

Hay palabras que heredamos de nuestros abuelos y que aún utilizamos para hablar del dolor de las articulaciones. Reuma es una de ellas. Sirve en la conversación cotidiana, pero en consulta se queda corta. Cuando alguien afirma tengo reuma, puede estar refiriéndose a varios procesos diferentes. No todos se tratan igual, ni evolucionan de exactamente la misma forma. Comprender la diferencia entre reuma, artritis y artrosis evita fallos frecuentes: automedicarse con antiinflamatorios durante meses, resignarse a la rigidez matutina tal y como si fuera inevitable o posponer la visita al especialista hasta que la articulación ya está dañada.

Este texto aclara conceptos con ojos clínicos y experiencia de campo. Incluye matices que acostumbran a pasar inadvertidos en explicaciones simplistas, desde cómo se comporta el dolor a lo largo del día hasta qué sucede en una resonancia o en una analítica. La meta es que el lector sepa cuándo hablar de inconvenientes reumáticos en sentido extenso y cuándo usar términos más precisos, además de comprender porqué acudir a un reumatólogo marca la diferencia.

Qué es el reuma y por qué la palabra confunde

Reuma no es un diagnóstico, es un cajón de sastre. En la tradición popular, reuma se usa para designar cualquier molestia en huesos, articulaciones, músculos o tendones. En medicina, el término correcto es enfermedades reumáticas, un conjunto de más de doscientos trastornos que comparten dolor musculoesquelético y componente inflamatorio o degenerante. Dentro de ese paraguas caben la artritis reumatoide, la artrosis, la gota, las espondiloartritis, el lupus, la vasculitis y las tendinopatías, entre otras muchas.

El problema de charlar solo de reuma es que borra las fronteras. No es lo mismo un brote de artritis psoriásica que una crisis de gota o el desgaste de la rodilla de un corredor de 60 años. El origen, la evolución, el tratamiento y el pronóstico cambian. En el momento en que un paciente llega diciendo que desde hace meses tiene reuma, lo primero es traducir: identificar si hay inflamación, degeneración, cristales, infección o una mezcla. Ese primer filtro dirige la evaluación y evita atajos que cuestan costoso.

Artritis: inflamación real dentro de la articulación

Artritis significa inflamación sin trampa ni póquer. La membrana sinovial, [problemas de reuma reuma.pro](#) que cubre la articulación, se inflama, genera líquido y enzimas que degradan el cartílago y duele. Hay muchos tipos, desde la artritis reumatoide hasta la reactiva o la relacionada con la soriasis. Comparten rasgos clínicos que, cuando se procuran con calma, aparecen sin precisar grandes tecnologías.

NOWA BRODATA

REUMATOIDALNE

ZAPALENIE

STAWÓW



REUMATOLOGIA

El dolor inflamatorio se reconoce por su rutina: empeora en reposo, lúcida a la primera hora con rigidez prolongada y mejora al ir moviéndose. Una persona con artritis describe que tarda más de 30 minutos en “arrancar” por la mañana, a veces una hora o más. Si intenta apretar los puños, nota tensión y tirantez. Si sube escaleras, mejora algo a medida que los músculos y la sinovial entran en calor.

La inflamación perceptible añade pistas. Las articulaciones pueden hincharse, sentirse calientes al tacto y doler al presionar la línea articular. Las manos y las muñecas son zonas tradicionales en artritis reumatoide, con patrón simétrico. Las metatarsofalángicas del pie se resienten en la pisada. En un brote de gota, el primer metatarsiano, el dedo gordo, puede ponerse colorado, refulgente y muy doloroso, en ocasiones tras una cena abundante.

Las pruebas de laboratorio ayudan a confirmar el carácter inflamatorio, si bien no reemplazan a la clínica. La velocidad de sedimentación globular y la proteína C reactiva acostumbran a elevarse en brotes. En la artritis reumatoide, los anticuerpos anti-CCP y el factor reumatoide aportan información pronóstica y diagnóstica. En la gota, el ácido úrico puede estar alto, pero no siempre a lo largo de la crisis. La ecografía articular advierte engrosamiento sinovial y señal Doppler de hiperemia, datos que respaldan la inflamación. En los casos de duda, la artrocentesis, extraer líquido de la articulación, resuelve interrogantes: muestra cristales de urato o pirofosfato, o descarta infección.

No toda artritis se comporta igual, y eso importa. En un paciente joven con psoriasis en placas y dolor en la zona baja de la espalda que despierta de madrugada, con rigidez que cede al moverse, resulta conveniente meditar en espondiloartritis. En una mujer de 30 años con dedos hinchados, fatiga severa y resultados positivos de anti-CCP, una artritis reumatoide temprana no puede esperar. El tiempo es articulación: un retraso de seis a 12 meses en el tratamiento puede condicionar desgastes que entonces no se revierten.

Artrosis: desgaste, biomecánica y ritmo mecánico del dolor

Artrosis es otra cosa. Es un proceso degenerativo de la articulación en el que el cartílago pierde calidad, el hueso subcondral se remodela y aparecen osteofitos. No es solo cuestión de edad; intervienen genética, sobrecarga mecánica, debilidad muscular, lesiones previas y, a veces, factores metabólicos. El dolor de la artrosis se reconoce por su lógica de taller: duele con el uso, al final del día, y mejora con el reposo. La rigidez existe, mas es corta, minutos y no horas.

Las articulaciones más castigadas dependen del oficio y la afición. Rodillas en personas con sobrepeso o trabajos de cuclillas, caderas en quienes cargan peso o tienen displasia de base, base del pulgar en costureras, peluqueras y quienes hacen pinza fina repetida, columna lumbar en conductores o trabajadores manuales. Las manos con artrosis muestran nódulos en las interfalángicas distales y proximales, a veces dolorosos en fases inflamatorias, pero con poca afectación de muñecas, a diferencia de la artritis reumatoide.

La radiografía sigue siendo útil en artrosis. Muestra estrechamiento del espacio articular, osteofitos, esclerosis subcondral y, en ciertos casos, quistes. La resonancia imantada aporta más detalles del cartílago y del hueso, pero raras veces cambia la conducta si la clínica es clara. No hay marcadores específicos en sangre. Si la articulación se calienta y se llene de forma mantenida, hay que repasar el diagnóstico, pues podría tratarse de una artritis, un ataque de cristales o una artrosis con sinovitis reactiva, algo más infrecuente y con manejo distinto.

La artrosis no se cura, mas sí se maneja con eficacia cuando se respeta la regla de oro: alinear carga y capacidad. En la práctica significa fortalecer musculatura, reducir peso en quienes lo necesitan, ajustar el patrón de movimiento y repartir el impacto. Un paciente con gonartrosis que sube y baja escaleras diez veces al día puede mudar su dolor de forma notable si reordena esa carga, entrena cuádriceps con pautas concretas y emplea plantillas o bastón en periodos de crisis. Los analgésicos asisten, mas no reemplazan la reeducación mecánica. Cuando hay deformidad o dolor refractario, la prótesis de rodilla o cadera devuelve función con tasas de satisfacción altas, toda vez que la indicación sea correcta.

Reuma como paraguas: cuándo el término general sí tiene sentido

Usar reuma como sinónimo de enfermedades reumáticas puede tener valor en un primer contacto, sobre todo cuando la persona refiere dolores “en todo el cuerpo” o molestias alterables. La fibromialgia, por poner un ejemplo, no es una artritis ni una artrosis, mas es parte de los problemas reumáticos porque cursa con dolor musculoesquelético crónico y sensibilidad aumentada. Lo mismo ocurre con las tendinopatías del manguito rotador, la fascitis plantar o las bursitis. Llamar a todo reuma, sin distinguir, es cómodo mas peligroso: confunde tratamientos, invisibiliza señales de alarma y retrasa medidas clave, como comenzar un fármaco modificador de la enfermedad en artritis reumatoide reciente.

En la consulta es habitual oír historias de peregrinaje. Una mujer de cincuenta y cinco años, con dolor en las manos, pasó un par de años entre antiinflamatorios intermitentes y cremas, convencida de que “era reuma de la edad”. Cuando la vi, tenía rigidez matinal prolongada, hinchazón de MCP y resultados positivos de anti-CCP. Comenzamos tratamiento con metotrexato y ajustamos pauta en tres meses. A los 6, había remisión clínica. Esa ventana de oportunidad existe y se aprovecha mejor cuando el lenguaje es preciso.

Cómo distinguir en la práctica: señales que no fallan

La forma de doler cuenta historias. Cuando la molestia lúcida por la noche, mejora al moverse y viene con rigidez larga, la probabilidad de artritis sube. Cuando empeora con la actividad y cede al parar, con rigidez breve, la balanza apunta a artrosis. La inflamación perceptible, caliente y blanda, favorece artritis; la deformidad dura y los crujidos mecánicos de

la articulación, artrosis. Si hay capítulos agudos, con dolor muy intenso y articulación roja, piense en cristales, más aún si hay antecedentes de hiperuricemia o diuréticos.

El contexto personal suma. Soriasis cutánea, uveítis, diarreas inflamatorias, lesiones entesíticas en talones y una espalda que despierta al paciente antes de las 5 de la mañana sugieren espondiloartritis. Fatiga marcada, pérdida de peso, fiebre de bajo grado y rigidez simétrica en manos apuntan a artritis reumatoide. Movimientos repetitivos, dolor localizado al uso y exploración con puntos gatillo orientan a una tendinopatía.

Para el profesional, la exploración física manda. Palpar la línea articular, buscar derrame con el signo del tímpano en la rodilla, medir el rango de movimiento y valorar la fuerza dan más pistas que muchas imágenes. La ecografía al lado de la camilla, bien utilizada, revela sinovitis, osteofitos y entesitis. Si se duda entre artritis por cristales e infección, no hay sustituto para la artrocentesis con cultivo y estudio de cristales.

Porqué asistir a un reumatólogo y qué esperar de la consulta

El reumatólogo es el especialista que integra síntomas, exploración, imágenes y analítica para etiquetar y tratar con precisión. Muchos pacientes llegan con la etiqueta de reuma en la receta, un antiinflamatorio para toda la vida y la idea de que no hay más que hacer. Esa idea es falsa en demasiados casos. En artritis inflamatorias, un tratamiento temprano con medicamentos modificadores de la enfermedad cambia el rumbo: menos dolor, mejor función y menor daño estructural. En gota, ajustar el ácido úrico por debajo de 6 mg/dl reduce los ataques hasta desaparecer. En artrosis, un programa de ejercicio terapéutico bien diseñado hace más por la función que los analgésicos solos.

La primera consulta acostumbra a incluir una entrevista detallada, exploración dirigida y, si procede, analítica con marcadores inflamatorios y autoinmunes. No se pida “todos los análisis” por pedir. Lo eficaz es elegir dependiendo de la sospecha: anti-CCP y FR para artritis reumatoide, HLA-B27 si hay datos de espondiloartritis, ácido úrico si se sospecha gota, radiografías de articulaciones concretas, ecografía para sinovitis. Las resonancias se reservan para dudas diagnósticas o planificación quirúrgica, no como primer paso en todo dolor articular.

El plan terapéutico se pacta. A veces comienza por medidas no farmacológicas con objetivos medibles: pasear sin dolor veinte minutos, bajar 4 kilogramos en 6 meses, completar un circuito de fortalecimiento 3 veces por semana, aprender pautas de protección articular. Otras veces demanda fármacos desde el principio. Si hay una artritis inflamatoria, se valora metotrexato u otros medicamentos modificadores y se marcan datas de control. En pacientes con comorbilidades, se ajusta la estrategia: un diabético con artrosis de rodilla no debe fundamentar su manejo en ciclos largos de corticoides intraarticulares; hay otras opciones.

Tratamientos que marchan y tratamientos que distraen

En el campo de los inconvenientes reumáticos abundan promesas fáciles. Suplementos de tendencia, infiltraciones sin indicación clara, terapias que ofrecen “regenerar el cartílago” sin evidencia. Resulta conveniente separar la paja del grano. El ejercicio terapéutico bien dosificado tiene patentiza consistente en artrosis de rodilla y cadera. La pérdida de peso del 5 al diez por ciento mejora dolor y función. La educación del dolor ayuda a reducir el temor al movimiento, que perpetúa el ciclo de inactividad y dolor. Las ortesis y férulas tienen su lugar, por un tiempo limitado y conforme articulación.

En artritis inflamatoria, los medicamentos modificadores, usuales o biológicos, son la piedra angular. Los corticoides se utilizan como puente, a la dosis más baja y por el tiempo más corto posible. En gota, el alopurinol o el febuxostat no se inician en medio de un ataque agudo sin colchicina o AINE de cobertura; se escalonan y se controla el ácido úrico. En artrosis, los calmantes simples, los AINE a demanda y las infiltraciones con corticoide puntuales pueden tener sentido, mas no reemplazan a las intervenciones biomecánicas. Las infiltraciones con ácido hialurónico producen beneficio modesto y variable; resulta conveniente discutir esperanzas.

Las soluciones mágicas acostumbran a fallar por una razón simple: prometen sin respetar la fisiología ni el curso natural de la enfermedad. Los tratamientos efectivos, en cambio, demandan disciplina y seguimiento. Un bloc de notas de ejercicios bien hecho y revisado puede ser más valioso que un set de pastillas. Una analítica de control a los tres meses de comenzar un medicamento evita sorpresas. Los resultados llegan cuando se combinan piezas y se sostienen en el tiempo.

Cuándo actuar sin demora

Hay situaciones que no aceptan aguardar. Dolor articular con fiebre y articulación muy caliente, más aún si hay herida o prótesis, es una emergencia hasta demostrar lo opuesto. Un derrame importante que limita por completo el movimiento

requiere valoración y, si se confirma, drenaje y estudio. Rigidez matinal larga, pérdida de peso inexplicada, inflamación simétrica de manos o empeine y cansancio profundo son señales de artritis reumatoide u otra inflamatoria, y es conveniente preguntar en semanas, no meses. Un primer ataque de dolor intenso en el dedo gordito del pie, con enrojecimiento, favorece de un diagnóstico certero: si es gota, se puede planificar tratamiento en un largo plazo y evitar que repita.

También hay señales menos llamativas pero igual de esenciales. Una persona joven con dolor lumbar que despierta en la madrugada, mejora al levantarse, lleva más de 3 meses y no se asocia a esfuerzos concretos requiere estudio para descartar espondiloartritis. No es “lumbalgia de oficina” y no mejora solo con antiinflamatorios esporádicos. En estos casos, la resonancia de sacroilíacas puede aclarar el panorama.

El papel de los hábitos: lo que suma día tras día

Hay rutinas que, durante años, inclinan la balanza. El músculo que mantiene una articulación es una póliza de seguro. En rodillas y caderas, robustecer cuádriceps y glúteos reduce dolor y mejora función, aun con artrosis radiográfica avanzada. El reposo correcto asimismo cuenta: mudar de postura, pausas breves a lo largo del trabajo manual, ergonomía básica en el escritorio. En inflamatorias, el tabaco empeora la evolución de la artritis reumatoide y reduce la respuesta a tratamientos; dejarlo no es un consejo genérico, es parte del plan. El sueño reparador regula el dolor percibido y el sistema inmune. Sin descanso, todo duele más.

La nutrición no cura por sí misma, pero ayuda. Un patrón tipo mediterráneo, con verduras, legumbres, aceite de oliva, frutos secos y pescado azul, favorece el control del peso y modula la inflamación. En gota, reducir alcohol, vísceras y bebidas azucaradas es tan esencial como tomar el medicamento. En artrosis, perder 5 kilogramos quita decenas de kilogramos de carga amontonada semanal sobre la rodilla. Son cuentas que se aprecian al subir un escalón.

Dos escenarios reales que enseñan matices

Un camionero de 62 años consulta por dolor en rodillas al final del día y una sensación de “arenilla” al inclinarse. Rigidez breve por la mañana, sin hinchazón perceptible. La radiografía muestra osteofitos y estrechamiento medial. Comenzamos un programa de fortalecimiento tres veces por semana, pérdida de 6 kilos en seis meses y AINE a demanda a lo largo de picos. A los 4 meses, sube y baja del camión con menos dolor y ha eludido infiltraciones.



Una profesora de 41 años acude por dolor y rigidez en manos de más de una hora por la mañana, dificultad para abrir botellas y entremezclar tizas en el aula. Observamos tumefacción en metacarpofalángicas y [reuma](#) muñecas bilaterales. La analítica revela PCR elevada y anti-CCP positivos. Se comienza metotrexato, se añaden pautas de protección articular y ejercicios suaves. A las 12 semanas, la rigidez baja a quince minutos. A los 6 meses, remisión clínica. Sin intervención temprana, seguramente habría amontonado daño estructural.

Palabras finales que ponen orden

Reuma sirve para entendernos en la calle, pero en la consulta resulta conveniente charlar con nombres y apellidos. Artritis es inflamación articular verdadera, con rigidez prolongada y signos de sinovitis. Artrosis es desgaste y desajuste mecánico, con dolor de uso y rigidez breve. Las enfermedades reumáticas engloban mucho más que estas dos, desde cristales hasta autoinmunidad sistémica. Lo útil es identificar el patrón de dolor, la presencia o no de inflamación, el contexto personal y las pruebas que de verdad cambian resoluciones.

Para quien convive con dolores articulares, la senda práctica es clara: describir el dolor con su ritmo diario, observar si hay hinchazón y calor, anotar factores que lo empeoran o calman, y pedir evaluación especializada. Porque asistir a un reumatólogo no necesita poesía: porque un diagnóstico temprano evita daño, pues el tratamiento adecuado devuelve vida cotidiana y pues, bien acompañadas, las articulaciones duran más y mejor. Si la palabra reuma te ha servido hasta hoy, utilízala para abrir la puerta. Dentro, demanda precisión. Tu cuerpo lo agradece.