

Exploraciones complementarias por imagen

AUTORES:

Eva Pérez Carvajal. Médico Residente de Atención Primaria en Centro de Salud de Sueca. Valencia. Grupo de Trabajo de Enfermedades Reumatológicas SoVaMFic.

Estefanía Pérez Nicolás. Médico de Atención Primaria en Centro de Salud de Sueca. Valencia. Grupo de Trabajo de Enfermedades Reumatológicas SoVaMFic.

Palabras claves: radiografía (rx), TAC, RM

Persona para correspondencia:

- Nombre: Eva Pérez Carvajal
- Dirección electrónica: evapercar@gmail.com

Fecha de remisión de la ficha: 25/10/2022

Se exponen las **recomendaciones generales para la solicitud de pruebas complementarias por imagen** ante la presencia de patología musculoesquelética desde atención primaria:

Sospecha de déficit neurológico o valoración de estructuras ligamentosas : RM Para estudio de cambios degenerativos óseos : TC

Solicitar siempre estudio de imagen si:

- Traumatismo previo
- Pérdida de peso no justificada
- Alteración sensitiva / motora brusca (compromiso medular)
- Dolor severo nocturno
- Dolor no modificable con la postura (24h)
- Falta de correlación clínico - exploratoria
- Historia previa oncológica
- Cirugía previa
- Fracaso a diferentes abordajes terapéuticos
- Dolor exclusivo dorsal
- Síndrome CONSTITUCIONAL (fiebre, pérdida peso...)

Patología	Criterios de solicitud	Prueba
Distensiones musculares	Si cumple criterios de Ottawa	Rx
	- Distensión severa - Duda diagnóstica - Región lumbar o cervical - Músculos aductores en miembros inferiores - Distensión del m. sóleo - Esguince sindesmótico (alto) del tobillo	RM
Gangliones	Si son sintomáticos, existe duda diagnóstica o adheridos a planos profundos	Ecografía vs RM
Tendinitis/Tenosinovitis	No se indican pruebas de imagen de inicio	
	Si sospecha de rotura completa o si no hay respuesta terapéutica	Ecografía es el gold standard
Sd túnel carpiano	Necesaria para confirmar el diagnóstico y establecer la gravedad	EMG (electromiografía)
Artrosis	Diagnóstico es clínico-radiológico	Se recomienda rx para demostrar degeneración articular pero no sirve en estadios iniciales
Bursitis	Diagnóstico clínico, no solicitar pruebas de imagen de entrada	La ecografía es el gold estándar. TAC y RM para valorar erosiones en bursitis profundas

Cervicalgia

- Dolor mecánico o con traumatismo previo, de >3 meses de evolución o radiculopatía → Rx cervical (anteroposterior, lateral y oblicua)
- Dolor de características inflamatorias → Rx cervical + analítica sanguínea (que incluya velocidad de sedimentación globular) con pruebas reumáticas (HLA B27) + análisis de orina

Lesiones de muñeca y mano:

1. Fractura de escafoides carpiano: Rx en 4 proyecciones (anteroposterior, lateral y dos oblicuas). Si negativa repetir en 2 semanas para confirmar. TAC si duda diagnóstico
2. Fractura del primer metacarpiano: Rx AP (anteroposterior) y lateral de primer dedo y muñeca
3. Fracturas del 2º al 5º metacarpiano: Rx AP (anteroposterior), lateral de la mano y oblicua (30º de supinación para valorar fracturas/luxación del 2º y 3er metacarpianos, 30º de pronación para 4º y 5º)
4. Fracturas de las falanges: Rx AP (anteroposterior) y lateral del dedo
5. Esguince y luxaciones de los dedos: clínico + rx de estrés en valgo

Lesiones en rodilla

1. Luxación aguda de rótula: clínico (antecedente traumático). Suelen reducirse espontáneamente. Rx AP, lateral y axial de rótula (suele ser normal). La RMN es el gold estándar para valorar el ligamento femoropatelar medial.
2. Fracturas de rótula: clínico + RX (AP y lateral). La RM descarta lesiones asociadas de partes blandas
3. Luxación aguda de la rodilla: **urgencia traumatológica**. Rx AP y lateral de rodilla. RM durante hospitalización.
4. Lesiones ligamentosas de la rodilla: clínico (maniobras de inestabilidad articular) + radiológico para descartar lesiones óseas asociadas. Rx AP, lateral y axial. Rx de estrés si dudas diagnósticas. RMN es el gold estándar.
5. Lesiones meniscales: clínico. Las rx suelen ser anodinas pero se deben obtener para descartar patología ósea asociada. RM es el gold standard pero no está indicada de entrada

Dolor dorso-lumbar

1. Características inflamatorias (sospecha de espondiloartritis): diagnóstico clínico + Rx AP. Solicitar RM si duda diagnóstica, edad pediátrica o adolescencia. También para valorar actividad de la enfermedad si está confirmada
2. Si sospecha de hiperostosis esquelética u osteítis condensante del iliaco para confirmar diagnóstico TC
3. Si sospecha de fractura de estrés, patología discal o sospecha de infección RM (la rx es muy poco sensible)

Si sospecha de fractura vertebral: Pedir Rx de segmentos superiores al dolor

1. Traumatismo directo, indirecto o esfuerzo
2. Edad mayor de 60 años
3. Corticoterapia prolongada
4. Aumento del dolor en bipe/sedestación
5. Palpación a punta de dedo apofisis espinosa
6. Antecedente oncológico

BIBLIOGRAFÍA y anexos

-
1. DTM. GreenBook. Diagnóstico y tratamiento médico. Marbán; 2019.
 2. Guías Fistera – Traumatología [Internet]. Editorial el Sevier. [Consultado el 22 Oct 2022]. Disponible en <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/>
 3. Guías SERME – Patología articular [Internet] [Consultado el 22 Oct 2022]. Disponible en <https://www.serme.es/guias-clinicas-de-patologia-musculoesqueletica-2/>
 4. White TO, MacKenzie SP, Gray AJ, McRae. Traumatología. Tratamiento de Las Fracturas En Urgencias + Expertconsult. 3a ed. Elsevier; 2017.
-

Acrónimos: Rx (radiografía); TC (tomografía computerizada); RM (resonancia magnética); AP (anteroposterior); ECO (ecografía); EMG (electromiografía)