

# Reumatismo por cristales

## *causa frecuente de dolor músculo-esquelético*



**Dra. Ana Prodanov**  
Ex. Prof. Adjunta de la Cátedra de Reumatología.

### Introducción

La asociación entre presencia de cristales y sintomatología dolorosa e inflamatoria del aparato locomotor es conocida. Existen descripciones brillantes de cuadros clínicos de crisis provocadas por cristales de uratos. Los historiadores de la medicina han abordado este tema con mayor profundidad que ningún otro.<sup>(1)</sup>

La *gota* y la enfermedad por cristales de *pirofosfato de calcio* dihidratado (PPCA), con su traducción radiológica, la *condrocalcinosis*, son diagnosticadas en nuestra práctica clínica y en el primer caso incluso nos encontramos frente a una entidad frecuentemente sobrediagnosticada. No es raro que en un paciente portador de hiperuricemia e incluso en algunos en los que su uricemia está dentro de cifras normales límite, el dolor articular se adjudique a patología por *cristales de urato*.<sup>(2)</sup>

Este no es el caso de las enfermedades por depósito de otros cristales básicos de calcio, que son las que analizaremos en esta entrega, entidades no tan reconocidas, que no se diagnostican precozmente, sino en etapas en las que ya hay calcificaciones articulares y destrucción.

### Cristales básicos de fosfato de calcio

Existen cuadros clínicos característicos frente a los que debemos pensar en la existencia de cristales básicos de fosfato de calcio (CBFC). Los CBFC, que causan varias formas de inflamación aguda y crónica del aparato locomotor, están principalmente compuestos por hidroxapatita sustituida por carbonato. Fundamentalmente el fosfato octacálcico y el fosfato tricálcico son los que se encuentran en la base de los cuadros clínicos osteoarticulares. Globalmente se los conoce como *cristales de hidroxapatita* a todos ellos.

Los CBFC tienen gran capacidad de causar inflamación y se asocian a artropatías destructivas.<sup>(3)</sup>

No es sencillo relacionar la sintomatología fluxiva del aparato locomotor con la presencia intra o periarticular de cristales básicos de fosfato de calcio cuando todavía

no existe deterioro que se evidencie por técnicas de imagenología. Esto se debe a que los métodos para detección de cristales de hidroxapatita son complejos y no se usan corrientemente en la clínica.

### Cuadro clínico

#### *Sintomatología articular*

La existencia de CBFC puede sospecharse frente a *artritis* en determinadas topografías y frente a sintomatología *tendinosa* a nivel de determinadas localizaciones específicas.

Los cristales de apatita se encuentran en más de 67% de muestras de líquido sinovial de pacientes que tienen sinovitis fluxivas de rodillas, interfalángicas proximales y distales.<sup>(3)</sup>

Clínicamente, las articulaciones pueden presentar un cuadro inflamatorio con aumento de calor, dolor e incluso rubor. Estos cuadros pueden remitir en días o durar meses. El paciente con ésta enfermedad presenta una oligo o monoartropatía inflamatoria asimétrica y radiológicamente pueden aparecer lesiones tipo geodas.

Las grandes articulaciones comprometidas son las rodillas, siendo fundamentalmente el cuadro monoarticular. Cuando existe compromiso de rodillas, es frecuente encontrar una gran tumefacción por presencia de derrame que predomina sobre la hipertrofia sinovial.

Cuando se comprometen las articulaciones de las manos, lo hacen por lo general de manera asimétrica. Es frecuente la presencia de un cuadro mono u oligoarticular fluxivo en éstas articulaciones. En estos casos pueden verse afectadas las articulaciones metacarpofalángicas, interfalángicas proximales o distales, el cuadro doloroso y fluxivo es de difícil remisión y es frecuente que se instale una mono u oligoartritis crónica.

### Diagnóstico diferencial

#### *Artritis*

En algunos casos, lo severo de la inflamación y la aparición radiológica de destrucción articular pueden lle-