

MONOARTRITIS AGUDAS**Dr. Eduardo Soler Pons**

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Inflamación de una articulación de menos de 6 semanas de duración.

PRESENTACION CLINICA

- **Dolor:** habitualmente intenso, no desaparece con el reposo, predominio nocturno y aumenta con la movilización (inflamatorio).
- **Tumefacción:** aumento del volumen de la articulación por el engrosamiento de la sinovial y por aumento del líquido articular.
- **Hiperemia local.**
- **Rubor cutáneo.**
- **Impotencia funcional.**

ETIOLOGIA

- Sépticas
- Reactivas
- Metabólicas (por microcristales)
- Mecánicas
- Idiomáticas
- Degenerativas
- Conectivopatías, etc.

ACTITUD DIAGNOSTICA

Debe ser rápida, así como el tratamiento, para evitar el daño articular. Confirmar el diagnóstico y excluir procesos periarticulares y extraarticulares, y la infección de más de una articulación. Realizar un diagnóstico diferencial con especial interés entre las sépticas (peor pronóstico) y las microcristalinas (más frecuentes), por la necesidad de un tratamiento rápido y específico. Enfoque terapéutico.

- **SEGÚN EDAD DE PRESENTACIÓN:**
 - **Niños y adolescentes (<16a):** a. séptica y trastornos osteoarticulares no inflamatorios.
 - **Adultos:** a. séptica, reactiva y traumática.
 - **>50 años:** microcristalinas, sépticas y brote inflamatorio en artrosis.
- **SEGÚN SEXO:**
 - **Varones:** gota, espondilitis anquilosante y otras espondiloartropatías (enf. de Reiter).
 - **Mujeres:** artritis crónica (LES y A. Reumatoide) y gonococia.
- **SEGÚN MODO DE COMIENZO:**
 - **Súbito** (con síntomas floridos): séptica, microcristalina, traumática y reactiva.
 - **Gradual:** artropatía inflamatoria crónica, infecciones crónicas (TBC) y neoplasias (tumores sinoviales).
- **SEGÚN LOCALIZACIÓN ANATÓMICA:**
 - **1ª articulación metatarsofalángica:** gota (podagra).
 - **Sacroilíacas:** espondiloartropatías.
 - **Esternoclavicular:** ADVP.
- **SEGÚN MANIFESTACIONES SISTÉMICAS Y AFECCIONES EXTRAARTICULARES:**
 - **Fiebre:** séptica, microcristalina, Reiter, fiebre reumática, LES, Lyme, etc.
 - **Pleuro-pulmonares:** LES y a. reumatoide.
 - **Renales:** LES, vasculitis, gota y amiloidosis.
 - **Neurológicas:** LES, a. reumatoide, vasculitis, Behçet y Lyme.
 - **Cardiacas:** espondilitis anquilosante, vasculitis, LES, a. reumatoide, fiebre reumática.
 - **Digestivas:**
 - **Hepatoesplenomegalia:** brucelosis, endocarditis, leucocitosis, Still.
 - **Disfagia:** LES y esclerodermia.
 - **Diarrea:** Whipple y Reiter.
 - **Dérmicas:**
 - **Nódulos:** a. reumatoide, LES, gota y fiebre reumática.
 - **Queratosis:** psoriasis, Reiter.
 - **Exantema:** LES, Still, Lyme.
 - **Urticaria:** vasculitis y hepatitis B.
 - **Eritema crónico migratorio:** Lyme.
 - **Oculares (uveítis):** Behçet, espondiloartropatías, Reiter, artritis crónica juvenil y sarcoidosis.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS**A) ANALÍTICA:**

- Hemograma (con fórmula y recuento)
- Bioquímica básica (si es posible con Ac. Úrico)
- Orina completa con sedimento
- Coagulación ante la sospecha de hemartros

B) RADIOLOGÍA:

- Se deben realizar radiografías en 2 proyecciones (AP y L) de la articulación afecta y su contralateral.
- **Sospecha de seudogota:** solicitamos rodillas, sínfisis de pubis y ambas muñecas.
- **Sospecha de enfermedad sistémica:** tórax PA y L.

C) LÍQUIDO SINOVIAL:

- Es el estudio más importante, por lo que siempre se intentará la artrocentesis (1-2ml pueden ser suficientes).
- Aunque la técnica es sencilla, no debe hacerse desde Atención Primaria salvo que exista la posibilidad de realizar un estudio completo de líquido sinovial que incluya Gram, cultivo examen de cristales, recuento leucocitario y glucosa. En caso contrario remitir al reumatólogo o a Urgencias toda artritis séptica o monoartritis sin filiar si coinciden con otro foco de infección evidente.
- **Estudio:**
 - Inspección: no es específica, pero en ocasiones puede demostrar un líquido purulento o hemartros.
 - Recuento y fórmula: diferencia el proceso mecánico (<2.000 leucos/mm³) del inflamatorio (>2.000 l/mm³) y/o infeccioso (normalmente > 100.000 l/mm³, con desviación a la izquierda).
 - Tinción de Gram y cultivo aerobio: siempre, aunque se hayan detectado cristales.
 - Examen de cristales: microscopio de luz polarizada o electrónico según las necesidades.

D) ESTUDIOS BACTERIOLÓGICOS: En todos los pacientes con sospecha de artritis séptica una vez hayan ingresado se recogerán dos hemocultivos y cultivos de todos los focos posibles de infección.

CRITERIOS DE INGRESO

- Monoartritis séptica.
- Monoartritis aguda febril con duda diagnóstica.
- Sospecha de enfermedad de base grave (neoplasia, colagenosis, vasculitis).
- Mal estado general o importante deterioro funcional que dificulte estudio ambulatorio.
- Evidencia de líquido sinovial hemático con trastorno de la coagulación sanguínea demostrado.

TRATAMIENTO

Requieren una actuación terapéutica inmediata la séptica (por el grave pronóstico), la microcristalina (por las importantes molestias) y el hemartros agudo no traumático debido a trastornos de la coagulación.

A) MEDIDAS GENERALES:

- Reposo e inmovilización temporal en posición funcional de la articulación afecta.
- Artrocentesis: en caso de derrame articular (alivio y diagnóstico).

B) TRATAMIENTO ESPECÍFICO:

- **Artritis sépticas:**
 - Antibioterapia según la tinción Gram
 - En caso de no disponer de tinción Gram, debe iniciarse tratamiento empírico según los factores que envuelven al paciente (sexo, edad, etc.)
 - AINES como naproxeno (500mg/12h/vo).
- **Artritis microcristalinas:**
 - Gota: colchicina o AINE en función del tiempo de evolución.
 - *Colchicina:* si diagnóstico en las primeras 24h, 1mg/2h/vo hasta que desaparezca el dolor, aparezcan molestias gastrointestinales o dosis máx de 7mg/día. Después: 1mg/día durante 6 meses.
 - *AINES:* si diagnóstico después de las primeras 24h, durante la fase aguda. Después, sustituir por colchicina a dosis de mantenimiento. Evitar salicilatos (aumentan ácido úrico).
 - *El tratamiento con alopurinol no debe iniciarse en la fase aguda, ya que puede producir un nuevo ataque.*
 - Pseudogota: podemos utilizar el mismo tratamiento que en la gota. Si la respuesta no es buena, se procede a la aspiración articular seguida de infiltración de esteroides depot.
- **Monoartritis aguda no filiada:** si descartamos los procesos sépticos y microcristalinos, debemos seguir la evolución evitando los AINES. Podemos utilizar codeína, paracetamol, tramadol, etc.).
- **Hemartrosis aguda no traumática:**
 - Reposición de los factores de la coagulación deficitarios, plasma fresco o antídotos. (Preguntar a hematología).
 - La artrocentesis evacuadora habitualmente no es necesaria, a no ser que la articulación sea dolorosa por un hemartros a tensión de menos de 24h de evolución. Antes debemos tratar la alteración de la coagulación.