12 mg metil-prednisolona, 20 mg deflazacort). El més important es la derivació ràpida per establir el diagnòstic correcte i iniciar el tractament més adequat.

La derivació a URG-REU, ha de ser amb Ordre Clínica (derivació ECAP)? (aquesta pregunta val tant per pacients amb LES com amb AR amb clínica articular)

Per primeres visites sí que s'ha de fer una derivació. Per pacients en seguiment no cal fer cap document de derivació. Els pacients poden remetre's directament a consultes de Reumatologia, però només si ja han estat diagnosticats i tractats pel servei de Reumatologia i estan rebent un fàrmac immunomodulador (doncs el maneig d'aquests fàrmac precisa de la intervenció d'un reumatòleg). Els motius de derivació poden ser: toxicitat del fàrmac, brot de la malaltia o descompensació d'un pacient prèviament estable. En cas d'activitat molt alta, en pacients no prèviament tractats pel servei de Reumatologia, dirigir-los a urgències de l'hospital.



Algunes preguntes del primer dia...

Al igual que en el LES, ¿en AR també podem començar tractament si ho veiem molt clar?

Es pot iniciar tractament amb AINE a dosis plenes i/o GC com a la primera pregunta (dosis màxima de 15 mg/dia de prednisona o equivalent).

La decisió de quin immunomodulador s'utilitza i les proves prèvies a iniciar un fàrmac com el MTX (serologies d'hepatitis, valoració de possibles comorbiditats, etc...) l'ha de prendre el metge que fa el seguiment del pacient. Per tant, no és aconsellable iniciar un immunomodulador sense tenir tota la informació i proves necessàries.





Glucocorticoides i altres immunosupressors. Maneig des d'Atenció Primària

Menna Rusiñol (Reumatologia. H. Universitari Parc Taulí)

Alícia Franzi (Unitat de Farmàcia. Gerència Territorial d'Atenció Primària VOC i VOR)

25/11/2025

Cas clínic



- 72 anys
- Hipertensió i diabetis.
- Diagnòstic recent **polimiàlgia reumàtica**.
- **Variables clíniques:**
 - IMC; 26
 - FGe: 65 ml/min
 - TA (135/90 mmHg,
 - HbA1c: 7,2 %
 - CT 180 mg/dL, cLDL 82 mg/dL, cHDL 55 mmg/dL i TG 185 mg/dL
- **Tractament:**
 - Lisinopril/ HCTZ 20mg/2,5 mg 1c/24h
 - Metformina 1000 mg ½-0-½
 - Empagliflozina 25 mg 1c/24h
 - Simvastatina 40 mg 1c/24h
 - Paracetamol 650 mg/8h si cal





Es decideix iniciar **prednisona 15 mg/dia**. Als 10 dies, millora clínica completa.

Després de **1 mes**, es redueix prednisona a 10mg. No brots

Glucocorticoides

- Els glucocorticoides continuen sent una pedra angular en el tractament de malalties reumàtiques inflamatòries
- Cal monitorització estricta per minimitzar els efectes adversos, especialment en tractaments prolongats o a dosis elevades.
- S'ha d'intentar la retirada progressiva en cas de remissió o baixa activitat de la malaltia



Corticoides: estratègia terapèutica

- L'objectiu principal és utilitzar la dosi mínima eficaç durant el menor temps possible:
- **Teràpia Pont:** Els GC orals s'han d'utilitzar principalment com a "teràpia pont" per controlar la inflamació mentre s'espera l'efecte dels FAMEs.
- **Associació amb FAMEs:** En patologies com l'artritis reumatoide, s'ha d'iniciar un FAME convencional (preferentment metotrexat) tan aviat com sigui possible per augmentar la taxa de remissió i facilitar la retirada dels GC.



Glucocorticoides

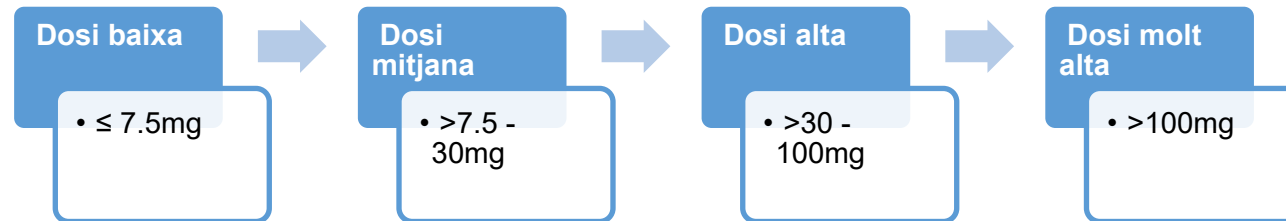
Tabla 42-1. Glucocorticoides sintéticos más utilizados y sus características. Equivalencias, actividad antiinflamatoria, actividad mineralocorticoide y vida media ¹⁴

Glucocorticoides sintéticos	Dosis equivalente (mg)	Actividad antiinflamatoria relativa a hidrocortisona	Actividad mineralocorticoide relativa a hidrocortisona	Vida media en horas
Hidrocortisona	20	1	1	8-12
Acetato de cortisona	25	0,8	0,8	8-12
Deflazacort	5	4	1	< 12
Prednisona	5	4	0,3	12-36
Prednisolona	5	4	0,3	12-36
Triamcinolona	4	5	0	12-36
Metilprednisolona	4	5	0,5	12-36
Parametasona	2	10	0	36-54
Dexametasona	0,75	30	0	36-72
Betametasona	0,6	25	0	36-72
Fludrocortisona	No para uso antiinflamatorio	10	250	18-36

La dosis equivalente se expresa en mg; la actividad antiinflamatoria y mineralocorticoide de cada compuesto relacionada con la de la hidrocortisona, que es 1 y la vida media biológica en horas.

Glucocorticoides

- Dosi de prednisona



Excepte en patologia sistèmica i brots greus, solem utilitzar **dosis baixes** de corticoides
Dosis baixes també com a teràpia de manteniment en certes situacions

Glucocorticoides



Tabla 42-2. Uso más habitual de los glucocorticoides en Reumatología

Glucocorticoides sintéticos	Dosis baja	Dosis media	Dosis alta	Pulsos IV	Intraarticular
Gota		+		+	+
Artritis por pirofosfato	-	-		-	+
Espondiloartritis	+ (Artritis periférica)				+
Artritis reumatoide	+	Ocasional, agudizaciones	Ocasional	+ (Complicaciones viscerales)	+
Síndrome de Sjögren	Ocasional, artritis			Ocasional, manifestaciones viscerales	
Lupus eritematoso sistémico	+ Artritis, fatiga, mialgias	+ Serositis	+ Enfermedad sistémica grave	+ Enfermedad sistémica grave	
Esclerosis sistémica	Ocasional, artritis	Ocasional, manifestaciones viscerales			
Polimiositis/dermatomiositis			+ (Inicial)	+ (Inicial)	
Vasculitis sistémicas			+ (Inicial)	+ (Inicial)	
Polimialgia reumática	+ (Mantenimiento)	+ (Inicial)			

+: uso frecuente.

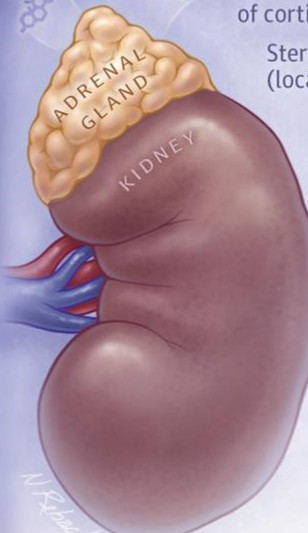


GC: efectes adversos a curt termini



Corticosteroid Medications
Corticosteroids (aka steroids) are synthetic versions of cortisol, a hormone produced by the adrenal gland.

Steroids that act on a specific part of the body (local) or the whole body (systemic) are available.



LOCAL STEROIDS

- Nasal spray
- Asthma inhaler
- Cream or lotion
- Eye drops
- Joint injection

SYSTEMIC STEROIDS

- Oral medication
- Intravenous medication

Side effects of corticosteroids
Side effects are common and are seen with both systemic and local steroids.

Short term	Long term
Increased appetite	A round face (moonface)
Weight gain	High blood pressure, high blood sugar
Unusual fat distribution around the abdomen or across the upper back (buffalo hump)	Increased risk of infection
Upset stomach	Cataracts, glaucoma
Insomnia, depression, euphoria, confusion	Bone thinning (osteoporosis) and fractures
	Adrenal crisis
	Thinning of the skin, bruising, stretch marks, poor wound healing
	Muscle weakness

Protecció gàstrica
IBP

Control ponderal

1-0-0

Explicar els
efectes adversos

GC: efectes adversos a llarg termini

- Hiperglucèmia induïda per corticoides



Resistència hepàtica i perifèrica a insulina
Inhibició secreció insulina



Glucosa basal > 126mg/dl
Glucosa > 200mg/dl
HbAc1 > 6.5%



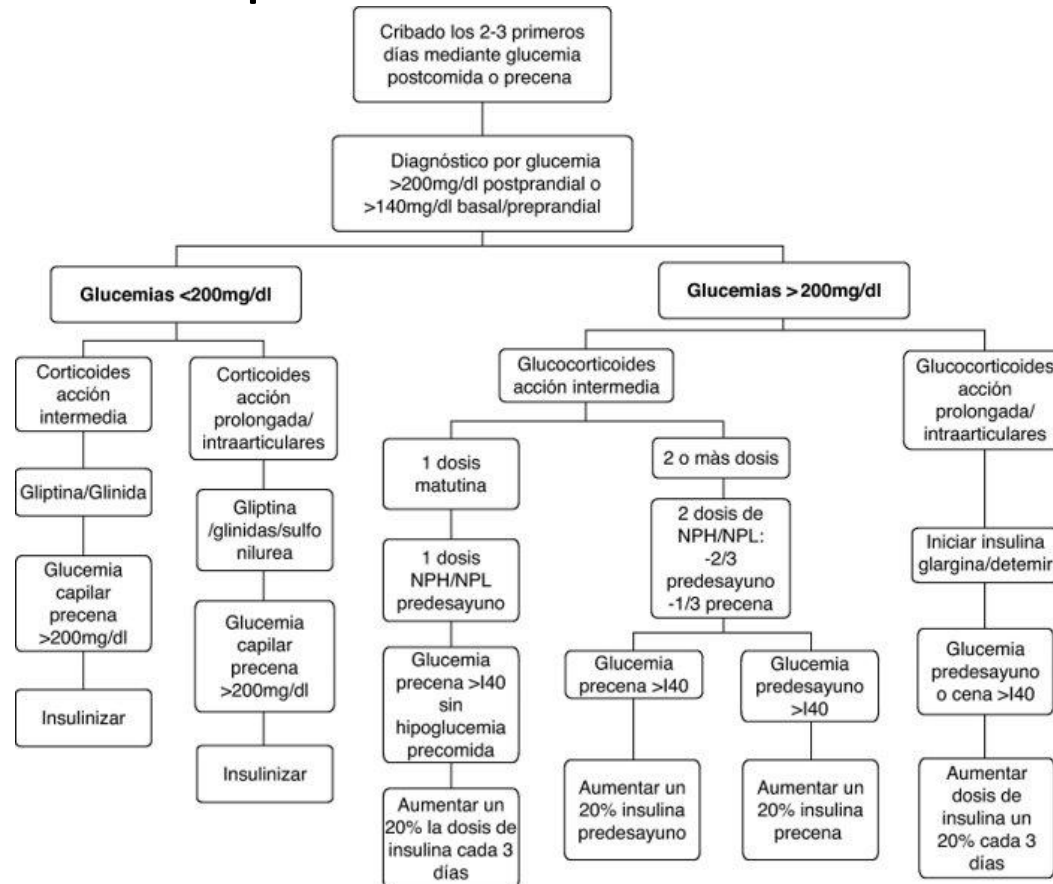
Individualitzar segons pacient i tractament
Insulina > Antidiabètics orals

Hiperglucèmia
postpandrial i vespertina

Valorar derivació a
Endocrí

GC: efectes adversos a llarg termini

- Hiperglucèmia per corticoides



GC: efectes adversos a llarg termini

- Síndrome de Cushing
 - Retirada progressiva corticoides
 - Derivar a especialista (Endocrí)



GC: efectes adversos a llarg termini

- Supressió eix Hipotàlem-Hipofisiari-Suprarenal
 - Debilitat, HTA, dolor abdominal, vòmits, alt hidroelectrolítiques.
 - Supressió brusca o situacions d'estrès (IQ).
 - Poc probable en tractament < 3 setmanes



Cortisol matutí (STOP tto 24h prèvies)
< 5µg/dL - Supressió de l'eix
>10µg/dL - Normalitat de l'eix



Reducció progressiva corticoterapia
Si tractament > 3 setmanes

GC: efectes adversos a llarg termini

- Supressió eix Hipotàlem-Hipofisiari-Suprarenal



Reducció progressiva
corticoterapia

Individualitzem segons:

- Indicació
- Pacient
- FAME concomitant

> 40mg

- Descens ràpid
- 5-10mg/d c/1-2 setmanes

20-40mg

- 5mg/d c/1-2 setmanes

10-20mg

- 2.5mg/d c/2-3 setmanes

<10mg

- 1mg c/ 2-4 setmanes



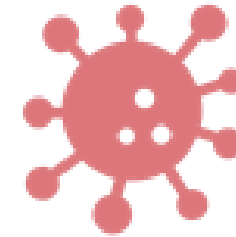
GC: efectes adversos a llarg termini

- Hipertensió arterial, retenció hidrosalina, hipopotassèmia, descompensació ICC
 - Efecte mineralocorticoide
 - Control ponderal i de TA
 - Reducció progressiva corticoides i dosi mínima eficaç
 - Tractament segons guies



GC: efectes adversos a llarg termini

- Immunosupressió
 - Sobretot en combinació d'altres fàrmacs immunosupresors com els FAME
 - Major risc d'infeccions oportunistes bacterianes, víriques i fúngiques



GC: efectes adversos a llarg termini

- Osteoporosi

- És la causa més freqüent d'OP secundària
- Risc present inclús en dosis baixes
- Fractures amb DMO més elevades (microarquitectura)

 **FRAX®** Herramienta de Evaluación de Riesgo de Fractura desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)

INICIO Herramienta de Cálculo Tablas Preguntas Más Frecuentes Referencias Seleccione una lengua

Herramienta de Cálculo

Por favor responda las preguntas siguientes para calcular la probabilidad de fractura a diez años sin DMO o con DMO.

 País: **España** Nombre/ID: [Acerca de los factores de riesgo:](#)

Cuestionario:

1. Edad (entre 40-90 años) o fecha de nacimiento
Edad: A M D Fecha de Nacimiento: A M D

2. Sexo ☐ Hombre ☐ Mujer

3. Peso (kg)

4. Estatura (cm)

5. Fractura Previa ☐ No ☐ Sí

6. Padres con fractura de cadera ☐ No ☐ Sí

7. Fumador Activo ☐ No ☐ Sí

8. Glucocorticoides ☐ No ☐ Sí

9. Artritis Reumatoide ☐ No ☐ Sí

10. Osteoporosis Secundaria ☐ No ☐ Sí

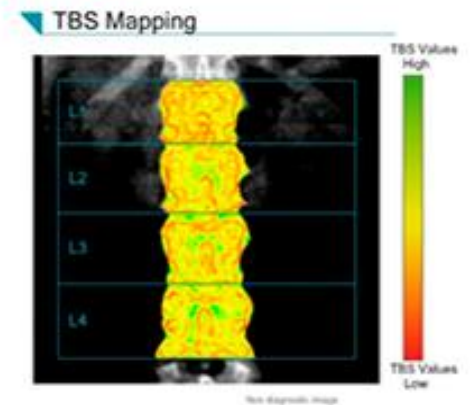
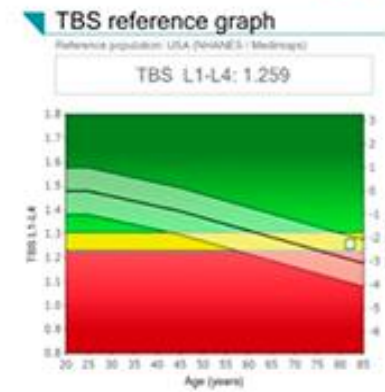
11. Alcohol, 3 o más dosis por día ☐ No ☐ Sí

12. DMO de Cuello Femoral (g/cm²)
Seleccione DXA

Weight Conversion: pound

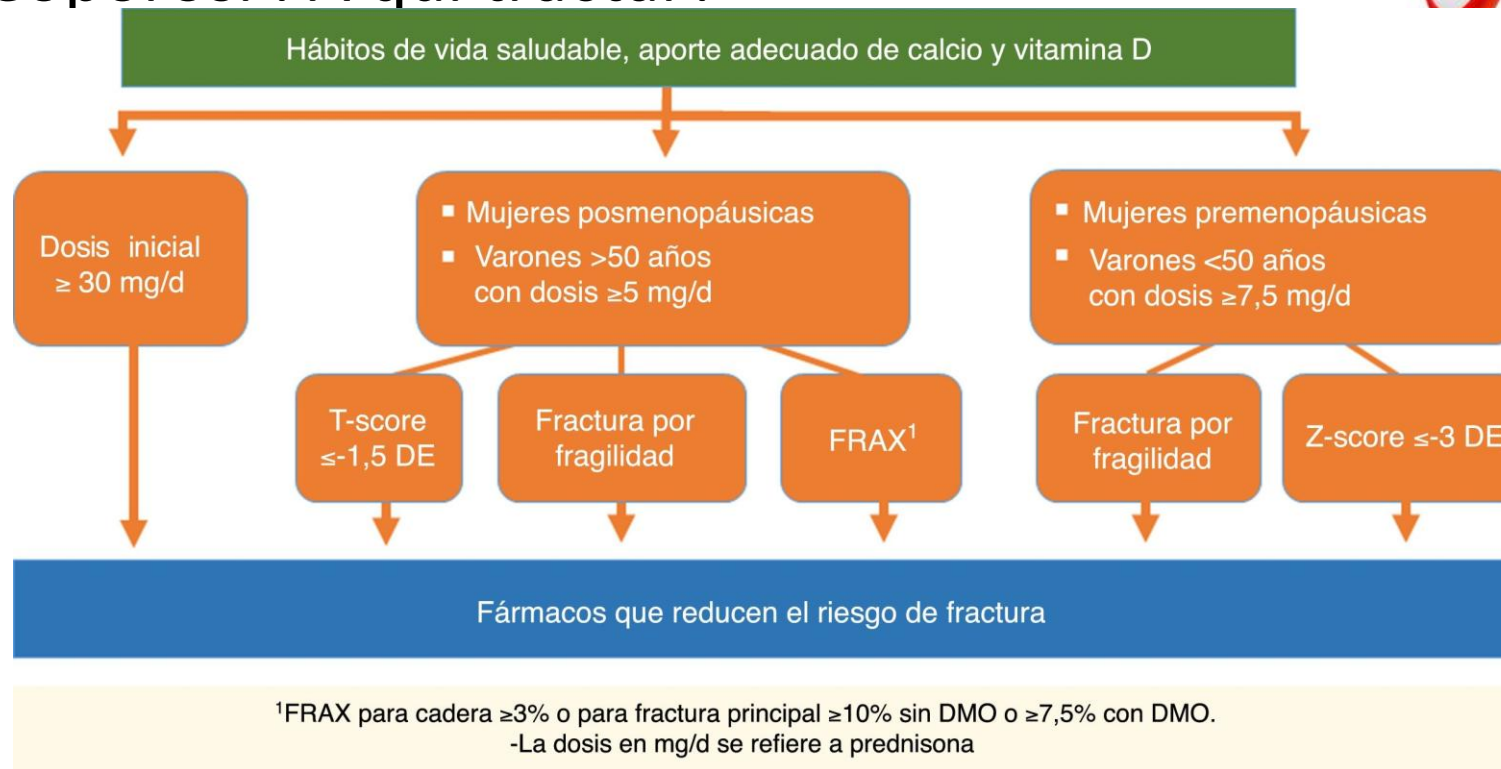
Height Conversion: inch

SPINE TBS REPORT



GC: efectes adversos a llarg termini

- Osteoporosi : A qui tractar?



GC: efectes adversos a llarg termini

- Osteoporosi : A qui tractar?



Dones postmenopàusiques
Homes > 50 anys

≥ 5mg/d PDN (eq) > 3 mesos

Dones premenopàusiques
Homes < 50 anys

Fractures prèvies

DMO baixa

Dosis altes de corticoides > 3 mesos

GC: efectes adversos a llarg termini

- Altres
 - Neuropsiquiàtrics: alteracions estat d'ànim, insomni
 - Atròfia cutània
 - Cataractes, glaucoma

Revisió oftalmològica
periòdica





REUMA
FAMILIA



Tractament: prednisona 10
mg/dia.

Què cal fer abans d'iniciar
glucocorticoides?

Quin monitoratge cal fer?

GC: monitoratge i prevenció d'efectes adversos durant el tractament

Monitoratge
Pes, TA, Glucèmia



- Individualitzar IBP
- Suplementar amb Ca + vitam D si GC > 3 mesos
- Individualitzar necessitat tractament OP
- Ajustar tractament HTA o DM segons necessitat



Vacunació: vacunes no vives





La pacient no pot reduir
glucocorticoides per recaigudes

Es planteja associar un
immunosupressor

Fàrmacs modificadors de la malaltia (FAME)

- Control de la malaltia a llarg termini
- Permeten la reducció o suspensió de GC

Tabla 43-1. Nomenclatura de los fármacos modificadores de la enfermedad (FAME)¹

TIPO DE FAME	EJEMPLOS
FAME sintéticos ¹ • FAME sintéticos convencionales² • FAME sintéticos dirigidos³	Metotrexato, leflunomida, sulfasalazina, antimalàrics Tofacitinib, baricitinib, upadacitinib, filgotinib, apremilast
FAME biològics ⁴ • FAME biològics originals⁵ • FAME biològics biosimilars⁶	Infliximab, etanercept, adalimumab, rituximab, abatacept, tocilizumab, certolizumab pegol, etcètera Biosimilar de infliximab, etanercept, adalimumab, rituximab, etcètera

FAME: metotrexate

 Generalitat de Catalunya
Departament de Salut
**Direcció General d'Ordenació
i Regulació Sanitària**

Pàg. 2 / 2

Data: 12/6/2025

Referència: 2025047

AR

NOTA INFORMATIVA

Risc de sobredosi de metotrexat per error de dosificació diària en lloc de setmanal

Tipus d'alerta: **Seguretat**

Tipus de producte: **Medicament d'ús humà**

* Oficines de farmàcia * Acadèmia de Ciències Mèdiques i de la Salut de Catalunya i de Balears * Entitats proveïdores d'atenció primària * Magatzems de distribució farmacèutica * Col·legis de farmacèutics * Col·legis d'infermeria * Col·legis de metges * Dipòsits de medicaments intrahospitalaris * Serveis de farmàcia hospitalària *

- RECORDAR QUE LES PAUTES SON SEMPRE SETMANALS

METOTREXAT ORAL

Pauta setmanal

Recomanacions

PREN EL METOTREXAT EN UNA ÚNICA DOSI



Pren la medicació sempre el mateix dia de la setmana.

UTILITZA LA TARGETA PACIENT



Anota-hi el dia de la setmana que prens el metotrexat i porta-la sempre a sobre.

La trobaràs dins la caixa del medicament

SEGUEIX LA PRESCRIPCIÓ DEL METGE



No canviïs pel teu compte la dosi prescrita. Consulta els canvis sempre amb el metge.

INFORMA'T DE LES POSSIBLES REACCIONS ADVERSES



Informa't de quines són les possibles reaccions adverses i què has de fer si n'apareixen.

RENTA'T LES MANS



Renta't les mans abans i després de tocar el medicament.

FAME: metotrexate

- 
- **Efectes Adversos Principals:**
 - Toxicitat hepàtica (fibrosi, esteatosi)
 - Mielosupressió (citopènies)
 - Toxicitat renal
 - Pneumonitis (rara però greu)
 - Toxicitat gastrointestinal
 - **Poblacions de Major Risc:**
 - Adults ≥ 65 anys
 - IR
 - Dones
 - comorbiditats (MCV,DM)
 - Aquells que requereixen dosis més altes (≥ 15 – 20 mg/setmana)

Àcid fòlic (5mg/setmana)
el dia després de la presa
de MTX per reduir la
toxicitat hematològica i GI

Altres immunosupressors

Tabla 43-3. Efectos adversos más frecuentes y recomendaciones para el control de FAME e inmunosupresores

FÁRMACO	EFFECTOS ADVERSOS	MONITORIZACIÓN
Metotrexato	Gastrointestinales Elevación de transaminasas Toxicidad medular	Hemograma completo y bioquímica con perfil hepático y renal cada 4-8 semanas al inicio y, posteriormente, cada 8-12 semanas
Leflunomida	Gastrointestinales Elevación de transaminasas HTA Alopecia, <i>rash</i> y prurito Toxicidad medular	Hemograma completo y bioquímica con perfil hepático y renal cada 4-8 semanas al inicio y, posteriormente, cada 8-12 semanas
Sulfasalazina	Gastrointestinales Cefalea y mareo Toxicidad medular Rash	Hemograma completo y perfil hepático y renal mensual durante los 3 primeros meses y, posteriormente, cada 3-6 meses
Antimaláricos Hidroxicloroquina	Gastrointestinales Rash pruriginoso Retinopatía Miopatía	Hemograma completo y bioquímica hepática y renal en cada revisión Examen oftalmológico basal, a los 5 años y luego anual
Ciclofosfamida	Toxicidad medular Gastrointestinales Cistitis hemorrágica Supresión de la función gonadal Neoplasias Infecciones	Hemograma y bioquímica con función renal y hepática a las 2 semanas de la infusión
Micofenolato mofetilo	Gastrointestinales Toxicidad medular Infecciones Hepatotoxicidad	Hemograma completo y bioquímica a las 2 semanas de iniciar el tratamiento y, posteriormente, cada 6-8 semanas

A Balsa et al. Tratado de Enfermedades Reumáticas de la SER. 2a ed. Madrid. EMP. 2022.



Altres immunosupressors

Tabla 43-4. Uso de inmunomoduladores en el embarazo y lactancia¹²

FÁRMACOS QUE DEBEN SUSPENDERSE ANTES DEL EMBARAZO	EMBARAZO	LACTANCIA
Metotrexato	Interrumpir 3 meses antes de concepción	No usar
Leflunomida	Hacer lavado con colestiramina 3 meses antes de la concepción	No usar
Ciclofosfamida	Evitar durante el embarazo	No usar
Micofenolato mofetilo	Evitar durante el embarazo	No usar
FÁRMACOS COMPATIBLES CON EL EMBARAZO	EMBARAZO	LACTANCIA
Hidroxicloroquina	Es preferible a la cloroquina	Se excreta por la leche, pero la lactancia es posible
Sulfasalazina	Requiere suplementos de ácido fólico	Se excreta por la leche, pero la lactancia es posible, salvo en prematuros con hiperbilirrubinemia
Azatioprina	No sobrepasar 2 mg/kg/día si es posible	Se excreta por la leche, pero la lactancia es posible
Ciclosporina y tacrolimus	Controlar la tensión arterial	Se excreta por la leche, pero la lactancia es posible



Prevenió d'Infeccions en Persones Immunosuprimides

Vacunació

- Amb dosis de GC ≤ 10 mg/dia, les **vacunes no vives** són segures.
- Amb dosis $>10-20$ mg/dia, la resposta pot ser subòptima.
- Amb dosis ≥ 20 mg/dia, només s'hauria d'administrar la de la grip; la resta s'haurien de posposar.

Recomanació

- Pneumococ
- Grip
- Hepatitis B
- SARS-CoV-2
- Herpes zoster recombinant
- **Vacunes Vives:**
Contraindicades



Prevenició d'Infeccions en Persones Immunosuprimides

Cribratge d'Infeccions Oportunistes

- **Tuberculosi (TB):** RxT + PPD/Quantiferò
- **Hepatitis B C:** serologies
- **Strongyloides stercoralis:** serologia

Profilaxi Antimicrobiana

- **Pneumocystis jirovecii Pneumonia (PJP):**

Profilaxi amb trimetoprim-sulfametoxazol en pacients que reben combinacions de GC a dosis elevades (>20–30 mg/dia de prednisona) i altres immunosupressors, fins que la dosi de GC es redueixi a ≤ 5 mg/dia.

Àcid fòlic



Metotrexate: monitoratge i prevenció d'efectes adversos durant el tractament

Monitoratge

Hemograma, Creatinina i AST/ALT: cada 3-4 mesos



- Àcid fòlic (5mg/setmana) per reduir la toxicitat hematològica i GI
- Trimetoprim-sulfametoxazol si corticoides a dosis altes + IS o combinació de 2 immunosupresors.

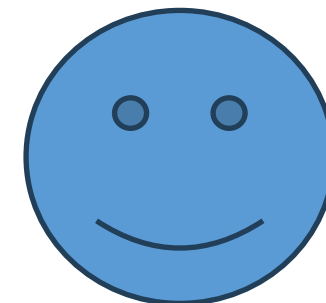


Vacunació: vacunes no vives





Durant el seguiment,
s' inicia **metotrexat 10
mg/setmana** i es redueix la
prednisona progressivament.



Conclusions (I)



Els **glucocorticoides**
s'utilitzen com a tractament
agut en fase de brot

Dosi mínima eficaç durant
el menor temps possible

Monitorar EA

- Seguiment comorbiditats i ajustar tractament: diabetis, osteoporosi, dislipèmies (si RCV elevat)
- Monitorar: pes, PA, perfil lipídic i pressió intraocular
- Atenció als símptomes de Supressió eix Hipotàlem-Hipofisiari-Suprarenal
- Si ús d'AINE, antiagregants o anticoagulants: IBP
- Suplementar amb Ca + vitam D si GC > 3 mesos

Vacunació

Si GC < 20 mg/dia prednisona

- Grip, SARS-CoV-2, Pneumococ, Herpes Zoster

Si GC > 20 mg/dia prednisona

- Grip



Important
rol de MAP

Conclusions (I)



Els **immunosupressors** s'utilitzen com a tractament de base a les malalties reumatològiques

Monitorar EA

- Monitorització d'hemograma, funció renal i funció hepàtica: 2-3 mesos

Vacunació

- En pacients immunosuprimits: vacunes vives contraindicades

Important
rol de MAP

Si incidències redirigir al circuit
d'atenció continuada de
Reumatologia





TALLER D'ESPATLLA DOLOROSA

Dra Mireia Moreno
Servei de Reumatologia
Parc Taulí Hospital Universitari

25 Novembre del 2025

Agenda

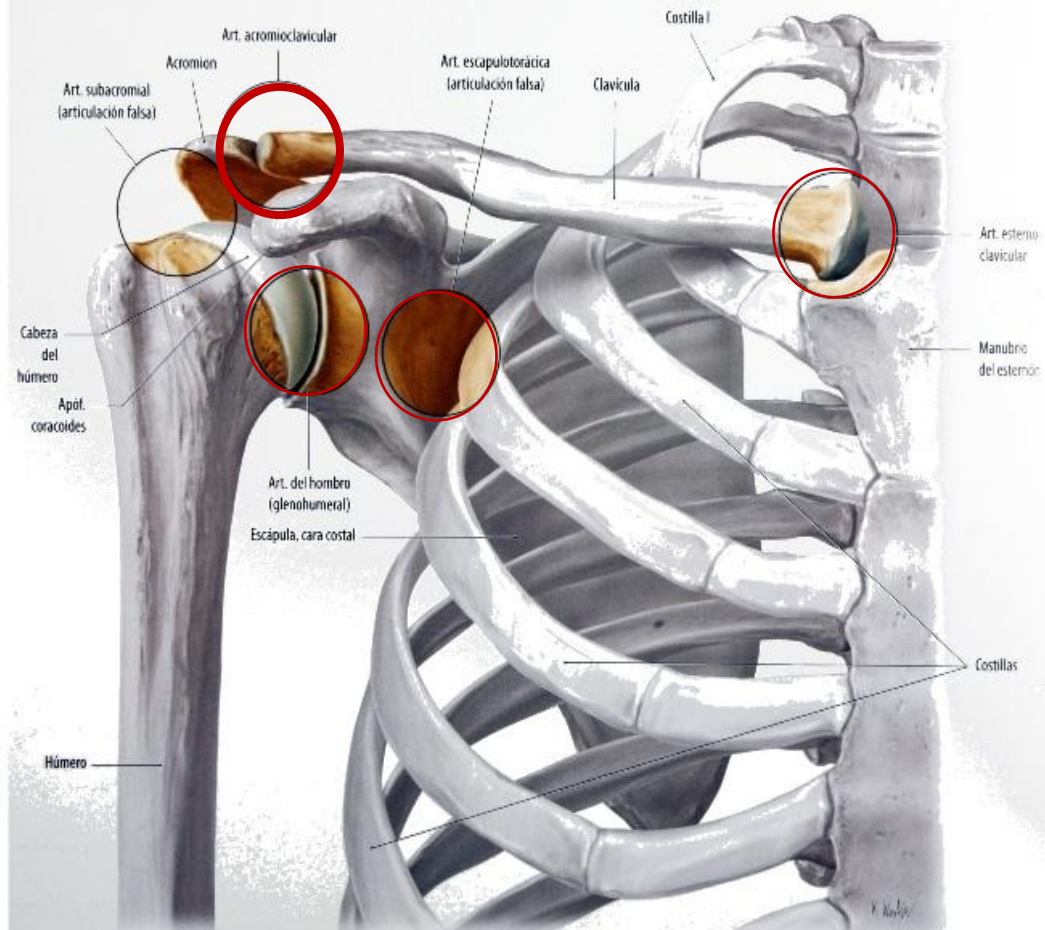
- Generalitats a tenir molt present
- Imatge al nostre abast (radiologia i ecografia)
- Mans a la obra



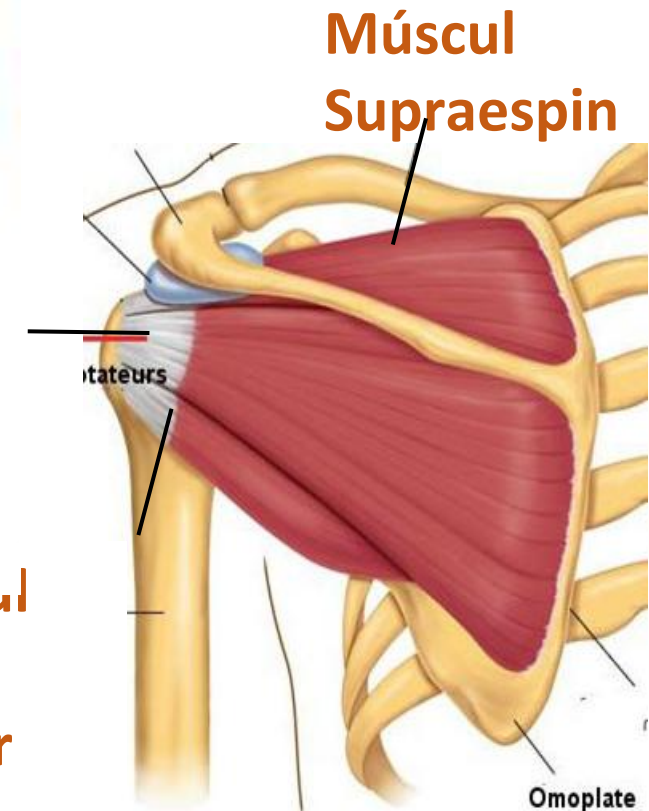
Anatomia bàsica

Manegot rotadors :
Interns / Externs

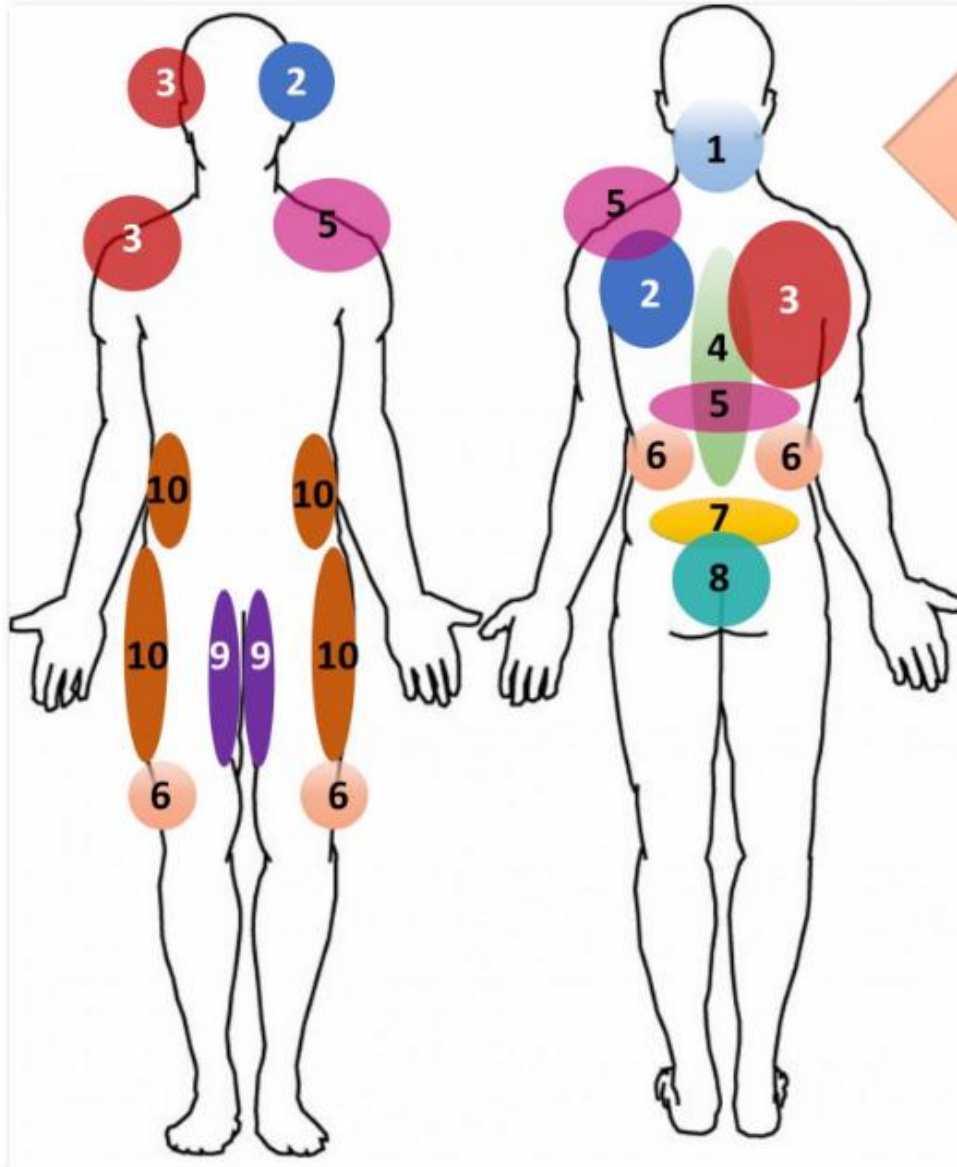
Múscul Supraespinós



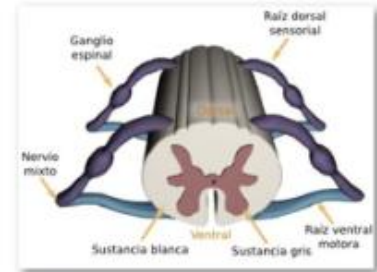
Múscul
Rodò
menor



Vísceras y sus zonas de dolor reflejo



1. Vesícula biliar. Hígado
2. Estómago/Vesícula Biliar
3. Hígado/ Vesícula Biliar
4. Duodeno
5. Páncreas
6. Riñón
7. Intestino Delgado
8. Útero, vejiga, Próstata
9. Intestino Delgado
10. Intestino Grueso y Uroginecología





Patologia manegot dels rotadors

Neurològic
(hèrnies discals cervicals, atrapaments nervis, ELA)

Bursitis subacromiodeltoidea

Pulmonars
(pleuritis, pneumotòrax, tumor Pancoast)

Tendinitis bicipital i deltoidea

Cardiovascular
(dissecció aòrtica, cardiopatia isquèmica, vasculitis)

Tendinitis càlcica

Neoplàsies, paraneoplàsic, metastàsic

Capsul·litis adhesiva

Ruptures traumàtiques/degeneratives

Artrosi degenerativa (gleno-humeral, acromio-clavicular)

Artritis (inflamatòria, sèptica, microcristal·lina)

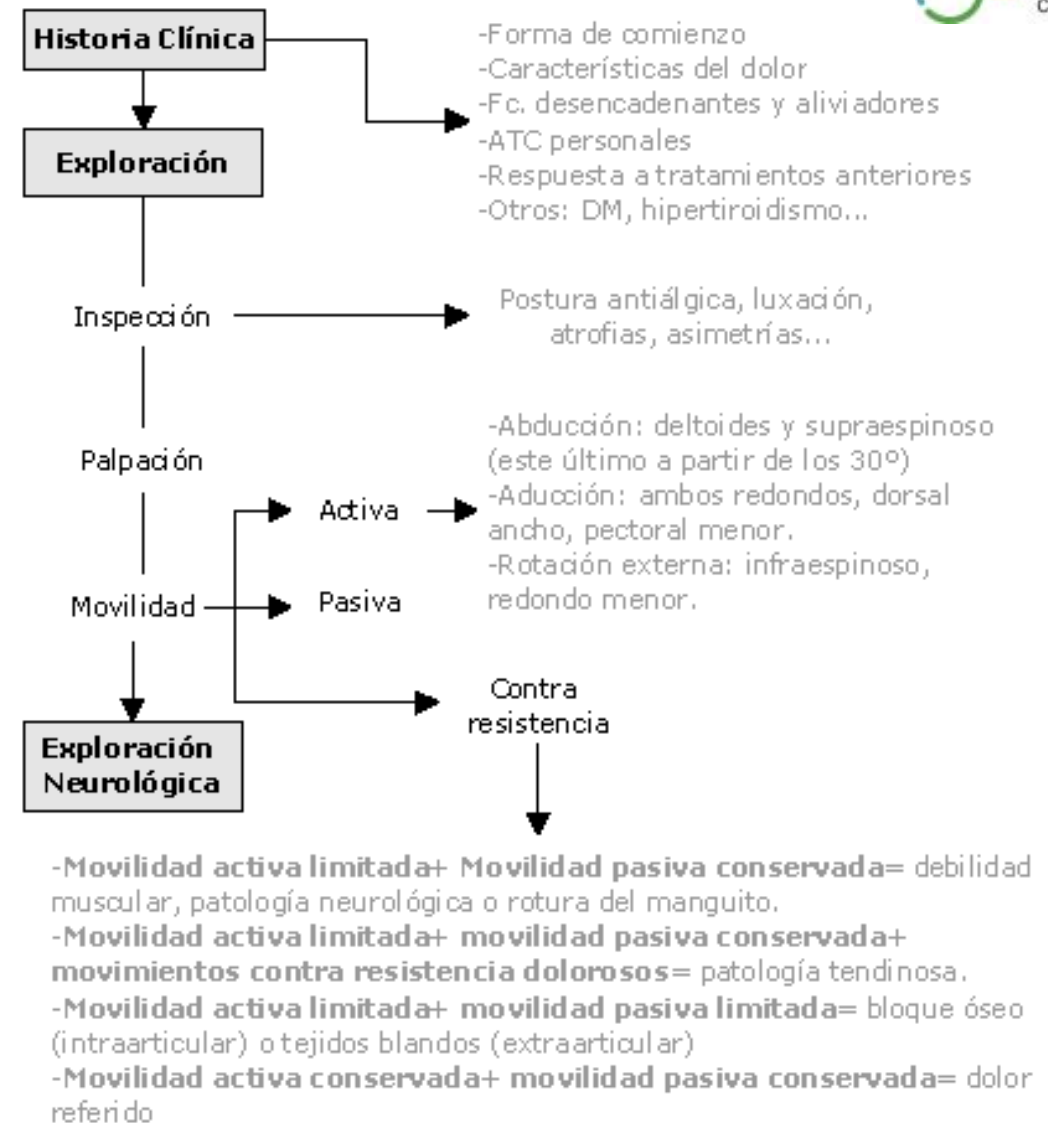
Necrosi òssia avascular

Miàlgies inespecífiques o problemes musculars



Diagnòstic etiològic

- CLÍNICA
 - Anamnesi :
Presència signes alarma
 - Exploració física
- RADIOGRAFIA
- Opcionals:
Ecografia /RM



	Institut Català de la Salut Atenció Primària OSTEOARTICULARS
	Patologia manegot dels rotadors
	Bursitis subacromiodeltoidea
	Tendinitis bicipital i deltoidea
	Tendinitis càlcica
	Capsul·litis adhesiva
	Ruptures traumàtiques/degeneratives
	Artrosi degenerativa (gleno-humeral, acromio-clavicular)
	Artritis (inflamatòria, sèptica, microcristal·lina)
	Necrosi òssia avascular
	Miàlgies inespecífiques o problemes musculars

Etiologia articular

Limitació activa i passiva a
TOTS els moviments

Etiologia periarticular

Limitació només activa o
activa i contrarresistència

Etiologia articular

Aguda/subaguda

1. PMR
2. Artritis inflammatòria de base (AR, EspA)
3. Sèptica
4. Microcristal·lina.



Derivar a reumatologia per
valoració
-- Stm acompanyants, bilateral, edat
-- artrocentesi +/- infiltració

Crònica

1. Capsulitis retràctil.
2. Osteonecrosi de cap humeral
3. Artropatia neuropàtica
4. Artrosi severa.



RMT/COT/RHB



Etiologia periarticular

METGE DE FAMÍLIA

- Patologia manegot dels rotadors
- Bursitis subacromiodeltoidea
- Tendinitis bicipital i deltoidea
- Tendinitis càlcica*
- Ruptures traumàtiques/degeneratives**

*: excepció...valorar aspiració vs ionització.

** : ruptures traumàtiques en joves valorar COT per IQ



Exploració física

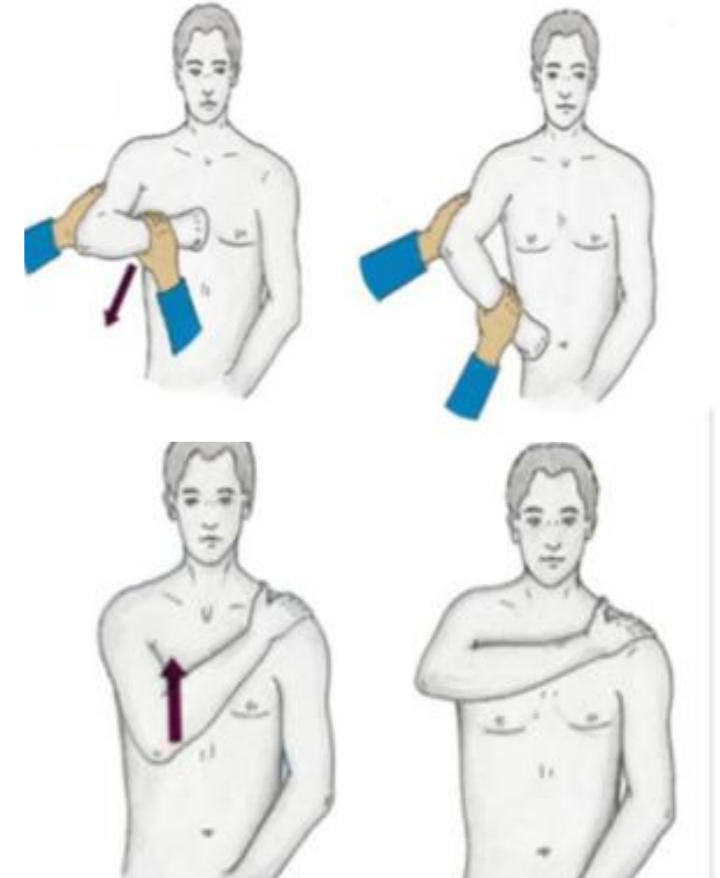
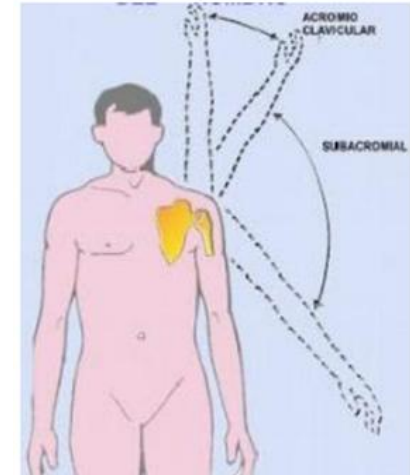
- Mobilitat articular activa:

- Flexió (anterior): 160-180°
- Extensió (retropulsió): 45-50°
- Abducció (elevació lateral)
 - ❖ Glenoide humeral: 90°
 - ❖ Glenoide humeral + escàpula: 180°
- Rotació externa: 45-80°
- Rotació interna: D5-D12



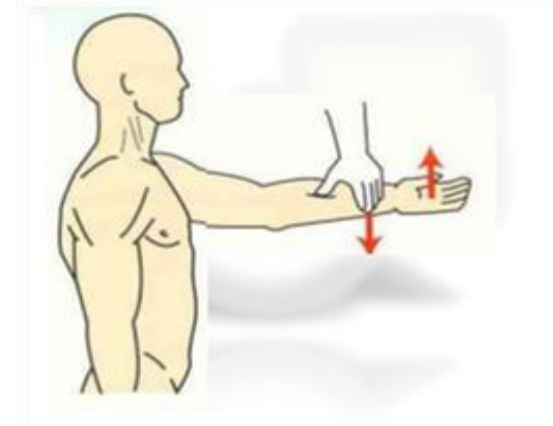
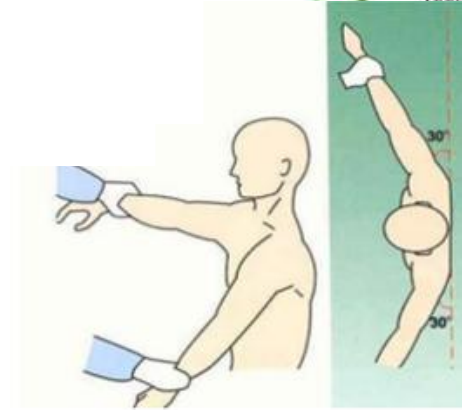
Exploració física

- Mobilitat articular passiva: realitzar quan mobilitat activa està limitada.
- Maniobres específiques de conflicte subacromial:
 1. **Arc dolorós**: dolor entre 70-120° d'abducció activa.
 2. **Signe Hawkins**: braç en flexió 90°, colze en flexió a 90°. L'explorador realitza rotació interna de l'espatlla baixant avantbraç al que s'oposa el pacient.
 3. **Signe de Yocum**: la mà de l'espatlla explorada es col·loca sobre l'espatlla contralateral. L'individu aixeca el colze sense aixecar l'espatlla.



Exploració física

4. **Maniobra de Jobe:** mantenir el braç a 90° d'abducció, en rotació interna (polze en direcció a terra) i 30° endavant. Fer força d'oposició cap avall. Si l'individu no té força per aguantar la maniobra indica ruptura tendinosa (supraespinós).
5. **Test palm-up:** braç a 90° de flexió i en rotació externa. Fer força d'oposició cap avall. Explora bíceps.
6. **Impingement de Neer:** elevació passiva del braç per part de l'explorador, en ABD, flexió i rotació interna, a l'alçada de l'espatlla.



Diagnòstic: tècniques d'imatge



- RX

Aconsellable si cal infiltrar, si sospita de tendinitis càlcica, casos evolucionats o amb evolució tòrpida, per fer diagnòstic diferencial o antecedent traumàtic.



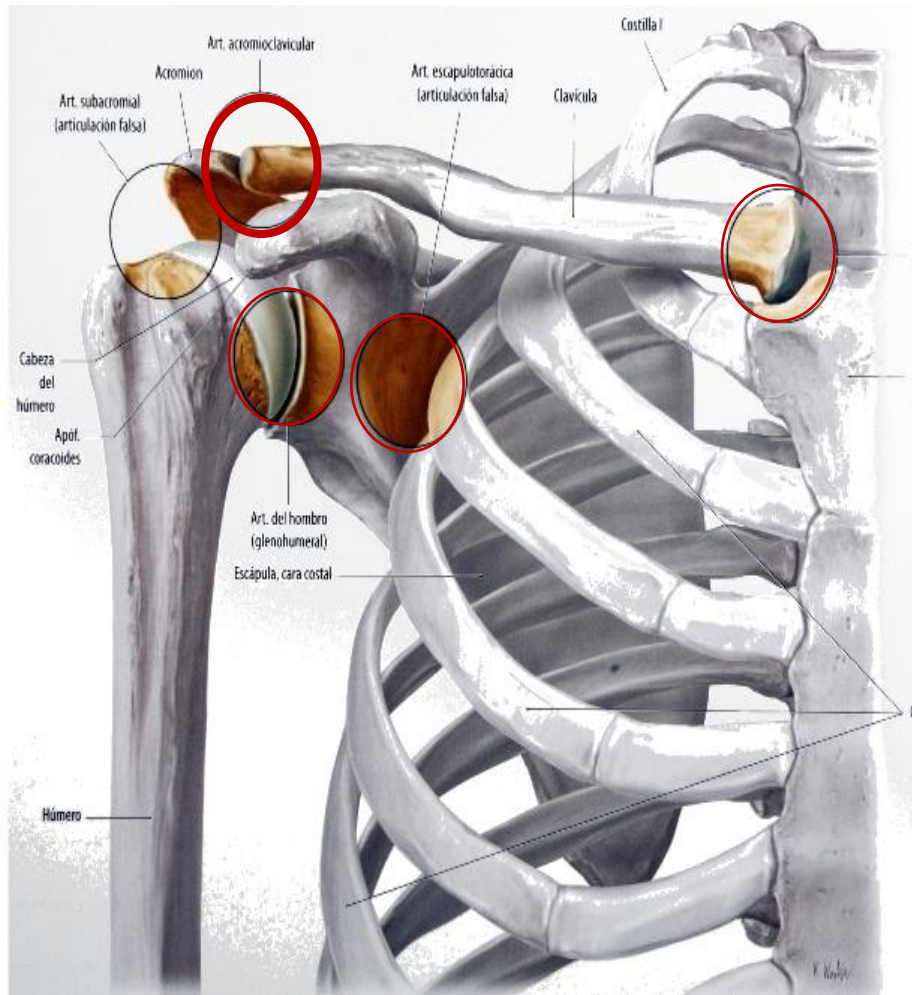
- ECO

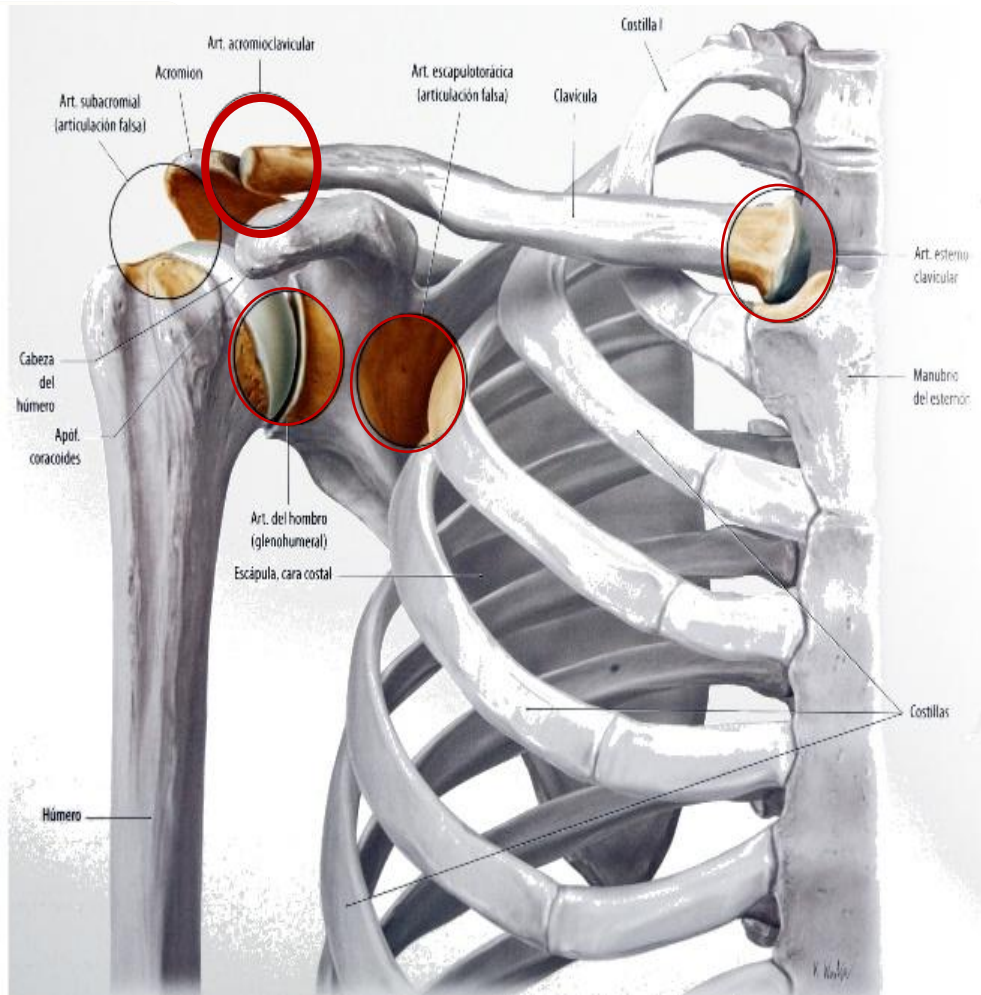
No cal una utilització sistemàtica, però de gran ajuda en casos dubtosos i per confirmar el diagnòstic. Útil per realitzar infiltracions ecoguiades. No irradia.

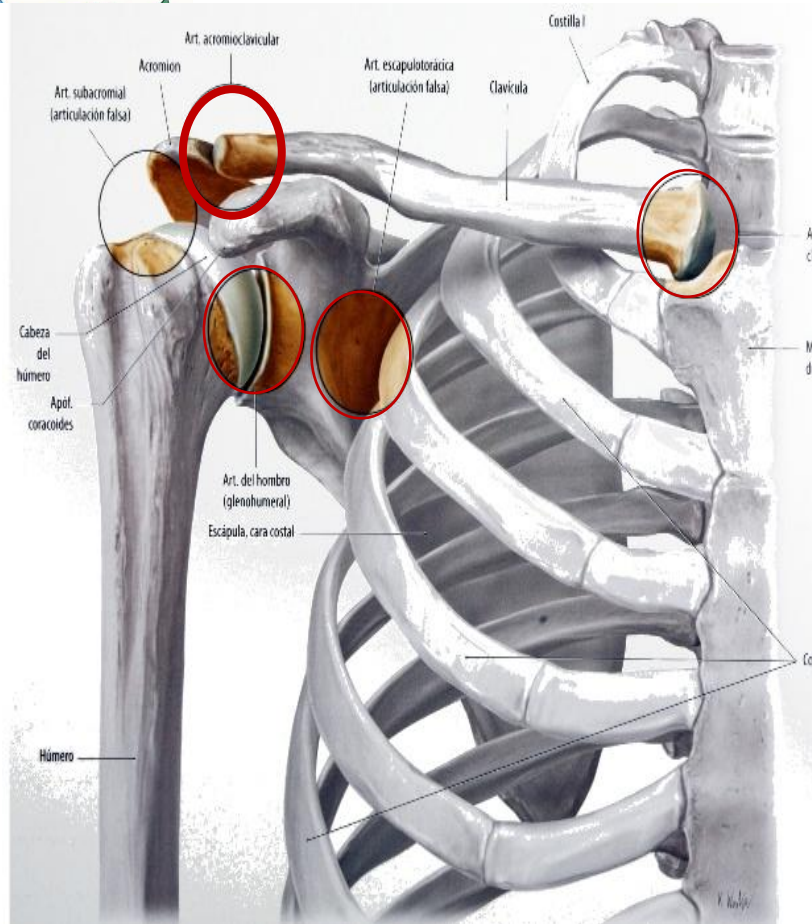


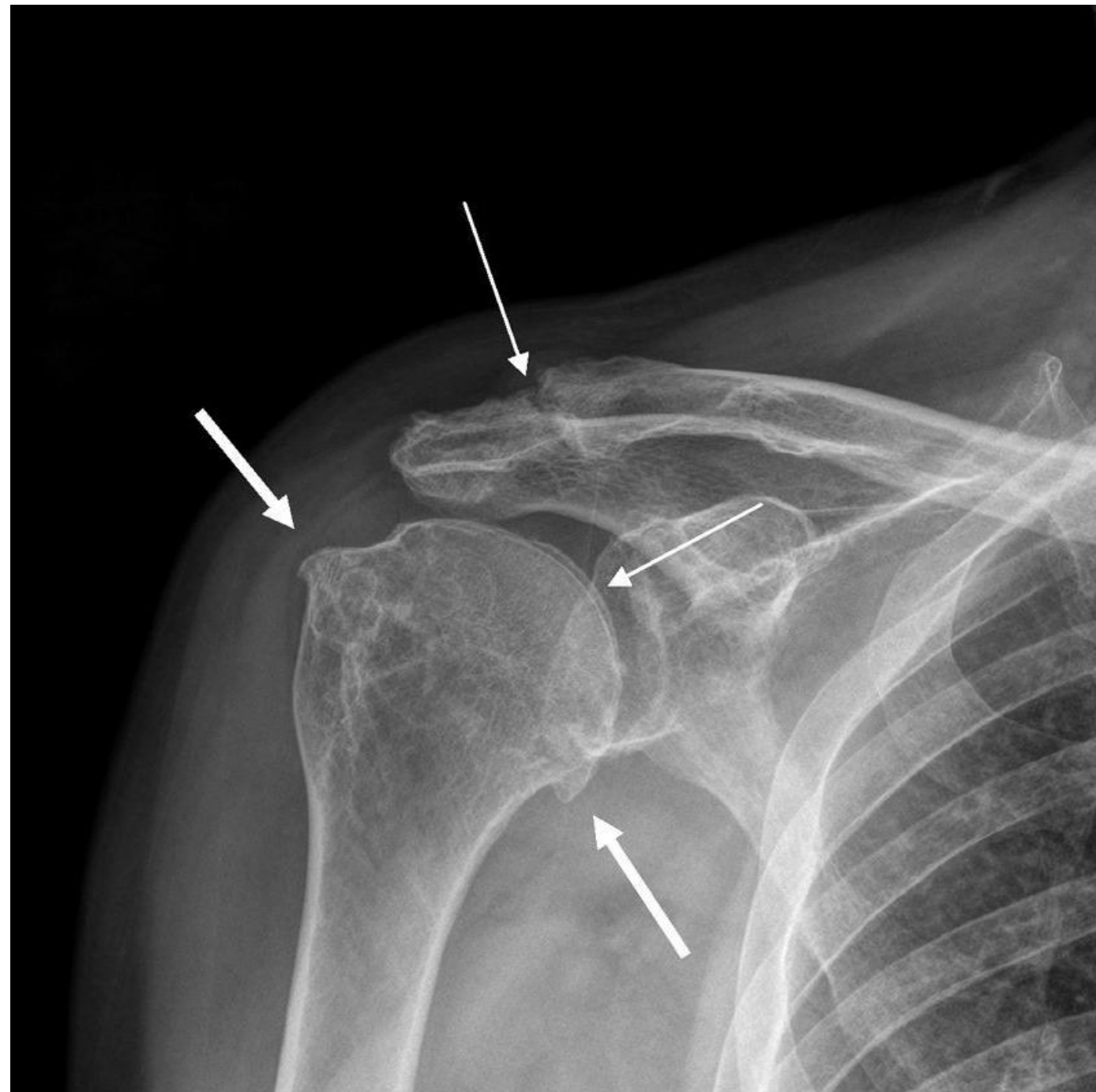
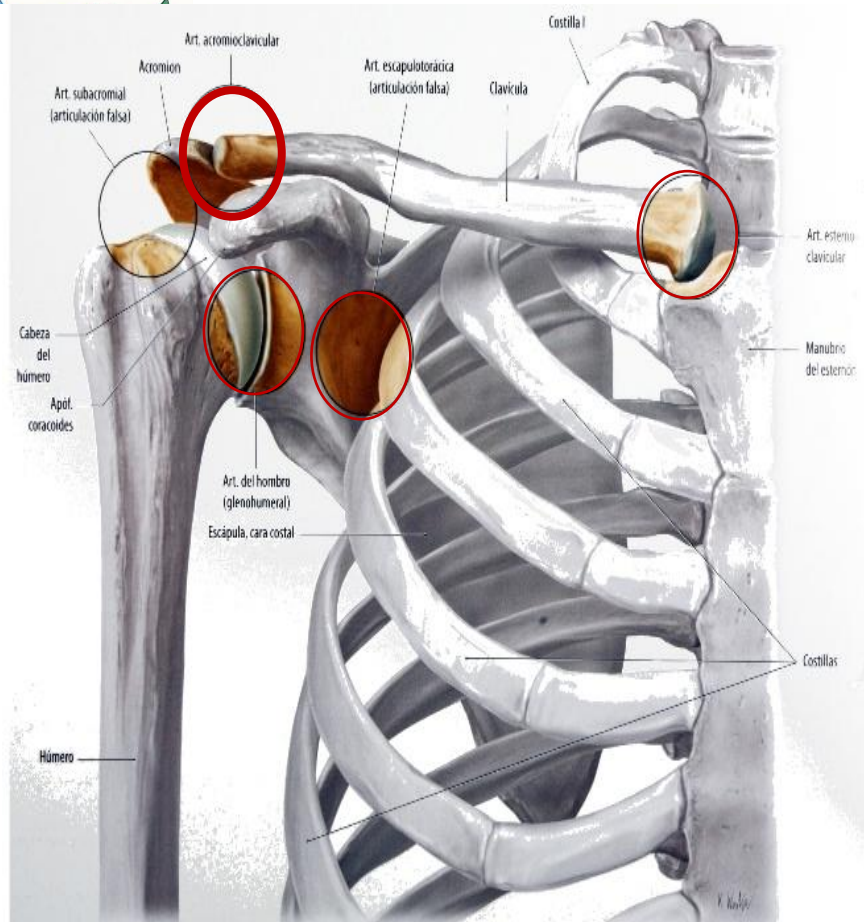
- RM

Valoració quirúrgica i dubtes diagnòstics.

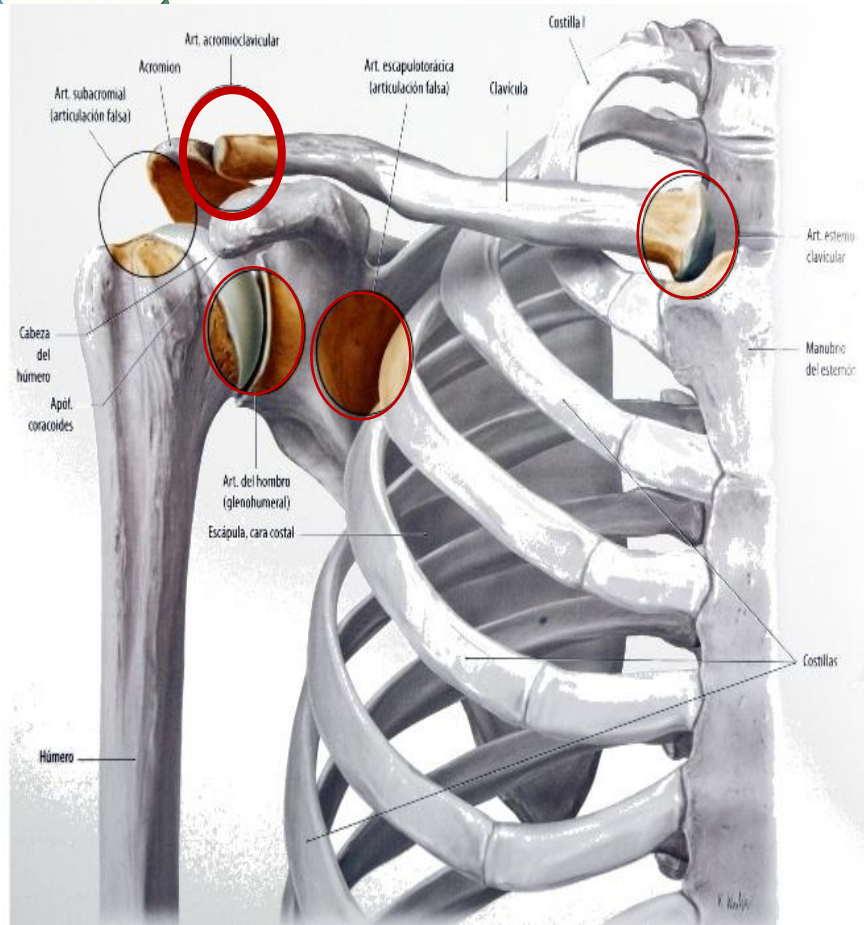


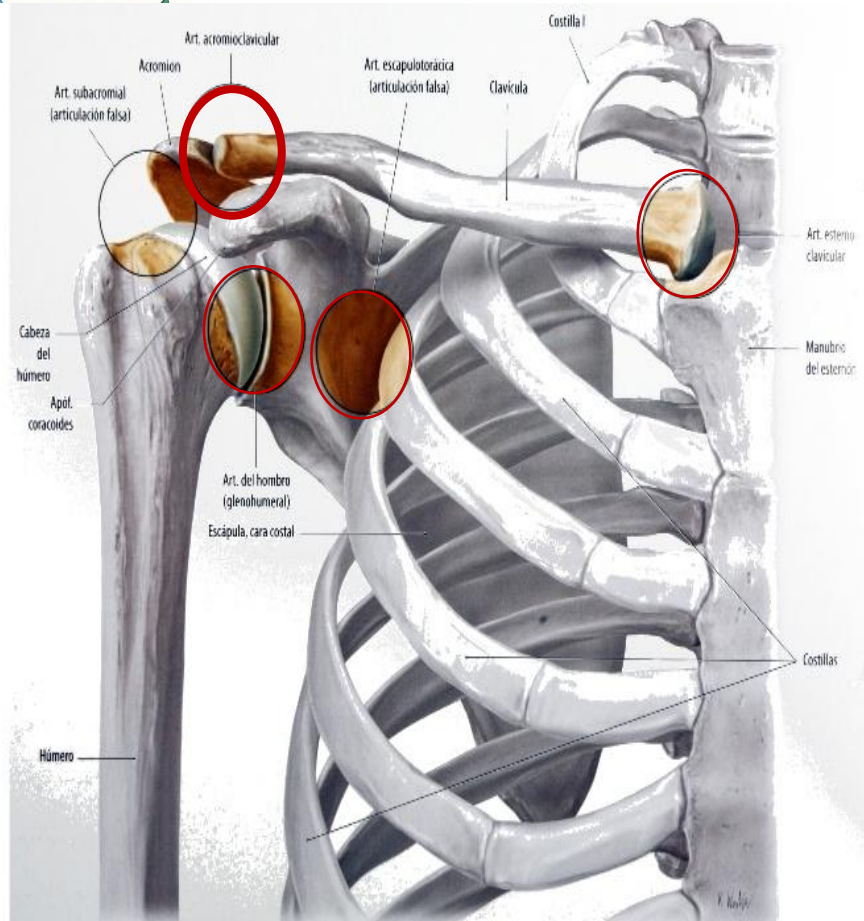












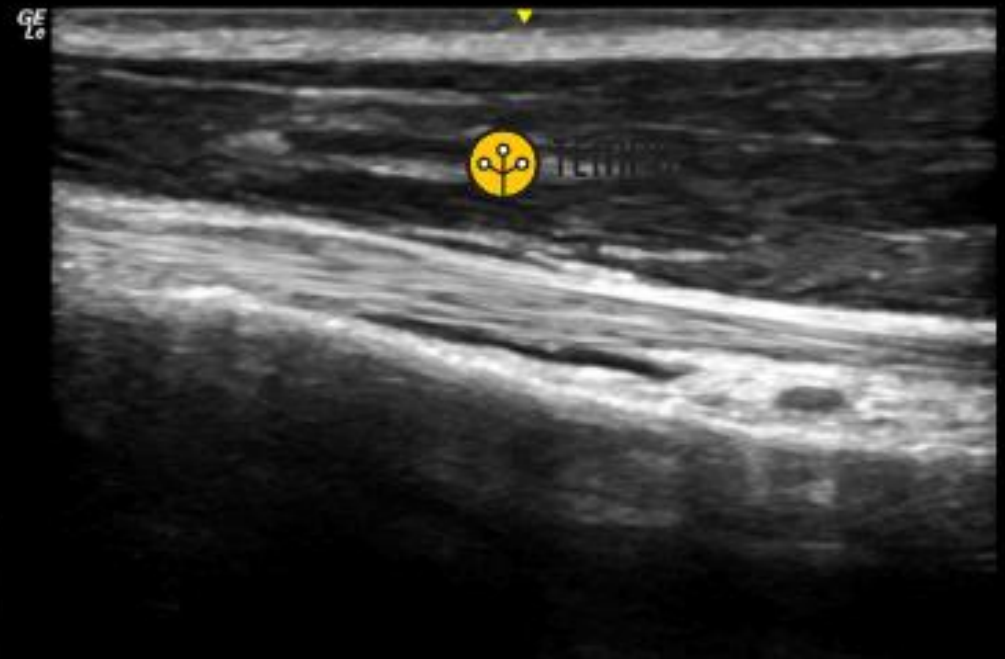


itãria

- Signo de la "media luna"
- Superficie articular aplanada levemente
- Lucencia subcentral subarticular con esclerosis circundante.



Tendón Largo Bíceps



Plataforma Ecografía Tempo Formación
www.tempoformacion-app.com





Tendón Subescapular



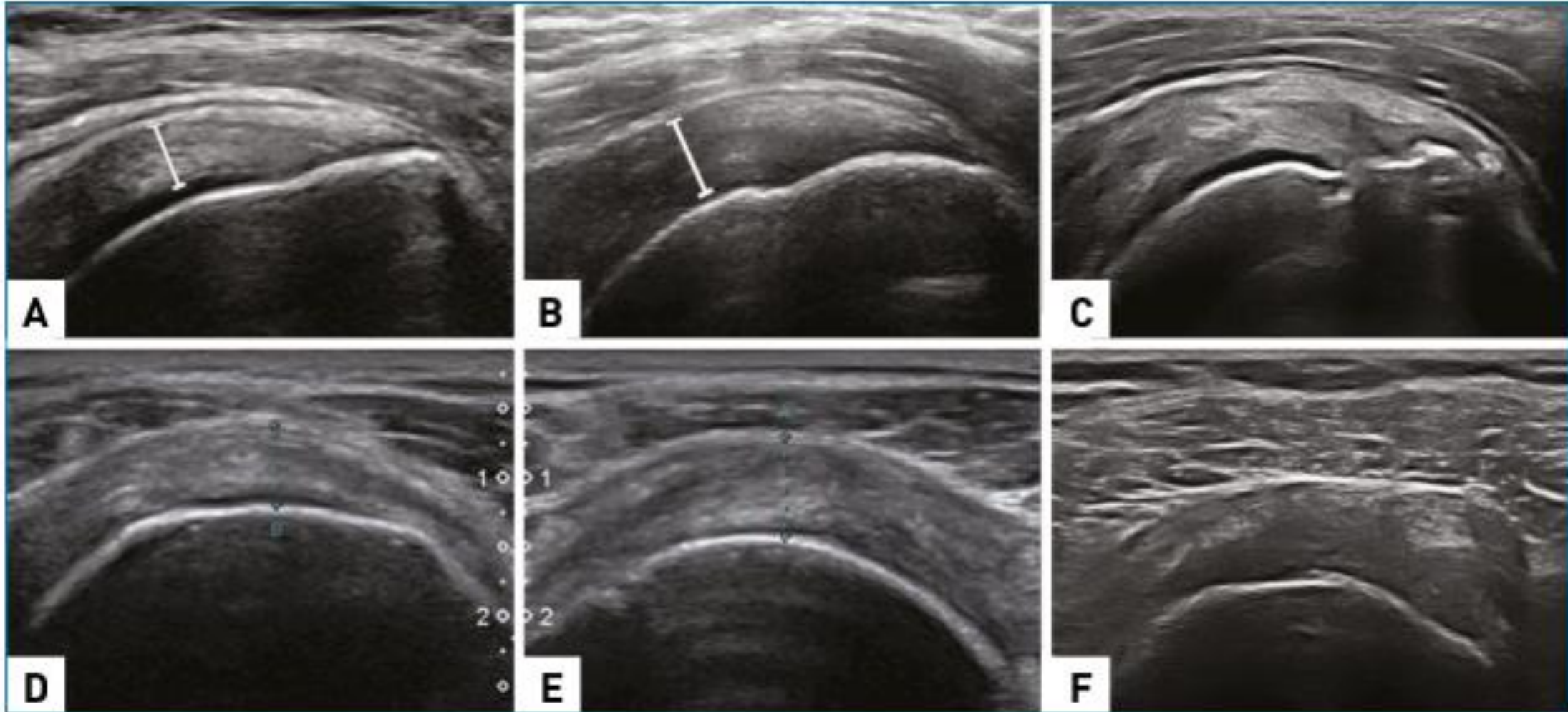
FR 33
AO% 100
CHI
Frec. 10.0
Gn 40
S/A 4/4
1- Mapa D/0
II D 3.5
DR 72

2-

II

3-

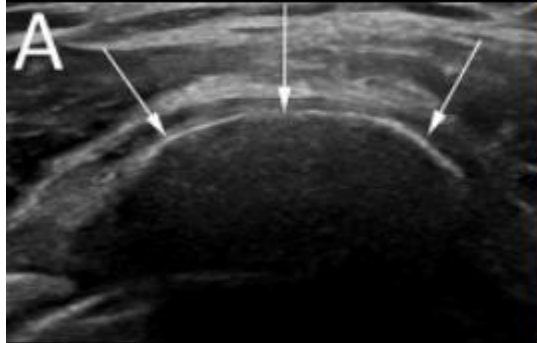




*Imágenes ecográficas de tendinopatías del supraespinoso.
(A) y (D) ejes longitudinal y transversal del brazo asintomático;
(B) y (E) ejes longitudinal y transversal, respectivamente, del supraespinoso afecto;
(C) y (F) ejes longitudinal y transversal, respectivamente, de una tendinopatía evolucionada
en la que coexisten distintos patrones de afectación estructura*

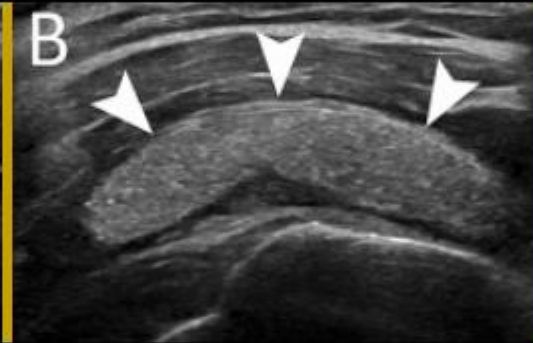


TIPO 1



Una calcificación dura, con borde hiperecoico y fuerte sombra acústica posterior (flechas)

TIPO 2



Una calcificación blanda, que aparece como homogéneamente hiperecoica sin sombra acústica posterior (puntas de flecha)

TIPO 3



Una calcificación líquida, que presenta un borde hiperecoico periférico delgado y un núcleo anecoico (asterisco)

Imaging of calcific tendinopathy around the shoulder: usual and unusual presentations and common pitfalls



REUMA
FAMILIA

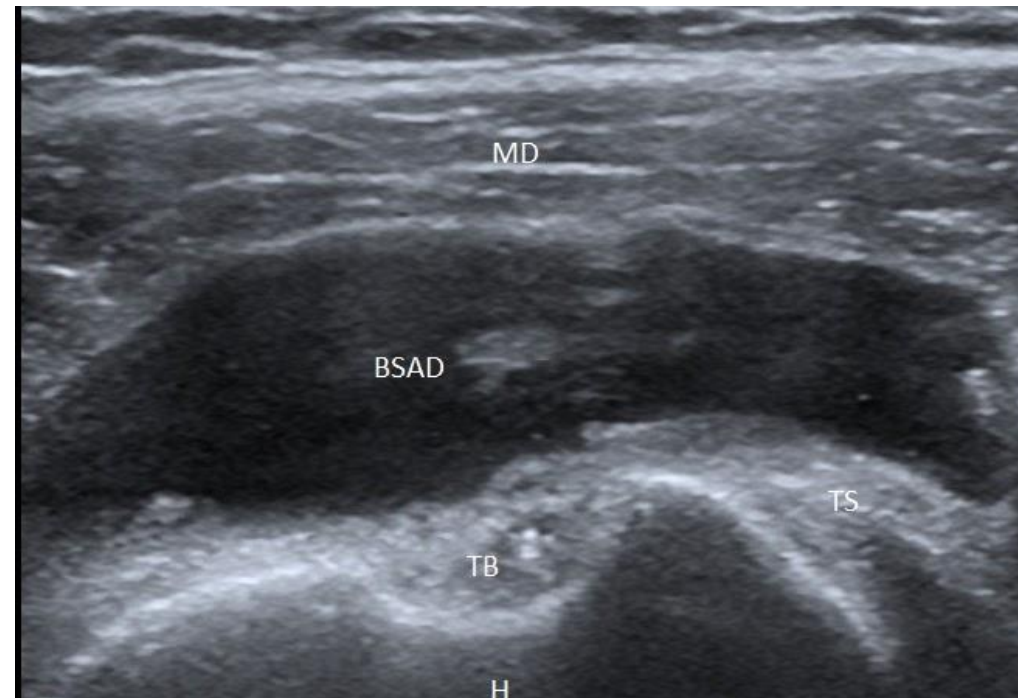
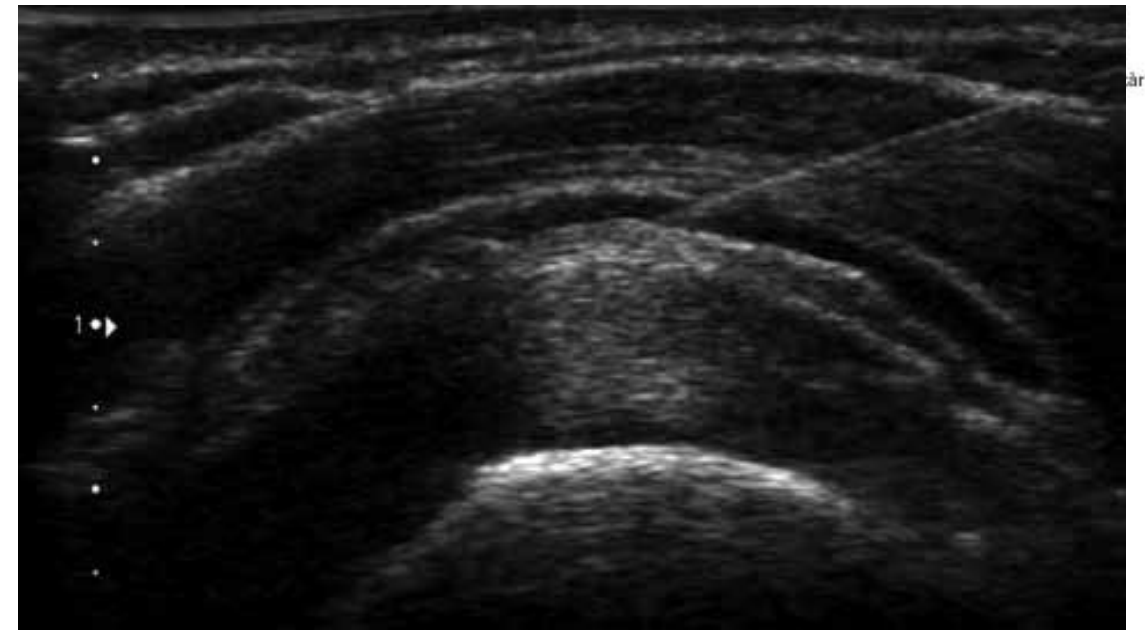
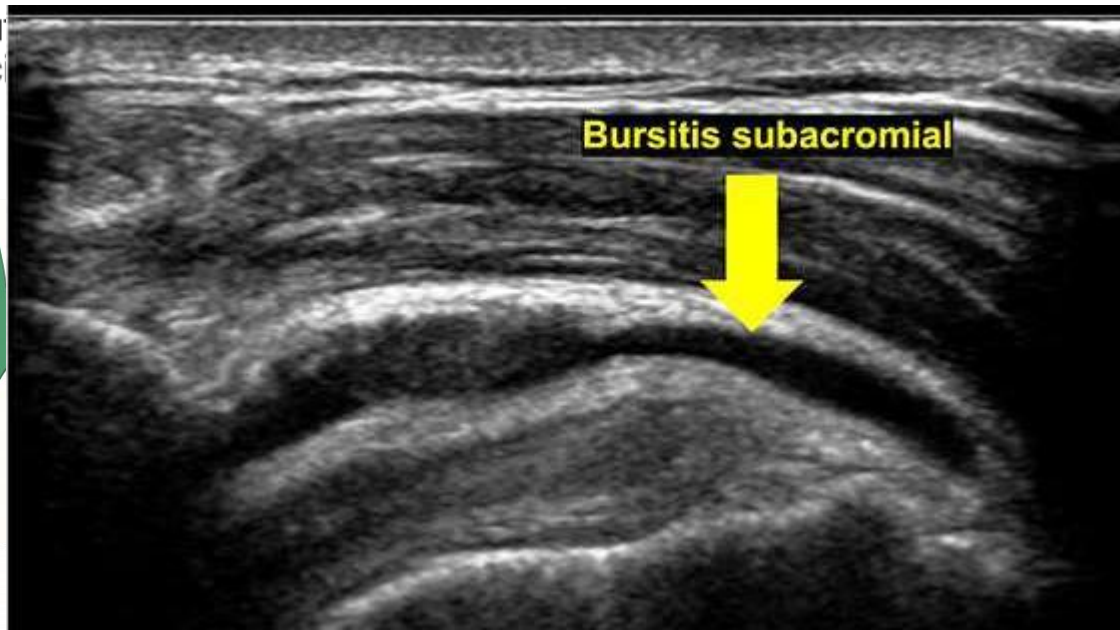




Figura 9. Exploración longitudinal del tendón del infraespinoso y del redondo menor derechos.

D: deltoides; GH: hendidura glenoidea; H: húmero;
IE: infraespinoso; L: lábrum.

Situacions que generen sempre dubte

- Si clínica compatible però normalitat de proves i exploració.
→ No té res o m'equivoco ?
- Quan atribueixo a les cervicals i quan a problema de manegot?



- Si clínica compatible però normalitat de proves i exploració.
→ No té res o m'equivoco ?

Clinica i exploració compatible amb manegot

si

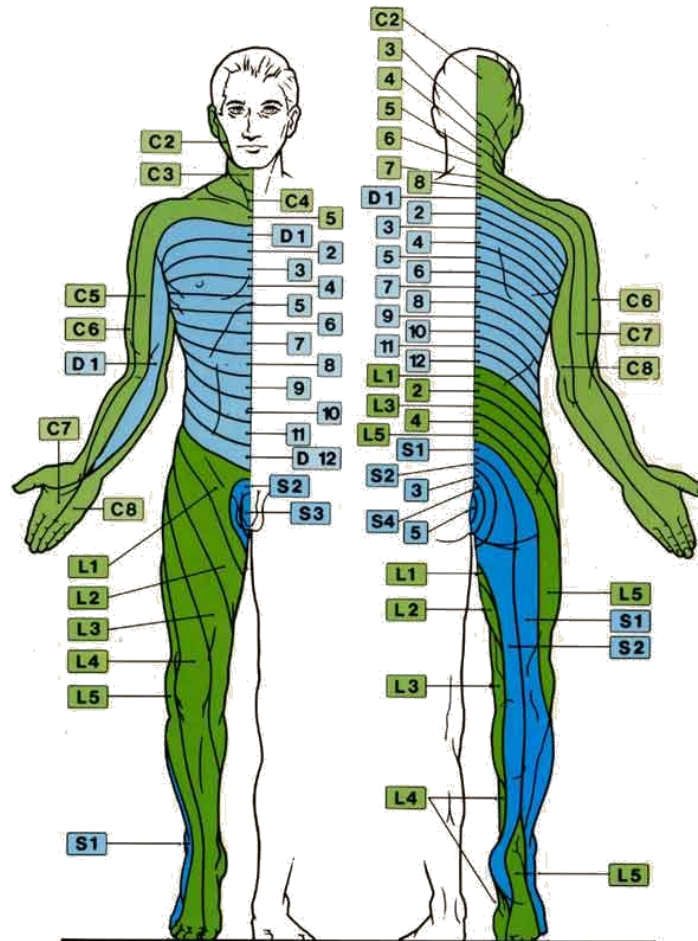
no

Rx i eco normals

Repetir anamnesi i exploració per confirmr sospita dx



- Quan atribueixo a les cervicals i quan a problema de manegot?



- Gent més gran
- Irradiació del dolor seguint dermatomes
- Alteració de la sensibilitat de forma persistent +/- força
- Al mobilitazar espatlla fa mal a la regió cervical.
- Ampliar estudi amb rx cervical +/- RM cervical

MOLTES GRÀCIES

Agraïments a:

- Dra ANNA FRANCISCO
- Dr XAVIER DE MIGUEL

